

Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Dienstag, 24. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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



Was O & U bewegt

Themen und Referenten

Familisierung: Familienfreundliche Arbeit in Zeiten des Ärztemangels

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Kreuzschmerz: Heilen ohne Messer – was hilft und was hilft nicht?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach

Wirbelsäule – operieren wir zu viel?

Professor Dr. med. Christian Knop

Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft, Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinikum Stuttgart

Kinder auf der Flucht: Neue Herausforderungen in der Orthopädie

Professor Dr. med. Thomas Wirth

Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Klinikum Stuttgart

Qualitätssiegel EndoCert: Deutsches Zertifizierungssystem macht Gelenkersatz immer sicherer

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

Gelenkersatz auf höchstem Niveau: Neue Zahlen aus dem Endoprothesenregister

Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Volkmar Jansson

Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik und Leiter des Endoprothetikzentrums des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2017

Termin: Dienstag, 24. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Was O & U bewegt

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Programme anderer Pressekonferenzen des DKOU

Lebensläufe der Referenten

Bestellformular für Fotos

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

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messengelände Süd, Berlin

Bewegung statt Bettruhe: Was bei akutem Kreuzschmerz wirklich hilft

Berlin, 24. Oktober 2017 – Bis zu 85 Prozent der Menschen in Deutschland leiden mindestens einmal im Leben an Kreuzschmerzen. Sie sind auch der häufigste Grund für einen Besuch beim Orthopäden. Lässt sich für den Schmerz keine organische Ursache finden, ist Bewegung die beste Therapie. Medikamente können gut dabei helfen, die körperliche Aktivität wiederaufzunehmen. Zu diesem Schluss kommen Experten in einer aktuellen Leitlinie zum nicht-spezifischen Kreuzschmerz (1). Außerdem sollen mögliche psychische Ursachen und Probleme im sozialen Umfeld stärker in Betracht gezogen werden. Passive Verfahren wie Massagen beurteilen die Mediziner dagegen kritisch. Welche Behandlungen bei akuten Rückenschmerzen wirklich helfen, erklären Experten bei der heutigen Pressekonferenz.

Die Mehrzahl der Patienten mit Rückenschmerzen leidet unter dem sogenannten nicht-spezifischen Kreuzschmerz: Das heißt, dass die Schmerzen keine organische Ursache, wie etwa eine Entzündung an der Wirbelsäule oder einen Wirbelkörperbruch, haben. Solche Schäden kann der Arzt nach einem Patientengespräch bei einer gründlichen körperlichen Untersuchung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen.

Um akute Rückenschmerzen zu lindern, hilft vor allem Bewegung: „Wir raten Patienten deshalb, trotz der vermeintlichen Einschränkung körperlich aktiv zu sein. Wer sein Bewegungsprogramm Schritt für Schritt wieder aufnimmt und sich täglich bewegt, trägt immens zu seiner Genesung bei“, sagt Professor Dr. med. Bernd Kladny, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Bei 85 Prozent der Patienten gehen die Schmerzen so nach einigen Wochen von selbst deutlich zurück. „Schmerzmittel und Entzündungshemmer können Patienten gut dabei unterstützen, wieder in Bewegung zu kommen“, so der Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach. Laut Leitlinie sollen diese aber so kurz wie möglich in geringstmöglicher Dosierung eingesetzt werden. Bettruhe dagegen könne die Schmerzen verstärken und sogar dazu führen, dass diese chronisch werden. Deswegen raten die Autoren der Leitlinie auch von passiven Therapien wie Massage oder Taping ab. Wenn Medikamente und die Behandlung der



Symptome keine deutliche Linderung bringen, kann der Patient sich zusätzlich für eine Akupunktur entscheiden.

Die neue Versorgungsleitlinie empfiehlt auch, eventuelle psychische Belastungen und Probleme im sozialen Umfeld stärker in den Fokus zu nehmen: Stress, Ängste oder Probleme in Beruf oder Familie können Rückenschmerzen genauso begünstigen wie Fehlhaltung, Bewegungsmangel oder harte Arbeit. „Seelische Belastungen und Rückenprobleme können sich sogar gegenseitig verstärken“, sagt Professor Dr. med. Andrea Meurer, Kongresspräsidentin des DKOU 2017. Ärzte sollen ihre Patienten deswegen danach fragen. „Unser seelisches Befinden beeinflusst zudem, wie stark wir Schmerzen wahrnehmen“, sagt die Expertin aus Friedrichsheim. „Die Psyche spielt auch eine entscheidende Rolle dabei, ob eine Behandlung erfolgreich ist oder nicht.“

Röntgenbilder und Magnetresonanztomografie halten die Leitlinienautoren bei akuten nicht-spezifischen Kreuzschmerzen in den meisten Fällen für überflüssig: „Frühzeitige Bildgebung kann Abweichungen am Rücken anzeigen, die aber gar nicht Ursache der Schmerzen sein müssen“, erklärt Kladny. „Das kann den Patienten verunsichern und zu unnötigen Behandlungen führen.“ Halten die Kreuzschmerzen länger als vier bis sechs Wochen an, dann muss der Einsatz der Bildgebung sorgfältig geprüft werden. Weiterhin rät die Leitlinie zu einem multimodalen Behandlungsprogramm, bestehend aus Schmerztherapie, Bewegung, Gymnastik, Entspannungstraining und psychotherapeutischer Therapie. „In den allermeisten Fällen sind Rückenschmerzen ungefährlich“, betont Kladny. „Wenn keine ernsten Erkrankungen vorliegen, gilt es, den Patienten darüber aufzuklären, wie er seinen Rücken langfristig stärken kann“, empfiehlt Kladny. Deswegen enthält die neue Leitlinie auch eine Version für Patienten.

Quelle:

- (1) Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage
<http://www.leitlinien.dinie/nvl/kreuzschmerz/>



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messengelände Süd, Berlin

Innovations-Highlights aus Orthopädie und Unfallchirurgie: 17 Produkte bewerben sich um Prädikat „besonders innovativ“

Berlin, 24. Oktober 2017 – Von der Prothese aus dem 3D-Drucker bis zum intelligenten Gelenk-Sensor: Mehr als 230 Firmen aus Pharma- und Medizintechnik nehmen an der Industrieausstellung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2017 teil. 16 Firmen werden auf der Plattform BrandNew@DKOU ihre neuesten Produkte präsentieren, um diese von den Kongressbesuchern bewerten zu lassen. Mit dem Prädikat „besonders innovativ“ will Europas größter Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie Produkte auszeichnen, die als besonders fortschrittlich gelten.

„Der medizinische Fortschritt lebt von der Innovationskraft der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie“ sagt Professor Dr. med. Alexander Beck, Kongresspräsident des DKOU 2017. „Wir erwarten auch in Zukunft wichtige Innovationen, etwa dass mehr Informationen aus Bilddateien herausgelesen werden können, dass Endoprothesen zunehmend individualisiert werden und dass Patienten per App aufgeklärt werden.“

„Mit dem Format BrandNew@DKOU möchten wir einigen Firmen, die besonders zur Innovationskraft der Branche beitragen wollen, die Möglichkeit geben, ihre Produkte in einem besonderen Rahmen zu präsentieren“, so Kongresspräsident Professor Dr. med. Ingo Marzi. Die 17 Produkte der 16 teilnehmenden Firmen werden in Glasvitrinen ohne Standpersonal präsentiert. Die Kongressteilnehmer können diese mithilfe einer App mit dem Prädikat „besonders innovativ“ bewerten. Die besten drei Produkte erhalten eine Auszeichnung und werden nach dem Kongress in einem Newsletter ausführlich dargestellt.

„Ich freue mich, dass wir eine neue Plattform geschaffen haben, um den Kongressbesuchern zu zeigen, wie sich unser Fachgebiet stetig weiterentwickelt“, sagt die Kongresspräsidentin Professor Dr. med. Andrea Meurer.

Eine Liste aller teilnehmenden Firmen und Produkte ist unter <http://dkou.org/brandnew/> erhältlich.



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messegelände Süd, Berlin

OP-Zahlen entsprechen Altersentwicklung der Gesellschaft: wann Eingriffe an Hüfte, Knie und Wirbelsäule sinnvoll sind

Berlin, 24. Oktober 2017 – Jedes Jahr werden Millionen Deutsche wegen einer orthopädischen Erkrankung operiert. Manchmal wird kritisiert, es werde zu schnell zum Skalpell gegriffen. Das Gegenteil ist der Fall: In der Regel wird erst operiert, wenn alle Alternativen ausgeschöpft sind. Auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2017 erklären Experten, wann Operationen sinnvoll oder sogar dringend notwendig sind und wie aktuelle OP-Zahlen zu bewerten sind.

OECD-Studie: Falsch gerechnet?

Laut OECD-Studie aus dem Jahr 2013 (1) ist Deutschland mit 15 Millionen Wirbelsäulenoperationen pro Jahr Spitzenreiter auf diesem Gebiet. Seitdem stehen orthopädische Eingriffe immer wieder in der Kritik. „Die Autoren haben aber nicht die tatsächlichen Operationen gezählt, sondern die Anzahl der Prozeduren-Schlüssel (OPS-Codes), die im deutschen Gesundheitssystem die Grundlage für die Leistungsabrechnung bilden,“ kritisiert Professor Dr. med. Christian Knop, Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG). Mit diesen Codes würden aber auch die Einzelschritte einer Operation abgebildet. „Das ist, als würde man im Fußball nicht die geschossenen Tore zählen, sondern die Anzahl der Ballkontakte, die zum Tor geführt haben.“ Zudem berücksichtigt die Publikation nicht den Altersdurchschnitt in den jeweiligen Ländern: In Deutschland leben vergleichsweise mehr ältere Menschen. Dies führt zwangsläufig zu mehr Operationen, da viele orthopädische Erkrankungen verschleißbedingt sind. Berücksichtigt man das nationale Durchschnittsalter, liegt Deutschland mit der Anzahl der Operationen nur im Mittelfeld (2).

Gegen Schmerzen: Kunstgelenk versus Schmerzmittel

Auch bei den Kunstgelenken ist die Zahl der Eingriffe in den letzten zwölf Jahren etwa konstant geblieben. „Wenn Medikamente, Bewegung und Physiotherapie nicht mehr helfen, ist eine Endoprothese für Senioren oft die letzte Möglichkeit, ihren Lebensabend schmerzfrei und beweglich zu genießen“, sagt Professor Dr. med. Andrea Meurer, Kongresspräsidentin des DKOU 2017. In den Vereinigten Staaten wird zwar weniger operiert, dafür aber mehr Schmerzmittel verschrieben.



Dadurch sind viele Patienten von Opiaten abhängig. „In den USA sterben mehr Menschen an einer unbeabsichtigten Überdosierung von Schmerzmitteln als an Überdosierungen von Kokain und Heroin zusammengenommen“, so Meurer (3). „Aufgrund der Kritik an den Operationszahlen entscheiden sich mittlerweile auch hierzulande manche Patienten gegen eine Operation, sogar dann, wenn diese aus medizinischer Sicht notwendig wäre“, ergänzt Knop und warnt vor falschen Schlüssen.

Wann operieren?

Bei Traumata, Tumoren, Infektionen oder krankhaften Verformungen der Wirbelsäule ist eine Operation häufig notwendig und kann lebensverlängernd sein. Wenn deutliche Lähmungen und Taubheitsgefühl auftreten oder Blase und Darm den Dienst versagen, sollte das Skalpell zum Einsatz kommen. Starke Schmerzen, die den Betroffenen im Alltag einschränken, können ebenfalls Anlass für eine Operation sein – vorausgesetzt, dass die nicht-chirurgischen Maßnahmen ausgeschöpft sind und der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten den Eingriff zulässt. „Hat der Patient Zweifel, ob eine OP das richtige für ihn ist, sollte er sich bei einem anderen Orthopäden oder Unfallchirurgen eine zweite Meinung holen“, sagt Meurer.

Quellen:

- (1) MANAGING HOSPITAL VOLUMES - GERMANY AND EXPERIENCES FROM OECD COUNTRIES von Ankit Kumar und Michael Schoenstein
und
OECD Health Working Paper No. 61 International Variations in a Selected Number of Surgical Procedures von McPherson, K., G. Gon und M. Scott
- (2) H. Stüwe, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, Heft 10, 6. März 2015
- (3) Weber A. und Schiltewolf M., 2015. Morphine werden immer sorgloser verschrieben. Deutsches Ärzteblatt, 112, A87

Manuskript der Referentin:

Familisierung: Familienfreundliche Arbeit in Zeiten des Ärztemangels

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Das Thema Familie hat bei jungen Medizinerinnen und Medizinern einen anderen Stellenwert als in den Generationen zuvor. So wollen Frauen sowohl Karriere als auch Familienplanung miteinander verbinden und sehen sich nicht mehr ausschließlich als Mütter, die ihre Karriere bedingungslos privaten Interessen unterordnen. Zunehmend wollen und sollen aber auch Männer eine aktivere Rolle im Familienleben übernehmen, weshalb der Begriff der „Feminisierung“ der Medizin schon bald dem Begriff der „Familisierung“ weichen musste. Kombiniert mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf zeigen sich junge Medizinerinnen und Mediziner selbstbewusst und ehrgeizig und vor allem aufgrund eines Fachkräftemangels ohne Arbeitsplatzsorgen.

Heutige und zukünftige Arbeitgeber stehen somit vor einer neuen Herausforderung, wie Organisation und Strukturen sowie Arbeitszeitgestaltung und Weiterbildung in der Arbeitswelt von Krankenhäusern und Niederlassungen familienfreundlicher gestaltet werden können. Hierfür notwendig ist eine mutige und vollständige Erneuerung der Arbeitskultur im ärztlichen Beruf. Aufgrund unterschiedlicher Anforderungen in verschiedenen Fachbereichen gibt es hierfür jedoch keine Universallösung. Vielmehr werden individuelle Strukturen zur besseren Planbarkeit von Arbeitszeiten gefordert, welche an die jeweiligen Voraussetzungen vor Ort am geeignetsten angepasst werden können. Nur einige Beispiele sind: eine moderne Dienstgestaltung in Form einer Kombination aus unterschiedlichen Teilzeitmodellen, Kitas am Arbeitsplatz oder auch eine Notfallversorgung.

Ein neuer Aspekt in der Arbeitszeitgestaltung zur besseren Vereinbarung von Familie und Beruf sind dabei die sogenannten Wahlarbeitszeiten, durch welche unvorhersehbare Fehlzeiten, zum Beispiel aufgrund eines erkrankten Kindes, reduziert werden können. Nicht selten werden bereits solche und ähnliche Arbeitszeitmodelle von Kliniken als Public-Relation-Instrument in Zeiten drohenden Ärztemangels genutzt.

Schwieriger gestaltet sich ein familienfreundliches Arbeiten selbstständig tätiger Ärztinnen und Ärzte im Bereich der niedergelassenen Praxen. Hier gibt es weder Lohnersatzleistungen in Mutterschutzzeiten noch Krankentagegeld, sodass auch der wirtschaftliche Aspekt nicht zu vernachlässigen ist. Aber auch organisatorisch stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf in niedergelassenen Praxen aufgrund fehlender organisierter Regelungen für die Kinderbetreuung eine besondere Herausforderung dar.

Eine weitere Herausforderung in der Umsetzung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist die Anpassung der bestehenden Weiterbildungsordnung. Gefordert wird eine weitere Strukturierung der Ausbildung und des Arbeitsalltags, zum Beispiel durch ein Abgeben von nicht ärztlichen Tätigkeiten sowie geplante Zeiten für Übergaben, um einen Informationsverlust bei häufigem Personalwechsel zu vermeiden.

Insgesamt mangelt es leider aktuell noch in vielen Bereichen an der Umsetzung der geforderten „Famolisierung“ im ärztlichen Bereich. Dies hängt zum Teil mit den noch nicht auf ein familienfreundliches Arbeitszeitmodell angepassten Entgeltsystemen des deutschen Gesundheitswesens zusammen, welches auf der Arbeitsweise von einer Generation basierend ist, die zum Teil unentgeltlich erhebliche Überstunden geleistet hat. Zum anderen können aufgrund von unvorhersehbarem beziehungsweise unplanbar hohem Arbeitsaufwand in Zeiten eines Fachkräftemangels geplante Arbeitszeiten oft nicht eingehalten werden. Auch eine gute und vor allem flexible Kinderbetreuung gehört noch lange nicht zum Alltag an heutigen Kliniken und noch weniger im niedergelassenen Bereich. Aufgrund dieser bisher noch häufig unerfüllten Wünsche von Vereinbarkeit von Familie und Beruf entscheiden sich immer mehr junge Medizinerinnen und Mediziner gegen eine Ausbildung in einem chirurgischen Fachgebiet.

So ist abschließend anzumerken, dass auch heute weiterhin eine Karrierebenachteiligung für Frauen bestehen bleibt, da es doch in den meisten Fällen weiterhin die Frau ist, welche bei Familienwunsch aufgrund der geforderten „Doppelrolle“ auf die eigene berufliche Karriere verzichtet.

Doch auch eine alleinige Veränderung der Arbeitsbedingungen in Klinik und Praxis ist nicht ausreichend, auch die Politik sollte in Zukunft für Veränderung im Sektor Medizin sorgen, damit familienfreundliche Arbeitsbedingungen geschaffen werden können und der Beruf des Arztes nicht an Attraktivität verliert.

Literatur:

- Stange R, Kremer L, Grimaldi G, Mutschler M, Meurer A. Zukunftswerkstatt der DGOU 2016: Famolisierung in O&U. Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, Dezember 2016; 600–601.
- Maibach-Nagel E. Familienfreundliche Arbeitsplätze: Flexible, individualisierte Angebote. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114(1–2): A-38/B-34/C-34

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Kreuzschmerz: Heilen ohne Messer – was hilft und was hilft nicht?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Generalsekretär DGOOC, Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach

Schmerz ist ein sinnvolles Frühwarnsystem des Körpers. Schmerzen können aber auch dauerhaft werden, ihre Warnfunktion verlieren und sich verselbstständigen. Im Hinblick auf Kreuzschmerzen unterscheiden wir zwischen spezifischen Kreuzschmerzen und nichtspezifischen Kreuzschmerzen.

Bei **nichtspezifischen Kreuzschmerzen** ist die organische Ursache oft nicht erkennbar. Für diese nichtspezifischen Kreuzschmerzen gilt die Nationale VersorgungsLeitlinie nichtspezifischer Kreuzschmerz. An der 2. Auflage arbeitete ein Expertengremium aus 28 Fachgesellschaften und Organisationen über zwei Jahre. Formuliert wurden 90 Empfehlungen zu Diagnostik, Therapie und Prävention.

Unverändert soll apparative Diagnostik, einschließlich Bildgebung, zurückhaltend eingesetzt werden, sofern sich aus Befragung und körperlicher Untersuchung kein Verdacht auf gefährliche Ursachen ergibt. Auch von der wiederholten Durchführung bildgebender Diagnostik bei klinisch unverändertem Beschwerdebild wird explizit abgeraten. Wenn aber nach vier bis sechs Wochen keine Besserung eintritt und die Schmerzen den Patienten im Alltag behindern, dann soll der Einsatz bildgebender Verfahren geprüft werden. Die Notwendigkeit der Abfrage und Berücksichtigung von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Belastungsfaktoren wird wesentlich stärker betont.

Bewegung und Bewegungstherapie spielen unverändert eine sehr wichtige Rolle. Dazu soll auch aufgefordert werden. Dagegen muss man von Bettruhe abraten. Daher werden generell alle Therapieverfahren, die die Passivität fördern (zum Beispiel Massage, Elektrotherapie, und so weiter), sehr kritisch gesehen.

Die symptomatische medikamentöse Therapie von Kreuzschmerzen ist zu unterstützen. Medikamente sollten so niedrig dosiert und so kurz wie möglich gegeben werden. Bezüglich der medikamentösen Therapie werden am ehesten unter strenger Berücksichtigung des Risikoprofils nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) empfohlen, wobei keine parenterale Gabe erfolgen soll. Opioide können, ebenso wie Metamizol, unter Berücksichtigung bestimmter Vorgaben eingesetzt werden. Paracetamol sollte in der Therapie des nichtspezifischen Kreuzschmerzes nicht mehr angewendet werden.

Bei Beschwerdepersistenz trotz leitliniengerechter Behandlung ist bei chronischen Kreuzschmerzen immer noch die Durchführung einer multimodalen Therapie zu fordern.

Die Nationale VersorgungsLeitlinie nichtspezifischer Kreuzschmerz wurde am 2. März 2017 durch die Träger des NVL-Programms verabschiedet und ist bis zur nächsten Überarbeitung beziehungsweise spätestens bis Ende März 2022 gültig. Abgerufen werden kann die Leitlinie sowie eine Version für Patienten von der bekannten Homepage des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) unter <http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz/>.

Spezifische Kreuzschmerzen sind auf eine eindeutige organische Ursache zurückzuführen. Tumore und Entzündungen sind seltene Ursachen. Wesentlich häufiger sind Wirbelkörperverformungen auf dem Boden einer Osteoporose. Am häufigsten findet man verschleißbedingte Erkrankungen, wozu letztendlich auch Bandscheibenvorfälle gehören. Hier ist die Abgrenzung zu nichtspezifischen Kreuzschmerzen und zu einem normalen nicht krankheitsbedingten Kreuzschmerz eine besondere Herausforderung. Für die Diagnose eines spezifischen Kreuzschmerzes ist die bildgebende Diagnostik notwendig (Magnetresonanztomografie, Röntgen). Diese Befunde dürfen immer nur im Kontext mit den Ergebnissen der ärztlichen Befragung und körperlichen Untersuchung gewertet werden.

Spezifische Erkrankungen bedürfen einer spezifischen Behandlung, die sich an der gestörten Struktur und Funktion der Wirbelsäule orientieren muss.

Außerhalb von Notfallsituationen (Blutvergiftung, Blasen- und Mastdarmstörung sowie fortgeschrittene Lähmung) ist zunächst eine nicht operative Behandlung sinnvoll und Standard. Die ambulante Durchführung der Therapie hat immer Vorrang. In Notfällen, bei denen die ambulante Therapie nicht möglich ist oder bei besonders schwierigen Fällen, besteht aber auch die Möglichkeit zur Therapieintensivierung im stationären Bereich. Hier hat sich die ANOA (Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken e. V.) mit der Etablierung von Programmen besonders hervorgetan.

Es bestehen auch Grenzen der nicht operativen konservativen Therapie. Die Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff kann nur individuell im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung mit dem Patienten gestellt werden. Zur Absicherung von Therapieentscheidungen besteht die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen. Diese kann aber nur von einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder für Neurochirurgie abgegeben werden, der auch mit der Diagnostik und Behandlung von spezifischen Wirbelsäulenerkrankungen im Hinblick auf die erforderlichen Untersuchungen und der Bewertung der Befunde vertraut ist.

Diagnostik und Behandlung von Rückenschmerzpatienten bedürfen eines klar festgelegten stringenten Ablaufplans sowie Zeit und Erfahrung. Zeitaufwendige Diagnostik mit Befragung und Untersuchung

und Aufklärung sowie die konsequente nicht operative Therapie von Kreuzschmerzen sind in unseren Vergütungsstrukturen nur unzureichend abgebildet.

In Deutschland gibt es sinnvolle Programme zur Behandlung von Patienten mit Kreuzschmerzen, die allerdings nur für bestimmte Kostenträger oder regional zur Verfügung stehen. Eine flächendeckende Umsetzung für alle Kostenträger, unabhängig von regionalen Regelungen, ist dringend anzustreben.

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Wirbelsäule – operieren wir zu viel?

Prof. Dr. Christian Knop

Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG), Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Katharinenhospital Klinikum Stuttgart

Studien zur Häufigkeit operativer Eingriffe haben in den vergangenen fünf Jahren für Aufregung gesorgt:

„Gefährlicher Trend: Es wird zu viel operiert“

NDR Fernsehen 4/2013

„In Deutschland wird so viel operiert wie nie – Zahl der Eingriffe steigt auf 15,7 Millionen. Hohe Zahl unnötiger Eingriffe vermutet.“

Die Welt 10/2013

„Die Zahl der Eingriffe an der Wirbelsäule ist in den vergangenen Jahren auf immer neue Rekordmarken gestiegen.“

Das Erste 11/2012

„... die Zahl der Operationen in Deutschland seit 2005 um mehr als ein Viertel gestiegen ...“

„Demnach gab es im Jahr 2005 rund 12,13 Millionen Operationen. 2011 waren es bereits 15,37 Millionen. Gemessen an der Bevölkerungszahl liegt Deutschland damit weltweit an der Spitze.“

Spiegel Online 8/2013

Grundlage war eine Studie der OECD zur weltweiten Häufigkeit operativer Eingriffe, die 2013 veröffentlicht wurde. Die Meldung „Deutschland OP-Weltmeister“ war eine Sensation und wurde unkritisch als wahr übernommen. Leider wurde in der Öffentlichkeit und in den Medien nicht bemerkt, dass die Daten der OECD-Studie 2015 altersadjustiert analysiert wurden (Deutschland war nach Japan im Beobachtungszeitraum die zweitälteste Nation): Demzufolge war Deutschland eben nicht „Weltmeister“, sondern nur langweiliges „Mittelfeld“.

Die Zahl von mehr als 15 Millionen Operationen in Deutschland wurde unkritisch vielerorts publiziert: Keinesfalls handelte es sich um „Operationen“. Es handelte sich um die Anzahl verwendeter Prozeduren-Schlüssel (OPS-Codes), mit denen die Einzelschritte von Operationen verschlüsselt werden. Bei einer mittelgroßen Operation werden üblicherweise fünf bis zehn Codes angegeben, mit denen eine Operation charakterisiert wird.

Der gleiche Fehler passierte bei der Betrachtung der Zunahme von Operationen über einen mehrjährigen Beobachtungszeitraum: Man zählte nicht Operationen, sondern lediglich die Anzahl der verschlüsselten Codes. Für Zeiträume zwischen 2005 und 2013 wurden drastische Zunahmen

operativer Eingriffe publiziert – immer mit der latenten Unterstellung der Durchführung „sinnloser Operationen“ und damit „falscher oder überzogener Indikationen“ der behandelnden Ärzte. Pikant an diesen Analysen war: Die Kataloge der OPS-Codes wurden in den Beobachtungszeiträumen verändert und immer weiter ergänzt. Zusätzliche Codes wurden eingeführt, um Details von Operationen besser abbilden zu können – naturgemäß stieg damit die Anzahl der verwendeten OPS-Codes pro Eingriff.

Anzahl der Codes \neq Anzahl der Operationen

Die falsche Gleichsetzung der Anzahl verwendeter OPS-Codes mit der Anzahl von Operationen findet sich nicht nur in Printmedien, sondern auch in Publikationen der Bundesregierung (siehe Drucksache 17/14451; 14.8.2013).

Auch die jüngsten Studien analysieren nicht „operierte Patienten“ oder die „Anzahl von Operationen“ –, sondern weiterhin Daten des statistischen Bundesamtes, die sich nur auf OPS-Codes beziehen (Faktencheck Rücken; Bertelsmann Stiftung 6/2017; Stellungnahme der DWG).

Im Fußball würde dieses Vorgehen bedeuten, dass wir nicht mehr die geschossenen Tore zählen, sondern die Anzahl der Ballkontakte, die zum Tor geführt haben.

Als Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) unterstütze ich, gemeinsam mit den mehr als 1.500 Mitgliedern, jeden Ansatz zur Verbesserung der Qualität in der Medizin.

Dies kann die DWG belegen.

1. Unterstützung und aktive Mitarbeit an einem gemeinsamen Forschungsprojekt von Fachgesellschaften und Kostenträgern „Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation (DEWI)“
2. Einer der drei Schwerpunkte der 12. Jahrestagung der DWG in Stuttgart:
„Qualität in der Medizin“
3. Erfolgreiche Projekte der DWG zur Qualitätssteigerung und -sicherung in der Wirbelsäulen Chirurgie:
 - Persönliche Qualifikation: Basis-, Master-, Exzellenz-Zertifikat der DWG (seit Einführung 717 Basis-, 418 Master- und 20 Excellence-Zertifikate vergeben)
 - Zertifizierung von Kliniken als „Wirbelsäulenzentrum der DWG“ oder „Wirbelsäuleneinrichtung der DWG“ (nach Start 2017 bereits 15 zertifizierte Zentren)
 - Dokumentation aller Wirbelsäulenoperationen im nationalen Register der DWG (verpflichtend für zertifizierte Zentren)

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Stellungnahme der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) zur Publikation der Bertelsmann Stiftung (19.6.2017): „Faktencheck Rücken – Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe“.

Der Inhalt der Veröffentlichung

Kern der Veröffentlichung ist die Analyse der Häufigkeit von dokumentierten OP-Schlüsseln in den verschiedenen Landkreisen Deutschlands. Festgestellt wird ein erheblicher Unterschied beim Vergleich der Häufigkeit in den Landkreisen. Dabei wurde für einzelne OP-Schlüssel ein mehr als 10-facher Häufigkeitsunterschied beobachtet.

Die Autoren kommen zur Schlußfolgerung, dass der Wohnort in Deutschland darüber entscheide, „ob Patienten ins Krankenhaus kommen, konservativ behandelt oder operiert werden.“

Der Hintergrund der Datenerhebung

Wird ein Patient in Deutschland im Krankenhaus behandelt, dann werden die Haupt- und Nebendiagnosen mit einem Code verschlüsselt und dokumentiert. Für die Verschlüsselung von Operationen dient ein Katalog sog. OPS-Codes. Für eine differenzierte Darstellung der verschiedenen Maßnahmen und Teilschritte einer Operation werden daher regelhaft mehrere Schlüssel dokumentiert. Selbst bei einfachen, kleinen Operationen kann das eine Verschlüsselung von 3-5 Codes, in größeren Eingriffen 5-10 Codes und bei besonders aufwändigen Operationen durchaus mehr als 10 Codes bedeuten.

„Die Dokumentiergewohnheiten können sich“ ... „zwischen Ärzten, Fachabteilungen und Krankenhäusern unterscheiden. Einzelne OPS-Codes oder Fallmerkmale können entsprechend regional unter- oder überrepräsentiert sein.“

Die Versorgungslandschaft in Deutschland ist unterschiedlich: Nicht überall bestehen in gleichem Maße Möglichkeiten beispielsweise für eine ambulante (nicht-stationäre) konservative (nicht-operative) Behandlung von akuten Rückenschmerzen. Fehlen diese Möglichkeiten, dann bleibt nur die stationäre Einweisung als Option. Dies führt dann naturgemäß zu einer häufigeren stationären Behandlung bei ähnlichen Diagnosen. Diese Unterschiede in der regionalen ambulanten Versorgungssituation (Bildgebung, Schmerztherapie, Operationen) wurden nicht berücksichtigt oder untersucht.

Es handelt sich um keine Beobachtungsstudie, die die Datenentwicklung prospektiv (vorausschauend und begleitend in die Zukunft) untersucht hat, sondern lediglich rückblickend. Das wissenschaftliche Niveau ist damit in der untersten der drei Qualitätsstufen anzusiedeln. „Die Prozeduren sind nicht auf Fallebene auswertbar“, d.h. eine Mehrfachzählung von Interventionen und „damit eine allgemeine Überschätzung der Interventionshäufigkeit“ ist „wahrscheinlich“. „Mehrfache Krankenhausbehandlungen mit demselben OPS-Code oder anderen als den abgegrenzten OPS-Codes innerhalb eines Jahres bei ein und derselben Person können nicht ausgeschlossen werden“. Es ist

keine direkte Verbindung zwischen den Hauptdiagnosen und den untersuchten OPS-Codes herzustellen.

Die Planung und Durchführung der Studie erfolgte ohne breite Einbindung der Fachexpertise der Fachgesellschaften, in deren Händen die Qualitätsstandards für die konservative und operative Behandlung von Wirbelsäulenleiden festgelegt und bewertet werden.

Bewertung der Studie

Eine abschließende Bewertung ist ohne vollständige Kenntnis der Datenlage und der Methodik nicht möglich. Es liegt jedoch der Verdacht nahe, dass wesentliche Aspekte zu einer deutlichen Verzerrung des Ergebnisses und der Dateninterpretation beigetragen haben.

Die Trennung zwischen Prozeduren und Anzahl von Operationen oder der Anzahl operierter Patienten ist nicht geglückt. Hier besteht ein erhebliches Fehlerrisiko, dass bundesweit lediglich erhebliche Unterschiede im „Codier-Verhalten“ bestehen aber eben nicht in der Häufigkeit einer durchgeführten Operation.

Die Unterschiede in der Verfügbarkeit ambulanter Leistungen können einen erheblichen Einfluss darauf haben, ob und wie häufig Patienten für eine stationäre Behandlung ins Krankenhaus eingewiesen werden – dieser Umstand bleibt in der vorliegenden Studie unberücksichtigt.

Wünschenswert wäre eine Studie zu diesem Thema auf hohem wissenschaftlichen Niveau. Diese sollte Behandlungsdaten und –ergebnisse von Patienten sowie die Fachexpertise der zuständigen Fachgesellschaften einbeziehen.

In der Zusammenschau bleibt aus Sicht der DWG eine Publikation, deren Zielsetzung nicht in solider Information sondern vielmehr in medialer Aufmerksamkeit zu bestehen scheint. An zu vielen Stellen wird ärztliches Fehlverhalten unterstellt, angeblich werden ökonomisch getriebene falsche Entscheidungen getroffen. Die übliche und unkritische Sichtweise ist, dass dort, wo eine Abweichung vom Mittelwert nach oben zu verzeichnen ist, ein „Zuviel“ und eine „Übersorgung“ besteht – woraus ist das zu schließen? Auch in früheren Studien mit Krankenkassendaten wurde fälschlicherweise eine drastische Zunahme an Wirbelsäulenoperationen postuliert – auch dort waren lediglich OPS-Codes untersucht worden und man hatte übersehen, dass sich die Anzahl der verfügbaren und zu benutzenden OPS-Codes im Beobachtungszeitraum vermehrt hatte, nicht aber die Anzahl der Operationen selbst.

„Es braucht dringend mehr Transparenz über die Gesundheitsversorgung vor Ort, um Über- oder Unterversorgung zu vermeiden“, sagt Brigitte Mohn, Vorstand der Bertelsmann Stiftung. Transparenz wird von der DWG sehr begrüßt. Dafür hält die DWG aber oberflächliche Analysen wie die hier vorliegenden für wenig zielführend. Die Feststellung einer „Über- oder Unterversorgung“ ist nicht einseitig oder als schlichte Differenz zu einem gefundenen Mittelwert zu definieren. Wegweisende Untersuchungen zur medizinischen Behandlungsrealität sollten eben nicht nur Daten der Kostenträger sondern vor allem valide Behandlungsdaten und -ergebnisse berücksichtigen, die von behandelnden Ärzten vor Ort prospektiv erhoben werden. Die Einbindung der Fachexpertise ist aus Sicht der DWG bei der Planung und Durchführung einer solchen Untersuchung unerlässlich. Dafür steht die DWG gern zur Verfügung.

Anstrengungen für eine Qualitätssteigerung und -sicherung werden von der DWG unternommen:

1. Mit dem etablierten *Weiterbildungscurriculum der DWG* können Neurochirurgen, Orthopäden und Unfallchirurgen eine persönliche Zertifizierung erlangen. Etwa 1.100 Zertifikate wurden nach qualifizierter Weiterbildung durch die DWG bereits vergeben.
2. Seit diesem Jahr werden *Wirbelsäulenzentren* nach einem System der DWG zertifiziert. Spezialisierte Kliniken verpflichten sich auf Qualitätsstandards und Ausstattungsmerkmale. Mittlerweile sind 12 DWG-Wirbelsäulenzentren zertifiziert, die Anzahl wächst.
3. Alle zertifizierten Wirbelsäulenzentren haben sich zur Dokumentation der Wirbelsäuleneingriffe im *DWG-Wirbelsäulenregister* verpflichtet. Die Ergebnisqualität kann zukünftig anhand der einzigartigen Datenbank überprüft und verbessert werden.
4. Ein neues Weiterbildungssystem der DWG vermittelt seit diesem Jahr den aktuellen Stand der nicht-operativen Behandlung – damit kann ein *konservatives Zertifikat* erworben werden.

Stuttgart, 21.6.2017



Prof. Dr. Christian Knop
Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft

Ärztlicher Direktor
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Katharinenhospital - Klinikum Stuttgart

Manuskript des Referenten:

Kinder auf der Flucht: Neue Herausforderungen in der Orthopädie

Professor Dr. med. Thomas Wirth

Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Klinikum Stuttgart

Mit der seit Sommer 2015 eingetretenen Flüchtlingswelle hat sich auch die Zahl der in einer großen deutschen kinderorthopädischen Abteilung zu behandelnden Flüchtlingskinder stark erhöht. Das Spektrum ist dabei sehr heterogen. Die meisten Kinder benötigen Notfalltherapien, gefolgt von dringenden Frühbehandlungen, vor allem bei Neugeborenen und Säuglingen. Hinzu kommt dann aber eine Vielzahl von vorbestehenden Deformitäten und chronischen Erkrankungen unterschiedlichster Ausprägungs- und Schweregrade. Es ist keines falls so, dass wir mit einer großen Zahl besonders seltener Krankheiten oder schwieriger Fälle konfrontiert werden. Diese sind dabei, machen aber nur Einzelfälle aus. Auch die Folgen der Flucht zeigen sich: Kinder mit Marschfrakturen haben unsere Hilfe in Anspruch genommen (Abb. 1). Patienten mit akuten und chronischen Infektionen der Knochen haben wir zu unserer Überraschung so gut wie keine gesehen, obgleich beispielsweise einige Tuberkulosefälle in unserer Pädiatrie therapiert wurden, aber ohne Beteiligung des muskuloskeletalen Systems.

Im Jahre 2016 haben sich in unserer Ambulanz insgesamt 961 Flüchtlingskinder vorgestellt, davon 854 in der interdisziplinären Notaufnahme mit akuten Problemen der Knochen und Gelenke. Es handelte sich überwiegend um Unfälle des Alltags, also Prellungen, Distorsionen, Sportunfälle, Schnitt- und Risswunden und Frakturen, von denen lediglich vier so schwer waren, dass sie operativ und stationär behandelt werden mussten. Die übrigen Ambulanzkontakte erfolgten über die KV-Ambulanzen der ermächtigten Ärzte und betrafen Deformitäten der Extremitäten und der Wirbelsäule, angeborene Erkrankungen mit dringendem Therapiebedarf wie Hüftluxationen und Klumpfüße oder neuroorthopädische Probleme und fünf Tumorpatienten, davon ein Sarkom.

Einundvierzig Flüchtlingskinder wurden im Jahr 2016 stationär behandelt, circa 90 Prozent davon operativ. Die Verteilung in die einzelnen Kategorien ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Es ist in teilweise langwierigen Gesprächen und Verfahren gelungen, die besonders dringlichen und wichtigen Fälle nach behördlicher Erteilung einer Finanzierungszusage operieren zu können. In Fällen, die einen Aufschub der Behandlung ohne Gefahr für die Gesundheit erlaubten, wurde Anträgen auf Genehmigung einer operativen Therapie keine Kostenzusage erteilt. Wir haben also immer einen Behandlungsplan aufgestellt und den Familien zur Verfügung gestellt.

Ein großes Problem stellt oft die Komplexität der dringlich zu behandelnden Patienten dar, wie beispielsweise bei Kindern mit Osteogenesis imperfecta, Zerebralparesen oder malignen Erkrankungen, da Folgeoperationen, Rehabilitationsbehandlungen und Hilfsmittelversorgungen zusätzlich finanziert werden müssen (Abb. 2). Ohne diese Finanzierungszusagen ist der Wert der

Initialtherapie fragwürdig. Kritisch wird manche Situation auch für die behandelnden Ärzte, wenn Familien Betroffener deren Situation für ihre Asylbelange nutzen wollen. Es ist sehr schwer, die zwingend erforderlichen Behandlungen von den weniger bedeutsamen abzugrenzen und dabei die eigene Rolle neutral wahrzunehmen.

Die Verständigung mit den verunfallten und erkrankten kleinen Patienten ist gelegentlich eine Herausforderung. Insbesondere in der Notfallsituation können Dolmetscher nicht zeitgerecht gefunden werden. Einige Kinder und Jugendliche und ihre Familienangehörigen sprechen etwas Englisch, manche auch schon ganz gut Deutsch – dann klappt die Verständigung hinreichend gut. Für die stationär zu betreuenden Kinder ist diese Thematik nicht ganz so brisant, da die internen Strukturen des Krankenhauses, insbesondere in Person der sehr umsichtig agierenden Casemanager und Sozialarbeiter, die notwendigen organisatorischen Aufgaben sehr effizient wahrnehmen und Pflegekräften und Ärzten Dolmetscher zur Seite stellen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass alle Flüchtlinge von unserer guten Notfallversorgung Gebrauch machen können und eine optimale Notfallbehandlung erhalten. Dringende orthopädische Behandlungen konnten wir den betroffenen Kindern bislang ebenfalls ermöglichen. Unter den Patienten sind einige höchst anspruchsvolle und herausfordernde Pathologien, die man im einheimischen Krankengut selten sieht.

Tabelle 1:

Orthopädische Behandlungskategorien der Flüchtlingskinder in stationärer Therapie

Kategorie	Anzahl
Deformität	14
Hüftdysplasie/-luxation Säugling	5
Infektion	1
Neuroorthopädie	8
Tumore	5
akutes Trauma	4
posttraumatische Deformität	5
Gesamt	42



Abb. 1
Verheilte Marschfraktur des Os metatarsale II links



Abb. 2a
Patient mit Arthrogyripos multiplex congenita und schwerstem Klumpfuß rechts



Abb. 2b
Unterschenkdrehfehler und schwere Kniebeugekontraktur rechts



Abb. 2c
Korrektur in drei Schritten: Klumpfuß



Abb. 2d
Korrektur in drei Schritten: Kniebeugekontraktur

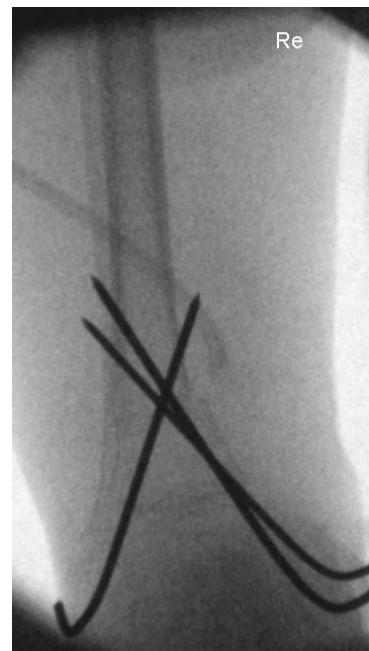


Abb. 2e
Korrektur in drei Schritten: Unterschenkdrehfehler

Manuskript des Referenten:

Qualitätssiegel EndoCert: Deutsches Zertifizierungssystem macht Gelenkersatz immer sicherer

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

EndoCert bildet gemeinsam mit dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) die Qualitätsinitiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie (DGOOC) zur Endoprothetik. Seit 2012 im Regelbetrieb, nehmen derzeit rund 550 Einrichtungen als zertifizierte Endoprothetikzentren teil. Damit ist nahezu die Hälfte der an der endoprothetischen Versorgung in Deutschland beteiligten Einrichtungen zertifiziert.

Die für eine Zertifizierung zu erfüllenden Kriterien wurden durch ein Expertengremium auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Literatur erarbeitet und in zwei Pilotphasen getestet, bevor das System in den Regelbetrieb übergang. Neben Anforderungen im Bereich der Strukturqualität wird besonderer Wert auf die Prozessqualität und die kurzfristige Ergebnisqualität gelegt. Für die langfristige Erfassung der Ergebnisqualität ist das EPRD (Endoprothesenregister Deutschland) vorgesehen, an dem zertifizierte Einrichtungen verpflichtend teilnehmen.

Besonderer Wert wird auf eine hohe Validität der zu erfassenden Qualitätsindikatoren gelegt. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leistet das jährliche Audit, das als Überwachungs- oder Wiederholungsaudit (alle drei Jahre) durchgeführt wird. Hierbei sind ein bis zwei Fachexperten vor Ort in der Einrichtung und haben die Gelegenheit, sich von der Erfüllung der Anforderungen durch Gespräche mit den Mitarbeitern sowie durch die Prüfung von Akten zu überzeugen. Eine Nichtkonformität mit den Anforderungen führt zu einer Abweichung, deren Behebung Voraussetzung für eine Zertifizierung ist. Daneben werden Hinweise ausgesprochen, die zu einer weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen sollen.

EndoCert versteht sich als lernendes System: so kann der Anforderungskatalog an relevante Faktoren zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit angepasst und die realistische Erhebung von Qualitätsindikatoren unterstützt werden.

Für die Zukunft wird eine Abstimmung unter allen an der Qualitätssicherung beteiligten Partnern angestrebt, um einerseits ein effektives und vernetztes System zur Qualitätsverbesserung zu etablieren und andererseits den Aufwand für die beteiligten Einrichtungen vor dem Hintergrund der immer knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen nicht unnötig zu steigern.

*Pressekonferenz zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)
Dienstag, 24. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Gelenkersatz auf höchstem Niveau: Neue Zahlen aus dem Endoprothesenregister

Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Volkmar Jansson

Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik und Leiter des Endoprothetikzentrums des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München, Wissenschaftlicher Direktor des Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) Kontinuierliche Datenerfassung

Durch eine Initiative der Fachgesellschaft DGOOC ins Leben gerufen, verfolgt und erfasst das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) als freiwilliges Register seit annähernd 5 Jahren kontinuierlich die in Deutschland vorgenommenen endoprothetischen Eingriffe an Knie und Hüfte. Dank der gestiegenen Zahl der Krankenhäuser, die ihre Operationsdaten an das Register übermittelten und die innerhalb der Kliniken steigende Erfassungsrate von Operationen, konnte eine verlässliche Datengrundlage geschaffen werden, die bereits jetzt zur Beurteilung der Qualität innerhalb der Frühphase der Endoprothetik beitragen kann.

Der diesjährige zweite Jahresbericht des EPRD stellt daher – neben der deskriptiven Beschreibung zur Versorgungswirklichkeit im Vergleich zum Vorjahr und zu Registern anderer Länder – erstmalig Standzeiten zu verschiedenen Versorgungsformen und deren Abhängigkeit von unterschiedlichen Risikofaktoren dar. Auch wenn zunächst nur der postoperative Verlauf bis zwei Jahre nach einer Erstimplantation betrachtet werden kann, liefert die Untersuchung der Ausfallwahrscheinlichkeiten von Implantatversorgungen in dieser Frühphase wichtige Erkenntnisse, die zur Diskussion über endoprothetische Versorgungsformen in Deutschland beitragen können und zusätzlich die Möglichkeit bieten, ein Frühwarnsystem zu implementieren. Im Verlauf der nächsten Jahre plant das EPRD, Ergebnisse für das mittel- und langfristige Abschneiden von Versorgungsformen und einzelner Implantate zu präsentieren.

Steigende Erfassungsrate

Für 2016 erreichten das Register Dokumentationen aus 673 verschiedenen Häusern. Insgesamt wurden im vergangenen Jahr 137 295 endoprothetische Eingriffe an der Hüfte und 107 892 am Knie dokumentiert, wovon es sich bei 122 961 bzw. 97 034 Eingriffen um Erstimplantationen handelte. Mit den damit mehr als 245 000 im EPRD dokumentierten Operationen betrug die Erfassungsrate für 2016 knapp 60 % aller in Deutschland durchgeführten endoprothetischen Eingriffe an Knie und Hüfte. Für das laufende Jahr wird eine weitere Steigerung der Erfassungsrate erwartet. Dabei wird das Register zunehmend von einer breiteren Basis von Krankenhäusern getragen, der Einfluss der großen beziehungsweise viel Dokumentationen liefernden Häuser auf die Ergebnisse nimmt weiter ab. Damit wird die Versorgungswirklichkeit im Bundesgebiet immer repräsentativer abgebildet.

Operationsjahr 2016

In Deutschland werden Hüftversorgungen mit einem Anteil von 56 % häufiger vorgenommen als Knieversorgungen (44 %). Dies entspricht weitestgehend den Gegebenheiten in Kontinentaleuropa. Im

außereuropäischen Ausland erreichen Knieversorgungen aber deutlich höhere Anteile (USA 60 % und Australien 54 %). Mit Anteilen von 60,4 % beziehungsweise 39,6 % unterzogen sich deutlich mehr Frauen als Männer einem hüftendoprothetischen Eingriff. Bei den Patienten unter 55 Jahren liegt der Anteil männlicher Patienten im EPRD aber über dem weiblicher Patienten.

Für 2016 betrug der Anteil an Hüft-Totalendoprothesen, die ohne Verwendung von Zement im Knochen verankert werden, 78,4 % und lag damit sogar etwas mehr als 2 beziehungsweise 4 Prozentpunkte 2 höher als ein beziehungsweise zwei Jahre zuvor. Der Trend zur zementfreien Verankerung scheint sich in Deutschland also weiter fortzusetzen. Lediglich in der Schweiz liegt der Anteil zementfreier Verankerungen in einer ähnlichen Größenordnung. In anderen Ländern wie insbesondere Schweden stellt der vollständige Verzicht auf Zement hingegen mit einem Anteil bis unter 21 % eher die Ausnahme dar.

Während bei den Hüfteingriffen Deutschland eine Vorreiterrolle in Bezug auf die zementfreie Versorgung einnimmt, zeigt es sich bei den Knieeingriffen als Verfechter der Zementierung. Die vollständige Zementierung von Knieendoprothesen ist auch international Standard und stellt die mit Abstand am häufigsten gewählte Verankerungsart dar. In Australien und der Schweiz liegt der Anteil der zementfreien Implantationen mit 22 beziehungsweise 7 % (Deutschland 1,4 %) und die der hybriden Verankerung am Knochen (die Komponente auf der Unterschenkelseite zementiert, die auf der Oberschenkelseite zementfrei) mit 25 beziehungsweise 20 % (Deutschland 7,8 %) aber deutlich über dem deutschen Niveau.

Bei den Gleitpaarungs-Materialien, das sind die Materialien der beiden Oberflächen, die sich bei einem Gelenkersatz gegeneinander bewegen, setzt sich der Trend zur vermehrten Verwendung keramischer Hüftkopf-Komponenten fort. Gelenkübergreifend steigt der Anteil an modernen, hochvernetzten Polyethylen-Einsätzen weiter an.

Standzeiten endoprothetischer Versorgungen

Durch die Kooperation mit den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) erhält das EPRD Routinedaten datenschutzkonform zu den teilnehmenden Patienten, die administrative und abrechnungsrelevante Informationen umfassen. Über die darin enthaltenen Behandlungs-codes kann das Register auf weitere, dem Register nicht direkt gemeldete Folgeeingriffe schließen und somit für diese Fälle die Standzeiten verlässlich angeben. Des Weiteren erlauben die von den Kassen ebenfalls mitgelieferten Diagnose-codes dem EPRD, den Einfluss von Begleiterkrankungen als mögliche Risikofaktoren zu untersuchen.

Aufgrund der vergleichsweise kurzen Nachverfolgungsspanne des Registers beziehen sich sämtliche Aussagen zu Standzeiten beziehungsweise Ausfallwahrscheinlichkeiten momentan auf die Frühphase des postoperativen Verlaufs bis zwei Jahre nach Erstimplantation. Bei den Hüftversorgungen sind beispielsweise deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Versorgungsformen ersichtlich. Dabei unterscheidet das EPRD zwischen einer elektiven Versorgung, bei der der Zeitpunkt des

Eingriffs nahezu frei gewählt werden kann und nicht-elektiven Eingriffen im Rahmen eines Notfalls. Während bei elektiven Hüft-Totalendoprothesen die Ausfallwahrscheinlichkeit zwei Jahre nach der Erstimplantation bei 2,6 % liegt, liegen Teilendoprothesen und nicht-elektive Hüft-Totalendoprothesen zum selben Zeitpunkt mit 4,1 beziehungsweise 5,9 % deutlich darüber. Bei der Versorgung einer Fraktur des Oberschenkelknochens mit einer Totalendoprothese ist die Ausfallwahrscheinlichkeit damit mehr als doppelt so hoch wie bei der elektiven Versorgung. Auch das Vorliegen bestimmter Begleiterkrankungen hat einen erheblichen Einfluss auf die frühe Ausfallwahrscheinlichkeit von Endoprothesen, obwohl diese Begleiterkrankungen zunächst mit der endoprothetischen Versorgung in keinem Zusammenhang zu stehen scheinen. Die Registerdaten zeigen, dass Depressionen, Übergewicht und Diabetes Auswirkungen auf die Ausfallwahrscheinlichkeiten haben können. Selbst bei Herz-Kreislauf-assoziierten Erkrankungen zeigten sich Unterschiede zwischen davon betroffenen und nicht-betroffenen Patienten.

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Mittwoch, 25. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Nach einem Unfall: für jeden die richtige Behandlung

Themen und Referenten

Stürze, Brüche, Kopfverletzung: optimale Versorgung schwerverletzter Kinder

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Üben für den Ernstfall: Unfallchirurgie in Zeiten des Terrors

Professor Dr. med. Benedikt Friemert

Oberstabsarzt und Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Muskelverletzungen – Frühdiagnostik, Prävention und Therapiekontrolle

Professor Dr. med. Thomas J. Vogl

Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Interdisziplinäre Versorgung im Leistungsfußball

Professor Dr. med. Tim Meyer

Mannschaftsarzt des Deutschen Fußball-Bundes, Institut für Sport- und Präventivmedizin
Universität des Saarlandes, Saarbrücken

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Donnerstag, 26. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Was Arzt und Patient für ein bewegtes Leben tun können

Themen und Referenten

Fast wie normal? Was leistet die moderne Endoprothetik?

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Immer an der Seite: der Orthopäde als Partner des Spitzensportlers

Thomas Lurz

12facher Weltmeister im Freiwasserschwimmen, Würzburg

Hype mit Fragezeichen: Welchen Anforderungen müssen gute Fitness-Apps genügen?

Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH

Stellvertretender Direktor des hannoverschen Standorts des Peter L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Ein Leben lang schmerzfrei bewegen: Wie sieht ein gelenkschonender Lebensstil aus?

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 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Freitag, 27. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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



Forschung in O & U

Themen und Referenten

O & U in Zeiten der Sparpolitik: Wie viel Qualität ist noch möglich?

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Forschung in O & U lohnt sich – für die Patienten und die Gesellschaft

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Gemeinsam entscheiden auf Augenhöhe: Vertrauen in der Arzt-/Patienten-Beziehung

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Den Gelenkverschleiß verstehen: auf der Suche nach Ursachen und Biomarkern der Arthrose

Professor Dr. rer. nat. Frank Zaucke

Dr. Rolf M. Schwiete Forschungsbereich für Arthrose an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Andrea Meurer
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztliche Direktorin der
Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim Frankfurt am Main

* 1966



Studium:

WS 1985	Immatrikulation an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz im Fachbereich Humanmedizin
1987	Ärztliche Vorprüfung
1988	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1991	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1991–1992	Praktisches Jahr im Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Promotion:

24.6.1992	Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin, Titel: „Computertomographisches Staging gastrointestinaler Tumoren“
-----------	---

Habilitation:

1.7.1999	Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin, Titel: „Untersuchung der normalen und krankhaft veränderten Gehbewegung des Menschen mit computerunterstützter dynamischer Elektromyographie und Goniometrie. Eine methodische Studie mit gesunden Probanden verschiedener Altersklassen und mit Coxarthrose- und Gonarthrosepatienten“ Erhalt der Venia Legendi für das Fach Orthopädie
----------	--

Beruflicher Werdegang:

07/1992–12/1993	Tätigkeit als Ärztin im Praktikum an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
01/1994	Approbation
01/1994–12/1995	Wissenschaftliche Assistentin in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor:

	Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
01/1996–12/1996	Wissenschaftliche Assistentin in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität Köln (Direktor: Universitätsprofessor Dr. K. E. Rehm)
Seit 01/1997	Wissenschaftliche Assistentin in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
11/12/1997	Ernennung zur Oberärztin der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
07/1999	Erhalt der Venia Legendi für das Fach Orthopädie
02/2005	Ernennung zur Leitenden Oberärztin und Ständigen Vertretung des Klinikdirektors
02/2006	Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin
09/2006	Wahl in den Vorstand der Deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie
10/2006	Aufnahme in die ComGen der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
11/2008	Ernennung zur Chefärztin der Vulpius Klinik, Bad Rappenau
01/2009	Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
03/2009	Ruf auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt und als Stellvertretende Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim (OUF)
01/2012	Bestellung zur Ärztlichen Direktorin und Geschäftsführerin OUF
2014	Präsidentin der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.
10/2014	Wahl zur 2. Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie DGOOC (Präsidentin 2017)

Anerkennungen:

12/19997	Anerkennung als Fachärztin für Orthopädie
09/2001	Zusatzbezeichnung Rheumatologie
10/2004	Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie
11/2005	Bezeichnung Osteologe DVO
11/2006	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie
11/2007	Anerkennung als Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Berufsverband der Ärzte für Orthopädie
- Deutschsprachige Vereinigung für Kinderorthopädie
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft
- Deutsche Vereinigung für Bewegungsanalyse
- Deutsche Morbus Perthes Initiative
- Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
- Deutscher Hochschulverband
- Verband der Leitenden Krankenhausärzte

Wissenschaftliche Preise:

- 2000 Outstanding Paper Award der 10th International Conference on Biomedical Engineering in Singapur
- 2002 Konrad-Biesalski-Preis der DGOOC für das Buch „Elektromyographie und Goniometrie der menschlichen Gehbewegung“ (Springer Verlag Heidelberg, 2001)
- 2005 Innovationspreis der Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie für die Arbeit „Repetitive low-energy shock wave application without local anaesthesia ...“, J.D. Rompe, A. Meurer, B. Nafe, A. Hofmann, L. Gerdesmeyer

Stipendien:

- 2004 Europäisches Reisestipendium der Deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie
- 2006 Kanada-England-Reisestipendium der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie
- Aufnahme in den Kreis der Austria-Switzerland-Germany-(ASG-)Fellows

Sonstiges:

Mitherausgeberin der Zeitschrift „Der Orthopäde“, Springer Verlag

Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie“, Thieme Verlag

2013 Wahl in den Sachverständigenbeirat des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie (DGOOC), stellvertretender
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Unfallchirurgie (DGOU), Chefarzt der Abteilung Orthopädie und
Unfallchirurgie an der Fachklinik Herzogenaurach

* 1960



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1981–1987 | Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg |
| 1988 | Promotion |
| 1994 | Facharzt Orthopädie einschließlich: Röntgendiagnostik des Gebietes einschließlich des Strahlenschutzes
Sonographie des Gebietes einschließlich der Säuglingshöften |
| 1995 | Orthopädische Rheumatologie |
| 1996 | Habilitation: „Die Früharthrose des Kniegelenkes – Eine Studie zu Histomorphometrie und Bildgebung des Gelenkknorpels und des subchondralen Knochens“, Orthopädische Universitätsklinik Erlangen
(Direktor: Professor Dr. D. Hohmann) |
| 1997 | Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst |
| 2003 | außerplanmäßiger Professor der Universität Erlangen-Nürnberg |
| 2006 | Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie |

Berufliche Tätigkeit:

- | | |
|-----------|---|
| 1988–1989 | wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann) |
| 1989–1990 | wissenschaftlicher Assistent an der Unfallchirurgische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Professor Dr. H. Tscherne) im Rahmen der Rotation als Assistenzarzt der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Direktor: Professor Dr. A. Berger) |
| 1990–1994 | wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann) |
| 1994–1996 | Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann) |
| Seit 1996 | Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie |

Ausgewählte Aktivitäten der letzten Jahre:

- Leitung Qualitätszirkel Osteologie an der Fachklinik Herzogenaurach
- Beirat Zeitschrift Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis
- Beirat Zeitschrift Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin
- Beirat Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (ZfOU)
- Fachbeirat Technische Orthopädie
- Mitarbeit bei der Erstellung des Gesundheitspfades Rücken der Bertelsmann-Stiftung (2007)
- Mitwirkung bei der Erstellung der Leitlinie „Physiotherapie und Bewegungstherapie bei Osteoporose“ des DVO (2008)
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz der ÄZQ (Fertigstellung 2011)
- Mitglied der Kommission zur Erarbeitung der Neuauflage Nationale Versorgungsgleitlinie Kreuzschmerz (Fertigstellung 02.02.2017)

Wichtige Ämter:

2004–2013	Leitung der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC (Sektion 3)
2009–2017	2. Vorsitzender des Verbandes Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) Landesverband Bayern
2009	Präsident der VSO (Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e.V.) und Tagungspräsident des Jahrestreffens der VSO e. V., Baden-Baden 2009
2009–2013	Leitung der Sektion Rehabilitation – Physikalische Medizin – der DGOU
2011	3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2012	2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2013	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU e.V.)
2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2014	1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2015	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU e.V.)
2015	Mitglied geschäftsführender Vorstand des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU e. V.)
Seit 2016	stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU e.V.)

- Seit 2015 Vizepräsident der Deutschen Hüftgesellschaft (DHG e. V.)
Seit 2015 Mitglied Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH e. V.)
Seit 2015 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC e.V.)

Besondere Auszeichnungen:

- 2009 Verleihung der Hubert-Waldmann-Plakette durch den Berufsverband für Orthopädie
und Unfallchirurgie (BVOU) für außerordentliche Verdienste um das Fachgebiet als
höchste Auszeichnung des Berufsverbandes

Curriculum Vitae

Prof. Dr. Christian Knop
Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft,
Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie,
Katharinenhospital Klinikum Stuttgart

* 1965



Studium und beruflicher Werdegang:

1987–1993 Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
28.10.1993 Ärztliche Prüfung, Approbation als Arzt
1993–1998 Facharztausbildung im Zentrum Chirurgie der MHH
1998–2001 Facharzt an der Unfallchirurgischen Klinik der MHH (Direktor: Prof. Dr. H. Tscherne)
2001–2007 Oberarzt an der Universitätsklinik für Unfallchirurgie & Sporttraumatologie, Medizinische Universität Innsbruck, A (Direktor: Prof. Dr. M. Blauth)
2007–2009 Geschäftsführender (leitender) Oberarzt, Universitätsklinik Innsbruck, Österreich
seit 2009 Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie & Orthopädie, Katharinenhospital Stuttgart

Facharzt:

1999 Facharzt für Chirurgie (zusätzlich österreichisches Facharzt Diplom 2001)
2000 Facharzt für Unfallchirurgie (zusätzlich österreichisches Facharzt Diplom 2001)
2009 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Unfallchirurgie

Additivfächer und weitere Qualifikation:

1996 Zusatzbezeichnung Rettungsmedizin
1999 Qualifikation als Leitender Notarzt
2001 Qualifikation als Notarzt, Österreich
2003 Additivfach Sporttraumatologie, Österreich
2004 Universitätslehrgang für Medizinische Führungskräfte, Donau-Universität Krems, Österreich
2006 Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, LG Innsbruck, Österreich

2008	Additivfach Intensivmedizin, Österreich
2010	Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
seit 2011	Mitglied der Gutachterkommission der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg
seit 2014	Sprecher des Traumanetzwerkes Region Stuttgart
seit 2013	Leiter der Kommission Qualitätssicherung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft
2011–2013	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft
2015–2018	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft
2017	Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft

Weiterbildungsermächtigung:

Unfallchirurgie und Orthopädie; Spezielle Unfallchirurgie
Intensivmedizin (6 Monate)

Dissertation:

18.1.1994 „Der intramedulläre Verriegelungs-Schraubnagel – Ein neues Behandlungskonzept für die subkapitale Humerusfraktur“, Erteilung des Doktorgrades der Medizin durch die MHH

Habilitation:

2000 „Die kombinierte dorsoventrale Operation zur Behandlung thorakolumbalen Wirbelsäulenverletzungen – Klinische Ergebnisse und neue Entwicklungen“
Verleihung der Lehrbefugnis für Unfallchirurgie durch die MHH

2001 Ernennung zum Außerordentlichen Universitätsprofessor für Unfallchirurgie an der Medizinischen Universität Innsbruck, Österreich

2009 Lehrauftrag der Medizinischen Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

2010 Umhabilitation zur Med. Fakultät der Eberhard Karls Universität Tübingen

Eigene Erfindung:

2000 „Endoskopische Spreizzange für die thorakoskopische Applikation eines Wirbelkörperersatzimplantates“, Gebrauchsmuster, Deutsches Patentamt, München

Meilensteine:

Klinikleitung als Ärztlicher Direktor seit Oktober 2009

- Zertifiziertes überregionales Traumazentrum der Stadt und Region Stuttgart, Traumanetzwerksprecher seit 2014
- Zulassung zum Schwerstverletzungsverfahren (SAV der DGUV), BG-liches Heilverfahren

- Volle Weiterbildungsermächtigung für Orthopädie/Unfallchirurgie und Spezielle Unfallchirurgie

Focus-Ärzteliste

- TOP-Mediziner „Wirbelsäulenchirurgie“, Focus-Ärzteliste seit 2014
- TOP-Mediziner „Unfallchirurgie“, Focus-Ärzteliste seit 2015

Zertifikat Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG)

- Basis-, Master-, Excellence-Zertifikat (Nr. 18) der DWG in 2015 erhalten

Deutsche Wirbelsäulengesellschaft

- Ausrichtung des Wirbelsäulenurses der DWG „Südwestdeutscher Basiskurs“ (Modul IV der DWG, Verletzungen der Wirbelsäule) Tübingen 2014, 2015, 2016
- Leiter der Kommission Qualitätssicherung der DWG seit Gründung 2013
- Entwicklung eines Konzeptes zur Zertifizierung von Wirbelsäulenzentren der DWG
- Zentren-Zertifizierung ab 1.1.2017
- Mitglied des Vorstandes der DWG 2011–2013, 2015–2018
- Präsident der DWG 2017, Ausrichtung des Deutschen Kongresses für Wirbelsäulenchirurgie 2017

Herausgeberschaft Handbuch „Wirbelsäule interdisziplinär“

- Darstellung des gesamten Gebietes der Wirbelsäulenchirurgie
- Erstmals deutsches Handbuch unter gemeinsamer Herausgeberschaft aus Neurochirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Schattauer Verlag, 2017

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

- Langjährige Leitung und erfolgreiche Fusion der Sektion Wirbelsäule der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Arbeitsgemeinschaft Wirbelsäule der DGU zur neuen Sektion Wirbelsäule der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) unter meiner Leitung (2008–2013)

Kooperation Daimler AG

- Kooperationsvertrag unterzeichnet im Dezember 2013
- Etablierung von 3 Forschungs- und Entwicklungsprojekten mit der Pkw-Entwicklung, Insassensicherheit, Unfallforschung
- Mitglied im Tech-Center i-protect der Daimler AG

Etablierung P.A.R.T.Y.-Programm am Klinikum Stuttgart

- „Prevent alcohol and risc related trauma in youth“, Präventionsprogramm für Jugendliche
- Start des Präventionsprogramms für Schülerinnen und Schüler als 2. Klinik in Deutschland 2013

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	Assistenzarzt in der Chirurgischen Universitätsklinik zu Lübeck
06/1987–06/1991	Assistenzarzt Orthopädische Klinik, Philipps-Universität, Marburg
07/1991–06/1992	Clinical Research Fellow, Department Pädiatrische Orthopädie, Adelaide, Children's Hospital, Adelaide, Australien
07/1991–09/1998	Oberarzt der Orthopädischen 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 Orthopädischen Klinik, Philipps-Universität, Marburg
2001	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor, Philipps-Universität, Marburg
10/2004–12/2004	Kommissarischer Leiter der Orthopädischen Klinik, Philipps-Universität, Marburg
Seit 01/2005	Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Olgahospital, Klinikum Stuttgart
2008–2014	1. Vorsitzender der Vereinigung für Kinderorthopädie
2012–2016	Schatzmeister der European Paediatric Orthopaedic Society
2014	Verleihung der Goldenen Ehrennadel der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
01/2017	Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
05/2017	2 nd Vice-President European Paediatric Orthopaedic Society

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

Hochschulstudium:

Technische Universität München, Justus-Liebig-Universität Gießen

Berufliche Tätigkeit:

1990–1993	Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Städtisches Krankenhaus Heilbronn, Chefarzt Prof. Dr. E.G. Suren
1993–1995	Orthopädische Universitätsklinik Bonn, Leiter: Prof. Dr. O. Schmitt
1996–2006	Orthopädische Universitätsklinik Gießen, Leiter: Prof. Dr. H. Stürz, zuletzt als Stellvertretender Direktor
Seit 01.10.2006	Chefarzt Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

Dissertation/Promotion:

an der Klinik für Unfallchirurgie der Universität Marburg unter Leitung von Prof. Dr. L. Gotzen, 1992

Berufliche Qualifikation:

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

Zusatzqualifikation:

- 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

Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Volkmar Jansson
Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik
und Leiter des Endoprothetikzentrums des
Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität
München



STUDIUM:

- 10/1975–11/1980 Maschinenbau an der Universität Hannover.
(1980: Abschluss mit Auszeichnung)
- 10/1979–11/1985 Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover.
(Auslandsaufenthalte an der University of Southern California, San Diego, an
der Duke University, North Carolina und am Royal College of Ireland, Dublin)

PROMOTION:

- 02/1986 am Labor für Experimentelle Nephrologie (Prof. K.M. Koch und Prof. H.
Stolte), Medizinische Hochschule Hannover. Thema: Zum Einfluss
kleinmolekularer Substanzen auf die Filtration im Glomerulus und in
künstlichen Membransystemen - ein Simulationsmodell

FACHARZTAUSBILDUNG:

- 01/1986–06/1986 Assistent (Innere Medizin) an der Medizinischen
Hochschule Hannover (Prof. K.M. Koch)
- 07/1986–06/1987 Assistent (Chirurgie) an der Henriettenstiftung Hannover (Prof. C. Käufer)
- 08/1987–01/1993 Assistent (Orthopädie) an der Orthopädischen Klinik, Klinikum Großhadern,
Ludwig-Maximilians-Universität, München (Prof. H.J. Refior)
- 12.02.1992 Facharzt für Orthopädie

HABILITATION:

- 06/1994 Habilitation an der Ludwig-Maximilians-Universität, Orthopädische Klinik,
Klinikum Großhadern, München (Prof. H.J. Refior). Thema: Die
Zementkanalprothese- Entwicklung und Optimierung eines neuartigen
Hüftendoprothesenschaftes zur Implantation in sekundärer Zementiertechnik

WERDEGANG:

Ab 02/1993	Oberarzt (Orthopädie) an der Orthopädischen Klinik, Klinikum Großhadern, Ludwig-Maximilians-Universität, München (Prof. H.J. Refior)
11.10.2000	Ernennung zum „außerplanmäßigen Professor“
Ab 03/2001	Ordinarius an der Orthopädischen Universitätsklinik Rostock
Ab 10/2003	Ordinarius an der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Klinikum Großhadern
Ab 10/2009	Kommissarische Leitung der Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik der Ludwig--Universität München, Klinikum Großhadern
10/2013	Leitung der Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation der Ludwig-Maximilians-Universität München nach Fusion der beiden Kliniken Klinik und Poliklinik für Orthopädie und der Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation

ERNENNUNGEN:

09/2015	Sprecher des gemeinsamen Konventes der Orthopädischen und Unfallchirurgischen Lehrstühle
11/2015	Wissenschaftlicher Direktor des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD)

MITGLIEDSCHAFT IN FACHGESELLSCHAFTEN:

- DGOOC (Deutsche Gesellschaft Orthopädie und Orthopädische Chirurgie) als Vorstandsmitglied
- EORS (European Orthopaedic Research Society)
- Arbeitskreis Grundlagenforschung der DGOOC
- AE (Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik)



Bestellformular Fotos:

Kongress-Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2017

Was O & U bewegt

Termin: Dienstag, 24. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

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

- o Professor Dr. med. Andrea Meurer
- o Professor Dr. med. Bernd Kladny
- o Professor Dr. med. Christian Knop
- o Professor Dr. med. Thomas Wirth
- o Dr. med. Holger Haas
- o Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Volkmar Jansson
- o Abbildungen zum Thema „Kinder auf der Flucht: Neue Herausforderungen in der Orthopädie“ (Abb. 1 bis Abb. 2e), Quelle: Klinikum Stuttgart

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2016
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167
stroehlein@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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