



## **Vorab-Pressekonferenz zum DKOU 2018**

**Termin:** Mittwoch, 17. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Raum IV, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

### **Themen und Referenten**

#### **Wir sind O und U: Orthopäden und Unfallchirurgen arbeiten erfolgreich zusammen – ein Modell für Europa?**

*Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

*Professor Dr. med. Joachim Windolf*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

*Dr. med. Gerd Rauch*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel

#### **Kreuzschmerz: Welche Behandlung ist sinnvoll und wann?**

*Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert*

#### **Erfolgreich im Kampf gegen Keime: Infektionen an Implantaten vermeiden und behandeln**

*Professor Dr. med. Joachim Windolf*

#### **Digitalisierung in O und U: Die Chancen nutzen, aber die Verantwortung bleibt beim Arzt**

*Dr. med. Gerd Rauch*

#### **Patienten gestalten ihre Versorgung – auch bei Arthrose**

*Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle*

Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2018, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
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



## **Vorab-Pressekonferenz zum DKOU 2018**

**Termin:** Mittwoch, 17. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Raum IV, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

## **Wir sind O & U – Highlights des DKOU 2018**

### **Inhalt:**

**Pressemitteilungen**

**Redemanuskripte**

**Lebensläufe der Referenten**

*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](mailto:schoeffmann@medizinkommunikation.org)*

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167  
[stroehlein@medizinkommunikation.org](mailto:stroehlein@medizinkommunikation.org)  
[www.dkou.de](http://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 2018**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie  
23. bis 26. Oktober 2018, Messegelände Süd, Berlin

## **DKOU 2018: „Wir sind O und U“ Orthopädie und Unfallchirurgie arbeiten bei der Versorgung Hand in Hand**

**Berlin, 17. Oktober 2018 – Egal ob Sturz, Autounfall, Fehlbildungen oder Gelenkverschleiß: Betroffene wieder mobil zu machen und verlorene Bewegung wiederherzustellen, ist die gemeinsame Aufgabe von Orthopäden und Unfallchirurgen. Beide Fachgebiete wachsen seit mehr als zehn Jahren zusammen. Deutlichstes Zeichen ist die gemeinsame Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte zu Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie. Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) ist ein weiterer Ausdruck der gemeinsamen erfolgreichen Entwicklung. Der größte europäische Kongress dieser Fachrichtungen findet vom 23. bis 26. Oktober 2018 in Berlin statt.**

Wie eng Orthopädie und Unfallchirurgie heute kooperieren, zeigt sich beispielsweise bei der Behandlung älterer Menschen. Wenn ältere Menschen stürzen, droht ihnen womöglich ein Leben als Pflegefall. Um dies zu verhindern, müssen die Ärzte, die sie versorgen, eng zusammenarbeiten und für jeden Patienten die beste Behandlungsstrategie finden. Das kann die Fixierung des Knochenbruchs sein, der Einsatz eines neuen Gelenks oder bei geringfügigeren Verletzungen eine der vielen nicht operativen Methoden. „Orthopäden und Unfallchirurgen kennen und beherrschen das gesamte Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten und versorgen die Patienten in engem Schulterschluss. Das ist in einem gemeinsamen Fach O und U besser möglich als unter dem Dach zweier getrennter Fächer“, erklärt Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert, Kongresspräsident des DKOU 2018.

Die Fusion der Fächer begann in den 2000er Jahren. 2003 trat die Verordnung über die gemeinsame Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Kraft. 2005 fand zum ersten Mal der gemeinsame Kongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) statt. Vor zehn Jahren, 2008, schlossen sich beide Disziplinen dann in einer gemeinsamen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaft – der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) – zusammen. Durch die



Vereinigung der beiden Fachgebiete hat sich der DKOU mit über 10.000 Teilnehmern zum größten europäischen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie entwickelt.

Viele Unfallopfer wurden früher vom Allgemeinchirurgen versorgt, Kunstgelenke in nicht spezialisierten Behandlungszentren eingesetzt. Heute werden Kunstgelenke fast ausschließlich von Orthopäden und Unfallchirurgen implantiert. Die Versorgung von Unfallopfern ist durch Initiativen wie das TraumaNetzwerk DGU® erheblich verbessert worden. So können Unfallopfer innerhalb Deutschlands in jeder Region schnell und nach höchsten Standards behandelt werden. Auch das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), das bereits Daten zu mehr als 60 Prozent aller endoprothetischen Eingriffe in Deutschland erfasst, verbessert die Versorgungsqualität: So kann die Qualität künstlicher Gelenke beurteilt und frühzeitig auf etwaige Qualitätsprobleme bei Implantaten oder Versorgungsformen hingewiesen werden. „Diese Erfolge konnten wir nur durch das Engagement vieler Einzelpersonen und die intensive Zusammenarbeit unserer Fachgesellschaften erzielen“, betont Kongresspräsident Professor Dr. med. Joachim Windolf mit Blick auf den DKOU 2018.

Zu den Kernthemen des diesjährigen Kongresses zählt die Digitalisierung in Orthopädie und Unfallchirurgie. „Smarte Implantate, Wearables und Big-Data-Anwendungen haben das Potenzial, unsere therapeutischen Möglichkeiten enorm zu erweitern und sind eine große Chance für die Zukunft“, sagt Kongresspräsident Dr. med. Gerd Rauch. Gleichzeitig seien die Umsetzung im medizinischen Alltag, die Finanzierung und die Sicherung persönlicher Patientendaten eine Herausforderung. „Wir als Ärzte sollten deshalb diese dynamische Entwicklung mitgestalten“, so Dr. Rauch.

Der DKOU 2018 findet vom 23. bis 26. Oktober 2018 auf dem Messegelände Süd in Berlin statt. Die Anmeldung ist im Internet unter <http://dkou.org/eintrittsgebuehren/> möglich. Unter <http://dkou.org/webcasts> können Interessenten die Vorträge außerdem live verfolgen. Nähere Informationen sind bei Intercongress GmbH, Friedrichstraße 6, 65185 Wiesbaden, Tel. 0611 977-160, [dkou@intercongress.de](mailto:dkou@intercongress.de) erhältlich. Journalisten [akkreditieren sich über die Pressestelle](#).



## **Pressemitteilung zum DKOU 2018**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie  
23. bis 26. Oktober 2018, Messegelände Süd, Berlin

### **Arthrose: Wann brauche ich ein künstliches Kniegelenk?**

**Berlin, 17. Oktober 2018 – Kunstgelenke ermöglichen vielen Millionen Arthrosepatienten in Deutschland, sich schmerzfrei zu bewegen. Die Entscheidung zum künstlichen Kniegelenk will aber gut überlegt sein. Deshalb müssen Arzt und Patient vor einer Operation gemeinsam besprechen, welche Ergebnisse realistisch sind. Eine Patientenleitlinie, die von Betroffenen mitgestaltet wurde, beschreibt die Kriterien, die vor einem Gelenkersatz berücksichtigt werden sollten. Darüber sprechen Experten auf der heutigen Pressekonferenz im Vorfeld des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin. Über aktuelle Behandlungsmöglichkeiten informiert auch der Arthrosetag, der im Rahmen des DKOU in Berlin stattfindet.**

Wenn der Gelenkverschleiß in den Knien immer weiter voranschreitet, kann das für den Betroffenen unerträgliche Schmerzen bedeuten. Gewohnte Tätigkeiten wie Gehen, Einkaufen, Arbeiten oder Autofahren werden zur Qual – viele Betroffene sind im Alltag auf die Hilfe von Angehörigen angewiesen. Patienten stehen dann vor der schwierigen Frage: Kunstgelenk – ja oder nein? Eine Knie-Endoprothese kann die ersehnte Schmerzlinderung bringen. Obwohl der Gelenkersatz zu den erfolgreichsten Eingriffen in Orthopädie und Unfallchirurgie gehört, sind zehn bis 20 Prozent der Patienten unzufrieden mit dem Ergebnis. „Das liegt vor allem daran, dass sie sehr hohe Erwartungen an das Leben nach der Operation stellen, die wir leider nicht immer erfüllen können“, sagt Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert, der dem DKOU 2018 als Kongresspräsident für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie vorsteht. „Je nach Schweregrad der Arthrose und möglichen Begleiterkrankungen wird der Patient auch nach dem Gelenkersatz mit Einschränkungen leben müssen“, so der Facharzt.

„Umso wichtiger ist es, dass Patienten bei der Entscheidung für oder gegen einen Gelenkersatz ein Mitspracherecht haben“, betont Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle von der Deutschen Rheuma-Liga. Zusammen mit dem DKOU 2018 organisiert die Hilfgemeinschaft nun zum zehnten Mal den Arthrosetag. „Es ist bekannt, dass sich die Erwartungen an eine Operation von Ärzten und Patienten unterscheiden“, sagt die Expertin. Deshalb wurden bei der Erstellung der neuen Leitlinie „Indikation



Knie-Endoprothese“ auch Patientenvertreter mit einbezogen. Die Leitlinie bietet wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen, die den Patienten über die Kriterien für eine Gelenkoperation aufklären und bei der Entscheidung unterstützen sollen.

Die Leitlinie nennt vier Hauptkriterien, die für eine Knie-Endoprothese erfüllt sein sollen:

1. Der Schmerz besteht seit mindestens drei bis sechs Monaten und tritt entweder dauerhaft oder mehrmals wöchentlich bei Belastung auf.
2. Die Schäden am Gelenk müssen auf dem Röntgenbild deutlich sichtbar sein.
3. Medikamente und nicht medikamentöse Maßnahmen, wie Bewegung und Krankengymnastik, können über einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten den Schmerz nicht mehr ausreichend lindern.
4. Die Schmerzen schränken den Patienten im täglichen Leben so stark ein, dass er nicht mehr bereit ist, sich mit ihnen abzufinden.

Neben diesen Hauptkriterien können einige Nebenkriterien betrachtet werden, etwa wie weit der Patient ohne Pause gehen, stehen oder Treppen steigen kann, ob er seinen Beruf oder Tätigkeiten im Haushalt noch ausführen kann und inwieweit er dabei auf Hilfe von anderen angewiesen ist. „Wichtig ist, dass der Arzt den Patienten darüber aufklärt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Operation in diesen Punkten Verbesserung bringt“, sagt die Expertin. Berücksichtigt werden müssen auch Risiken, die Verlauf und Ergebnis der Operation verschlechtern können, etwa wenn der Patient gebrechlich ist oder Begleiterkrankungen hat. „Nur wenn alle diese Punkte bedacht werden, kann der Patient zu einer selbstbestimmten Entscheidung kommen“, so die Expertin. Die Patientenleitlinie „[Indikation Knieendoprothese](#)“ ist kostenlos im Internet verfügbar.

## **10. Arthrosetag im Rahmen des DKOU 2018**

Donnerstag, 25. Oktober 2018, 18.30 bis 20.30 Uhr

Ort: Berlin Messe Süd, Großer Saal



## **Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018**

**Termin:** Dienstag, 23. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

### **Themen und Referenten**

#### **Der gefährlichste Ort im Leben: Die meisten Unfälle passieren im Haushalt**

*Professor Dr. med. Joachim Windolf*

Kongresspräsident des DKOU 2018

#### **Empfehlungen zur Behandlung älterer Menschen mit Frakturen: Das Weißbuch Alterstraumatologie der DGU**

*Professor Dr. med. Ulrich Christoph Liener*

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der DGU

#### **Vorbeugen ist besser als fühlen: Unfallprävention in der dunklen Jahreszeit**

*Dr. med. Christopher Spering*

Leiter der Arbeitsgruppe Prävention von Verletzungen der DGU

#### **Deine Hand verdient Experten: Handverletzungen richtig behandeln**

*Dr. med. Walter Schäfer*

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2018, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
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 2018**

**Termin:** Mittwoch, 24. Oktober 2018, 12.30 bis 13.30 Uhr

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

## **Themen und Referenten**

### **Digitalisierung in der Endoprothetik:**

#### **Was bringen individuelle Implantate, Roboter und 3D-Drucker?**

*Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

### **Das Kreuz mit dem Kreuz: Behandlungsmöglichkeiten bei Kreuzschmerzen**

*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

### **Sportlich aktiv mit künstlicher Hüfte: Nur einen Monat nach OP wieder voll belastbar**

*Joachim Schander, Patient*

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2018, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
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 2018**

**Termin:** Donnerstag, 25. Oktober 2018, 12.30 bis 13.30 Uhr

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

### **Themen und Referenten**

#### **Sportverletzungen im Breitensport: Wie sie entstehen und wie sie verhindert werden können**

*Dr. med. Gerd Rauch*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel

#### **Verletzungsprävention im Profi-Fußball**

*Professor Dr. med. Tim Meyer*

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

#### **Return-to-Play: So gelingt der sportliche Wiedereinstieg nach einer Verletzung**

*Finn Lemke*

Handballprofi bei der MT Melsungen, Deutsche Handball-Nationalmannschaft

#### **Neues bei der Therapie und der Rehabilitation von vorderen Kreuzbandverletzungen**

*Dr. med. Christian Schoepp*

Mannschaftsarzt MSV Duisburg, Chefarzt für Arthroskopische Chirurgie, Sporttraumatologie und Sportmedizin am BG Klinikum Duisburg

#### **Diagnostik und Therapie von Muskel- und Sehnenverletzungen im Sport: Wie groß ist der Einfluss auf Heilung und Prognose?**

*Privatdozent. Dr. med. habil. Raymond Best*

Mannschaftsarzt des VfB Stuttgart, Chefarzt Department Sportorthopädie/Sporttraumatologie Untere Extremität, Facharzt für Orthopädie, Chirurgie, Unfallchirurgie, Notfallmedizin, Sportmedizin, Sportklinik Stuttgart

#### **Wie die Digitalisierung hilft neue Versorgungskonzepte in O und U zu entwickeln**

*Dr. med. Johannes Flechtenmacher*

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

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2018, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
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 2018**

**Termin:** Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Themen und Referenten**

### **Vergreisung der Gesellschaft: Herausforderungen für O und U**

*Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

### **Qualität und Patientensicherheit messbar machen:**

#### **Fachgesellschaft und Industrie gründen gemeinsam ein Osteosyntheseregister**

*Professor Dr. med. Joachim Windolf*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

### **Steigende Krankheitslast und Ärztemangel: Zukunftsaufgaben für O und U**

*Dr. med. Gerd Rauch*

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2018, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2018  
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

## **REDEMANUSKRIPT**

### **Wir sind O und U: Orthopäden und Unfallchirurgen arbeiten erfolgreich zusammen – ein Modell für Europa?**

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

Orthopädie und Unfallchirurgie sind große bedeutende medizinische Fachgebiete, die natürlich auf eine lange Historie zurückblicken und nicht immer war die Zusammenarbeit nur harmonisch. Wir haben aber gelernt, im Interesse unserer Patienten, dass das 1 plus 1 zu mehr führt als nur zu 2, und das Fachgebiet in der Zusammenarbeit entscheidend weiterentwickelt wird. Für die jungen Kollegen in der Weiterbildung und für die Patienten, die wir behandeln, kommen wir als großes gemeinsames Fach besser voran!

Herausragende Vertreter von Orthopädie und Unfallchirurgie haben vor weit mehr als zehn Jahren damit begonnen, das Gemeinsame in beiden Fächern zu sehen und haben erkannt, dass wir unser Fach O und U nur weiterentwickeln können, wenn wir zusammenarbeiten. In beiden Gebieten gab es große Spezialisierungen und die Palette reichte wirklich von konservativer Therapie bis zu Polytrauma-Versorgung und großen Eingriffen an der Wirbelsäule und bei der Endoprothetik. Will man die Patienten, die Probleme am Bewegungsapparat haben, kompetent versorgen, muss das Fach das gesamte Spektrum abbilden und von Anfang an muss dies in der Weiterbildung zum Facharzt berücksichtigt werden. Dann wird die Qualität noch besser werden und wir werden das Fach in die Zukunft führen können, attraktiv für junge Ärzte und hilfreich für die uns anvertrauten Patienten.

Die Sinnhaftigkeit, das Fach zusammenzuführen, ist unstrittig. Somit kann viel mehr Energie positiv eingesetzt werden und die durchaus zahlreichen vorhandenen Fragestellungen und Probleme gemeinsam bearbeitet werden, statt in der Auseinandersetzung, wer es denn nun besser kann, der Orthopäde oder Unfallchirurg –, Energie sinnlos zu vergeuden.

Das Modell hat sich in zehn Jahren inzwischen bewährt. Die DGOU ist mit circa 11.000 Mitgliedern zu einer der mitgliederstärksten wissenschaftlichen, medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland herangewachsen. Die jungen Kollegen, die ihre Facharztausbildung beginnen, verstehen sich heute schon nur noch als Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und treten natürlich in die DGOU ein.

Es ist uns gelungen, eine schlagkräftige Organisation gemeinsam zu gestalten. Die hervorragend aufgestellte Geschäftsstelle koordiniert die Arbeiten und steuert mit den Präsidenten und Generalsekretären und den Vorständen das Zusammenwachsen der DGOU auf sehr effektive Art und

Weise. Dreiundzwanzig starke und aktive Sektionen, acht wichtige Arbeitsgemeinschaften und drei im Vorstand vertretene Ausschüsse sind das wichtige Kapital, das uns hilft, die Gesellschaft weiterzuentwickeln. Die Nachwuchsförderung mit dem Jungen Forum, mit der erfolgreichen Summer School und dem Tag der Studierenden beim DKOU und mit einer Vielzahl weiterer Aktivitäten zeigt inzwischen Früchte und wir sehen, dass das Fach O und U bei den Studierenden und bei den jungen Ärzten sehr gut angenommen wird.

Durch die gemeinsame Arbeit für O und U sehen wir, dass sich die Präsenz in der Öffentlichkeit und die Akzeptanz unseres großen gemeinsamen Faches deutlich verbessert hat. Initiativen, wie die sogenannte Zukunftswerkstatt, in der wir Themen, die in die Zukunft unseres Faches hineinreichen, bearbeiten und diskutieren und in das Fach hineinbringen, machen uns zukunftsfähig. Die DGOU hat eine Arbeitsgemeinschaft, die sich um Digitalisierung kümmert, sie hat ein Referat Internationale Angelegenheiten, das sich um den Austausch mit den internationalen Fachgesellschaften befasst. Wir sind als DGOU aktiv vertreten in den europäischen und weltweiten Fachgesellschaften und haben inzwischen die Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie gegründet, gemeinsam mit dem BVOU (Bundesverband Orthopädie und Unfallchirurgie), um die Aktivitäten im Bereich der Fortbildung in O und U zu bündeln. Regelmäßig erscheinen Weißbücher, die sich mit wesentlichen Themen des Faches beschäftigen, wie zum Beispiel jetzt das Weißbuch „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ und das Weißbuch „Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie“. Die Zusammenarbeit und der Austausch mit dem BVOU sind äußerst konstruktiv und die Zukunft wird hier sicher zeigen, ob wir hier noch zu einem engeren Zusammenschluss kommen können.

Wenn man auf die Welt und die Zusammenarbeit von Orthopäden und Unfallchirurgen dort schaut, ist es nicht hoch genug anzurechnen, dass wir in Deutschland über unseren Schatten gesprungen sind und das „Wir“ höher gesetzt haben als den Konflikt und das Gegensätzliche. Deshalb ist es eine besondere Leistung, dass wir nach zehn Jahren DGOU eine hervorragende Zusammenarbeit von Orthopäden und Unfallchirurgen in Deutschland geschafft haben. Dafür ein großes Dankeschön an alle, die das „Wir sind O und U“ betont haben, hart dafür gearbeitet haben und inzwischen schon ein kräftiges Pflänzchen gedeihen ließen.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Kreuzschmerz: Welche Behandlung ist sinnvoll und wann?**

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin

Rückenschmerzen gehören in Deutschland zu den häufigsten Krankheiten. Sie sind der Hauptgrund für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Bei der Behandlung von Kreuzschmerzen ist eine strukturierte Vorgehensweise bei Diagnostik und Therapie im Sinne einer Gesamtstrategie wichtig.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) weisen deshalb auf die nationale Versorgungsleitlinie „nicht spezifischer Kreuzschmerz“ als Information für Patienten hin. Die Patientenleitlinien informieren Betroffene darüber, wie Kreuzschmerzen aus ärztlicher Sicht eingeordnet und behandelt werden können, denn ein informierter Patient kann besser mit seinen Problemen umgehen als ein von Ängsten verunsicherter Patient.

Beim nicht spezifischen Kreuzschmerz und beim Fehlen von Warnhinweisen, sogenannten roten Fahnen, ist es richtig, den Einsatz bildgebender Verfahren nicht gleich aufzurufen, sondern erst, wenn die Schmerzen vier bis sechs Wochen bestehen. Bewegung wird empfohlen anstatt Bettruhe. Auch schmerzlindernde Medikamente können hilfreich sein und es soll mit dem Arzt beim Erstkontakt auch besprochen werden, ob besondere Belastungen in persönlichem Umfeld, Beruf und Familie vorliegen. Massage, Akupunktur und ähnliche passive Verfahren gelten nur in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen als bedingt sinnvoll. Selbst bei länger bestehenden Rückenschmerzen liegt der Schwerpunkt auf physikalischen medizinischen Anwendungen und psychologischen Therapieangeboten und medikamentöser Therapie als zusätzlicher Ergänzung.

Die Leitlinie „Spezifischer Rückenschmerz“ ergänzt die nationale Versorgungsleitlinie nicht spezifischer Kreuzschmerz. Spezifische Rückenschmerzen können degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule, deformierte Bandscheiben, chronische Entzündungen oder Verschleißerscheinungen sein. Generell gilt bei schmerzhafter Erkrankung der Wirbelsäule in den ersten zwei bis drei Wochen die Leitlinie „nicht spezifischer Kreuzschmerz“, sofern der Arzt nach eingehender, körperlicher Untersuchung und Patientengesprächen keine eindeutigen Hinweise auf spezifische Ursachen finden kann. Nicht spezifische Rückenschmerzen verschwinden im Prinzip bald von selbst wieder, wenn einige wenige oben aufgezeigte Verhaltensmaßnahmen berücksichtigt werden.

Sollte der Verdacht auf einen spezifischen Kreuzschmerz vorliegen, so definiert die Leitlinie „spezifischer Kreuzschmerz“ die Diagnosestellung und die Therapie, um eine Chronifizierung des Rückenschmerzes zu vermeiden. Das Kreuz mit dem Kreuz ist in seiner Behandlung sehr vielfältig und auch in den letzten Jahren in die Diskussion geraten. Hier helfen die von der DGOU und dem BVOU gemeinsam vorgestellten Leitlinien Patienten und Ärzten, die richtige Therapie auszuwählen und die richtige Einordnung der Probleme durchzuführen.

Natürlich gibt es klare Indikationen für Operationen wie Unfallverletzungen, Tumorerkrankungen, rheumatische Instabilitäten, ausgeprägte Verkrümmungen und Infektionen an der Wirbelsäule. Die große Mehrzahl der Rückenschmerzen ist jedoch unspezifisch und lässt sich durch die oben aufgezeigten konservativen Maßnahmen in kürzerer Zeit wieder so bessern, dass der Alltag wieder gut bewältigt werden kann.

Der immer wieder genannte Bandscheibenvorfall ist keineswegs eine Domäne der operativen Therapie, sondern es ist klar, dass mehr als 90 Prozent aller akuten Bandscheibenvorfälle erfolgreich konservativ behandelt werden können.

Da so viele Patienten von Erkrankungen der Wirbelsäule betroffen sind – spezifisch oder unspezifisch –, ist dieses Thema auf dem DKOU-Kongress 2018 an vielen Stellen präsent. Besonders freuen wir uns, dass die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG) ein Programm am Mittwoch, dem 24.10.2018 gestaltet, das sich umfangreich mit der Thematik der Wirbelsäulenerkrankungen beschäftigt und damit den DKOU bereichert.

Abschließend bleibt festzustellen: Bei Rückenschmerzen hilft meist eine konservative Behandlung. Wirbelsäulenoperationen sind sicherlich nicht die Regel, ergänzend sind bisweilen eine multimodale Schmerztherapie und häufiger auch eine Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Das Beste ist, Rückenschmerzen vorzubeugen. Es genügen oft schon einige Minuten tägliches Training zu Hause oder auch im Büro, um vor Rückenschmerzen bewahrt zu bleiben.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Erfolgreich im Kampf gegen Keime: Infektionen an Implantaten vermeiden und behandeln**

Professor Dr. med. Joachim Windolf

Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Postoperative Wundinfektionen gehören zu den gefürchtetsten Komplikationen nach operativen Eingriffen in allen chirurgischen Fächern und sind zunehmend auch durch multiresistente Keime verursacht. Besonders bedrohlich wird es, wenn sich die Krankheitserreger an im Patienten befindlichen Implantaten, wie künstlichen Gelenken (Endoprothesen) oder Metallplatten, Schrauben oder Nägeln ansiedeln. In diesen Fällen spricht man von implantatassoziierten Infektionen, bei denen Mikroorganismen einen sogenannten *Biofilm* auf dem Implantat bilden, der sie vor der Wirkung der Antibiotika schützt. Meist sind dann mehrfache Operationen notwendig, bei denen das Implantat entfernt und das Operationsgebiet chirurgisch vom Infekt befreit werden muss. Dies führt zu einer hohen Belastung des Patienten und oft auch zu einem schlechteren Behandlungsergebnis und zu höheren Kosten. Die aktuelle Forschung konzentriert sich auf Innovationen zur Prophylaxe und Therapie implantatassoziiierter Infektionen [1].

### **Prävention und interdisziplinäre Behandlung**

Es gibt prädisponierende Risikofaktoren (zum Beispiel Geschlecht, Übergewicht, Rauchen), die den Patienten selbst betreffen und die nicht oder nur schwer beeinflussbar sind. Andere Risikofaktoren (rund um die Operation) sind beeinflussbar und können durch präventive Maßnahmen verringert werden. Hierzu wurden evidenzbasiert nationale [2] wie globale [3] Leitlinien entwickelt, die Screening-Maßnahmen (zum Beispiel auf [methicillinresistenter Staphylococcus aureus] MRSA), strenge Hygiene (im Operationssaal und während der anschließenden Verbandswechsel), möglichst gewebeschonendes Operieren sowie den Erhalt einer bestmöglichen Homöostase (Körpertemperatur, Blutzuckerspiegel, Sauerstoffgehalt) beinhalten. Die Einhaltung dieser Maßnahmen wird durch Leitlinien, Checklisten und regelmäßige Schulungen überwacht. Kommt es dennoch zu einer implantatassoziierten Infektion, so ist ein rechtzeitiges, konsequentes und zielfokussiertes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen erforderlich. Dies verlangt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Infektiologen, Mikrobiologen, Orthopäden und Unfallchirurgen sowie plastischen Chirurgen. Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie konnte hierzu 2017 eine aktuelle Leitlinie „Akute und chronische exogene Osteomyelitis langer Röhrenknochen des Erwachsenen“ verfasst werden [4].

### **Neue Strategien**

Über diese allgemein gültigen Empfehlungen hinaus gibt es neue, lokal wirksame Ansätze, um implantatassoziierte Infektionen zu verhindern oder deren Behandlung zu verbessern. So werden

antimikrobiell imprägniertes Fadenmaterial und mit Antibiotika vermengter Knochenzement für die Verankerung von Endoprothesen angewendet, was zu einer geringeren Infektionsrate, insbesondere bei den besonders risikoreichen Revisions- beziehungsweise Prothesenwechsel-Operationen, führt [5]. Darauf aufbauend werden Kraftträger, die in der Knochenbruchbehandlung zur Anwendung kommen (Platten/Nägel), mit antimikrobiell wirksamen Substanzen beschichtet, was ebenfalls zunehmende klinische Anwendung, insbesondere in der Behandlung offener, verschmutzter oder bereits infizierter Frakturen, findet [6] [7]. Ferner besteht die Möglichkeit, mithilfe von Knochenersatzstoffen, die zukünftig durch 3-D-Biodrucker passgenau angefertigt werden könnten, Knochendefekte aufzufüllen und durch die Beimengung von erregerspezifischen Antibiotika eine hohe Wirkstoffkonzentration am Ort der Infektion zu erzielen [1]. Ein zusätzlicher Nutzen besteht dabei in geringeren Nebenwirkungen und vor allem weniger Resistenzentwicklungen im Vergleich zu systemisch verabreichten Antibiotika. Ein weiterer innovativer Ansatz, der sich derzeit allerdings noch im Laborversuchsstadium befindet, ist die Beschichtung von Implantaten mit antimikrobiellen Peptidasen (zum Beispiel Lysostaphin) [8]. Diese fett- und proteinspaltenden Enzyme sind in der Lage, den bakteriellen Biofilm zu penetrieren und aufzulösen. Ebenso in der präklinischen Testung ist die gezielte Anwendung von Bakteriophagen (Viren, welche sich auf die Zerstörung von Bakterien spezialisiert haben), die Biofilme auflösen und Bakterien zerstören können, welche sonst von Antibiotika nicht erreicht werden [1]. Wenn dieser vielversprechende Forschungsansatz gelänge, könnte man mikrobielle Erreger sozusagen mit ihren eigenen Waffen schlagen.

## Schlussworte

Implantatassoziierte Infektionen sind eine erhebliche Bedrohung für die Patientensicherheit. Sie stellen schwerwiegende Komplikationen dar und sind zunehmend durch multiresistente Keime verursacht. Aufgrund ihrer hohen klinischen Relevanz haben wir beim DKOU 2018 diese Problematik als Schwerpunktthema aufgegriffen und werden sowohl Maßnahmen für eine verbesserte Prävention als auch Lösungsstrategien für die Therapie manifester Infektionen diskutieren. Hierzu werden in 17 Sitzungen und mehr als 100 Vorträgen aktuelle Forschungs- und Anwendungsergebnisse präsentiert.

## Quellen:

- [1] Scholz AO, Miltz M, Tiemann A: Innovationen in der Therapie und Prophylaxe bei implantatassoziierten Infekten. *Passion Chirurgie* 2018; September, 8(09): Artikel 03\_01
- [2] Prävention postoperativer Wundinfektionen. Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Empfehlung\\_Wundinfektionen\\_2018-04.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Empfehlung_Wundinfektionen_2018-04.pdf?__blob=publicationFile)
- [3] Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. <http://www.who.int/gpsc/global-guidelines-web.pdf?ua=1>
- [4] Tiemann A et al. (2017). S2k-Leitlinie „Akute und chronische exogene Osteomyelitis langer Röhrenknochen des Erwachsenen“. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/012-033l\\_S2k\\_Osteomyelitis\\_2018-01\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-033l_S2k_Osteomyelitis_2018-01_1.pdf)
- [5] Wang J, Zhu C, Cheng T et al. (2013). A systematic review and meta-analysis of antibiotic-impregnated bone cement use in primary total hip or knee arthroplasty. *PLoS ONE* 8(12): e82745. <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0082745&type=printable>



- [6] Wasko MK, Kaminski R (2015). Custom-made Antibiotic Cement Nails in Orthopaedic Trauma: Review of Outcomes, New Approaches, and Perspectives. BioMed Research International Volume 2015, Article ID 387186.  
<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/387186/>
- [7] Schmidmaier G, Kerstan M, Schwabe P, Südkamp, N, Raschke M. .  
Clinical experiences in the use of a gentamicin-coated titanium nail in tibia fractures. Injury 2017; 48(10): 2235–2241
- [8] Windolf CD, Lögters T, Scholz M, Windolf J, Flohé S. Lysostaphin-coated titan-implants preventing localized osteitis by Staphylococcus aureus in a mouse model. PLoS One 2014; 23; 9(12): e115940

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Digitalisierung in O&U: Die Chancen nutzen, aber die Verantwortung bleibt beim Arzt**

Dr. med. Gerd Rauch

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU),  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und  
Praxisklinik Kassel

**Digitalisierung ist kein Selbstzweck. In der Medizin wird sie sich daran messen lassen müssen, ob sie die Versorgung tatsächlich verbessert und die Menschen gesünder macht – oder ob sie nur die Abläufe verbessert. Die Digitalisierung darf nicht zur schleichenden Entmachtung und Dequalifizierung der Ärzte führen. Sie darf nicht das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient gefährden und sie darf auch nicht die sorgfältige körperliche Untersuchung verdrängen. Ein Algorithmus wird am Ende nicht zur Rechenschaft gezogen werden.**

Die Politik macht Druck bei der Digitalisierung. Bundesgesundheitsminister Spahn wird seit seinem Amtsantritt im März nicht müde, mehr Agilität bei der Ausgestaltung und dem Tempo der Implementierung zu fordern. Alles soll schneller, einfacher und kompatibler werden. Fernbehandlung, Online-Sprechstunde und Datenspende sind Worte, die Spahn bei seinen öffentlichen Auftritten gerne benutzt. Er möchte auch, dass die Patienten von ihrem Smartphone oder Tablet aus mobil auf ihre elektronische Patientenakte zugreifen können – mit PIN und TAN, ähnlich wie beim Online-Banking. Spahn sagte beim Hauptstadtkongress zudem: „Entweder wir gestalten es oder wir erleiden es, weil andere es gestalten,“ – und verwies dabei auf China.

Die Chancen der Digitalisierung liegen zweifelsohne auf der Hand. Doppel- und Mehrfachuntersuchungen können vermieden und Therapien besser gesteuert werden. Schnittstellen können besser organisiert und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann vertieft werden. Aber man darf in der Medizin eines nicht vergessen: Der Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker, in Not geratener Mensch, der die Hilfe und die Zuwendung des Arztes sucht, nicht die eines Chatbots oder einer App. Das unterscheidet die Medizin grundlegend von vielen anderen Wirtschaftszweigen, die von der Digitalisierung umgekrempelt werden.

Das persönliche Gespräch zwischen Arzt und Patient und die sorgfältige körperliche Untersuchung sind integrale Bestandteile der Diagnostik und Therapie. Diese Feststellung ist kein Misstrauensvotum gegen die Digitalisierung in der Medizin, aber eine Mahnung, dass es nicht ohne ethische Standards geht. Zuerst kommt der kranke Mensch, dann die Administration. Daher sollte die Digitalisierung auch zusammen mit den Ärzten vorangetrieben werden, nicht gegen sie. Konsens sollte auch sein, dass

digitale Lösungen angemessen finanziert werden müssen. Vielleicht ist ein sogenanntes Digitalbudget nötig, wie es beim diesjährigen Hauptstadtkongress in Berlin gefordert wurde (1).

Nötig ist zudem auch Rechtssicherheit bei allen Belangen des Datenschutzes. Wer soll Zugriff auf die Digitalakten haben und wie können die Daten vor Missbrauch oder Hackern geschützt werden? In Singapur sind im Juli 2018 Gesundheitsdaten von 1,5 Millionen Menschen gestohlen worden, darunter auch die Daten des Regierungschefs Lee Hsien Loong, auf den die Hacker es offensichtlich besonders abgesehen hatten. Das Ausmaß des Datenklau war bisher einzigartig. Gesundheitsdaten sind hoch sensibel und dürfen nicht in falsche Hände geraten. Nicht umsonst ist das Arztgeheimnis ein hohes Gut.

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird den Patienten auch mehr Gesundheitskompetenz abverlangen. Wenn Patienten jederzeit mobil auf ihre elektronische Patientenakte zugreifen können, kann dies nicht nur zu der gewünschten Partizipation auf Augenhöhe führen, sondern auch zu einer tiefen Verunsicherung und Ängstlichkeit. Hinter Gesundheitsdaten stehen Schicksale. Viele Patienten werden ihre elektronische Patientenakte mit dem beklemmenden Gefühl öffnen, dass sie vielleicht schwerer krank sind als sie annehmen. Deshalb hat ja auch das ärztliche Gespräch einen so hohen Stellenwert, da mancher seine Befunde nicht unkommentiert verkraftet, vor allem auch vor dem Hintergrund der mangelnden Gesundheitskompetenz der Deutschen. Eine Studie von Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld und ihren Kollegen (2) hat unlängst gezeigt, dass jeder zweite Bundesbürger Schwierigkeiten hat, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf seine eigene Situation zu beziehen. Besonders schwer fällt dies älteren Menschen, chronisch Kranken, Menschen mit einem geringen Bildungsgrad, einem niedrigen Sozialstatus und Menschen mit Migrationshintergrund. Mit der Digitalisierung wird auch die Gesundheitskompetenz verbessert werden müssen. Der BVOU hat mit Orthinform ein Portal ins Leben gerufen, auf dem aktuelle Patienteninformationen zu finden sind, ein Diagnose-Assistent sowie ein Tool, mit dem Ärzte und Unfallchirurgen in Wohnortnähe gesucht werden können (3). In Zukunft sollen auch Videosprechstunden, Terminvergaben und andere digitale Dienstleistungen über diese Plattform möglich sein.

Welche eindeutigen Vorteile bringt die Digitalisierung für Orthopädie und Unfallchirurgie? Neben den vielen unterstützenden Funktionen sind zweifellos die dreidimensionale Bildrekonstruktion von CT- und MRT-Datensätzen von erheblichem Wert. Je besser Orthopäden und Unfallchirurgen die Topografie einer komplexen Fraktur auf den dreidimensionalen Bildern erkennen können, desto vorrausschauender kann die Rekonstruktionen geplant und durchgeführt werden. Das gilt auch für die Implantation von Gelenkprothesen. Auch digitale Unterstützungssysteme für die Chirurgie und maßgeschneiderte Implantate aus dem 3D-Drucker sind interessante Entwicklungen für O&U. Apps

und Wearables, die zur Unterstützung konservativer Therapien eingesetzt werden und Patienten während ihrer Rehabilitation begleiten, werden ebenfalls einen festen Platz finden. Allerdings müssen diese Produkte den noch genau zu definierenden Standards an Sicherheit und Datenschutz genügen und ihren Nutzen belegen. Nur dann werden sie auch erstattungsfähig sein. Das ist nur ein kleiner Ausschnitt der Vorteile. Wegen der besonderen Bedeutung der körperlichen Untersuchung, werden allerdings Fernbehandlungen in O&U nicht für eine Eingangsuntersuchung infrage kommen, sondern nur für Anschlusstermine.

Electronic(E)-Health muss von Ärzten und Patienten verantwortungsvoll und mit Augenmaß gestaltet werden und ihnen nicht von Google und Co. oder den Verwaltungen der Krankenkassen aufoktroiert werden. Dann wird die Digitalisierung die Medizin im guten Sinne revolutionieren.

**Literatur:**

- (1) Podiumsdiskussion beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vom 6. bis 8. Juni in Berlin: „Digital vor ambulant vor stationär: Vom Kampf um Digital-Budgets und wer gewinnen wird“
- (2) [http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht\\_HLS-GER.pdf](http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf) Studie der Uni Bielefeld
- (3) <https://orthinform.de>

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

## **REDEMANUSKRIPT**

### **Patienten gestalten ihre Versorgung – auch bei Arthrose**

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle  
Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin

Patientenperspektive, Patientenorientierung, Partizipation, Shared Decision Making – in Deutschland „Partizipative Entscheidungsfindung“ genannt – sind heute wichtige Schlagworte im Gesundheitswesen. Sie beinhalten, dass den Patienten sowohl auf der Makroebene (den gesundheitspolitischen Entscheidungen) als auch auf der Mikroebene (der direkten Arzt-Patienten-Beziehung) zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Die Partizipation der Patienten an der Gesundheitsversorgung entspricht dem medizinethischen Konzept der Anerkennung der Autonomie von Patienten. Partizipierende Patienten sind zufriedenerer Patienten mit höherer Adhärenz. Schlussendlich ist Partizipation somit der Schlüssel zu mehr Qualität.

### **Patientenvertreter haben Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen**

#### **Bundesausschuss G-BA**

Bei gesundheitspolitischen Entscheidungen werden die Interessen der Betroffenen vor allem durch die großen Selbsthilfeorganisationen wahrgenommen. Bei muskuloskeletalen Erkrankungen, wie der Arthrose, übernimmt das vor allem die Deutsche Rheuma-Liga (DRL) mit ihren über 300.000 Mitgliedern. Seit 2004 haben Patientenvertreter durch das GKV-Modernisierungsgesetz ein Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss, der das Leistungsvolumen der gesetzlichen Krankenkassen in Richtlinien festlegt. In zahlreichen Unterausschüssen wie „ASV“, „Bedarfsplanung“, „DMPs“ oder „Veranlasste Leistungen“ sind Patientenvertreter der DRL aktiv tätig und bringen die Patientenperspektive ein.

### **Patient Partners: DRL vermittelt Patientenperspektive**

Der Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga hat vielfältige Projekte, die auf verschiedenen Ebenen die Patientenperspektive stärker einbringen. So gehen geschulte „Patient Partners“ an Universitäten als selbstständig Lehrende, um während der studentischen Ausbildung die Patientenperspektive zu demonstrieren. Gleichmaßen sind geschulte „Forschungspartner“ bei der Partizipativen Forschung bei muskuloskeletalen Erkrankungen in Projekte eingebunden und bringen dort ihre Sicht aus eigener Betroffenheit ein. Gleichmaßen engagieren sich Vertreter der Rheuma-Liga in einer gemeinsamen Stiftung, die zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V. gegründet wurde, um Rheuma heilbar zu machen.

### **Leitlinien für Arthrose-Patienten: werden von Betroffenen mitgestaltet**

Um die Versorgung der Arthrose-Patienten geht es bei der Erstellung von Leitlinien, einer Handlungsempfehlung für Ärzte – die aber auch zunehmend für Patienten nutzbar gemacht wird. Hier sind Patientensicht und Veränderung der für den Betroffenen wichtigen Krankheitszeichen von besonderer Bedeutung. So wurden bei der 2018 publizierten Leitlinie zur Kniegelenkarthrose, AWMF- S2k-LL Gonarthrose, die Meinungen der Patientenvertreter zur partizipativen Entscheidungsfindung nach ausreichender Aufklärung genauso berücksichtigt wie die notwendige konservative Therapie vor einer Operation. Bei der derzeit erarbeiteten Leitlinie Coxarthrose (Hüftgelenkarthrose) sind Patienten ebenso eingebunden.

### **Leitlinie Indikation Knieendoprothese: auch für Patienten selbst**

Endoprothesen-Operationen gehören zu den 20 häufigsten Operationen in Deutschland überhaupt. 2015 wurden 173.304 künstliche Kniegelenke eingesetzt. Gerade bei der Indikationsstellung zu dieser Operation muss auf der Mikroebene die „Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient“ besonders gepflegt werden. Der Grund: 10 bis 20 Prozent der Patienten sind mit dem Ergebnis der Operation mehr oder weniger unzufrieden. Bei der Erstellung dieser S2k-LL waren Vertreter des Bundesverbandes der DRL und der Deutschen Arthrose-Hilfe e.V. stimmberechtigte Mitglieder bei der Konsensfindung. In diesem Falle wurde sogar eine eigene Patientenversion der Indikation zur Knieendoprothese durch Vertreter der DRL erstellt. Dadurch werden Betroffene befähigt, im Arzt-Patienten-Gespräch auf gleicher Augenhöhe zu kommunizieren. Die Leitlinie wurde in den EndoProthetik Zentren in Deutschland, Österreich und in der Schweiz verpflichtend übernommen.

### **Für Patienten spielt Lebensqualität eine große Rolle**

Für die LL-Indikation Hüftendoprothese – sie befindet sich gerade in der Erstellung – wurden ebenso Betroffene hinzugezogen. Bereits in der Vorphase der Erarbeitung der LL wurden Behandlungsziele bei Patienten-Fokusgruppen in Berlin und Dresden befragt. Es ist bekannt, dass sich die ärztliche Profession mehr an der Zerstörung des Gelenks und der Verbesserung der Funktion orientiert, für die Patienten hingegen der Schmerz, die Funktion, aber auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die Fortführung eines normalen Lebens, Unabhängigkeit, Mobilität, Wohlbefinden, Schlaf und Fatigue eine große Rolle spielen. Sie sind daher zunehmend ebenso wichtige Outcome-Kriterien therapeutischer Maßnahmen.

### **10. Arthrosetag auf dem DKOU-Kongress**

Partizipation, sowohl auf der Makro- als auch der Mikroebene, setzt den informierten Patienten voraus. Deshalb wird beim DKOU-Kongress seit nunmehr 10 Jahren der Arthrosetag begangen, der unter Beteiligung der Kongress-Präsidenten und der Wissenschaftler, die den Kongress gestalten, Informationen rund um das Thema Arthrose für Betroffene vermittelt. Veranstalter ist

die Deutsche Rheuma-Liga Berlin e.V. in Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband sowie der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Gesellschaft für Unfallchirurgie.

- Wann:** Donnerstag, den 25.10.2018 , von 18.30 bis 20.30 Uhr
- Wo:** Messe Süd, Großer Saal, 14055 Berlin
- Wie:** Die Veranstaltung ist kostenfrei, Verpflegung wird angeboten
- Anmeldung:** Daniel Beyer, Tel. 030 - 322902923 oder  
[beyer@rheuma-liga-berlin.de](mailto:beyer@rheuma-liga-berlin.de)
- Programm:** Begrüßung durch die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Dr. Werner Siebert, Prof. Dr. Joachim Windolf und Dr. Gerd Rauch  
Grußworte des Präsidenten des DRL-Landesverbands Berlin, Dr. Helmut Sörensen und der Präsidentin des Bundesverbands der DRL, Rotraut Schmale-Grede
- Fachvorträge:**
- „Neue Entwicklungen bei den Arthrose-Medikamenten“  
(Prof. Dr. Thomas Pap, Münster)
  - „Verkalkungen der Gelenke - ist das eine Ursache der Arthrosen?“  
(Prof. Dr. Andreas Niemeier, Hamburg)
  - „Die Polyarthrosen an der Hand“  
(Prof. Dr. Guido Heers, Kassel)
  - „Mit der Endoprothese leben“  
(Dr. Ludwig Bause, Sendenhorst)

**Wissenschaftliche Leitung:** Prof. Dr. Wolfgang Rüter, Hamburg; Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Berlin

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2018)

Evidenz- und konsensbasierte  
Indikation Totalendoprothese

# EKIT-Knie

---

## Patientenversion

### Leitlinie: S2k-LL Indikation Knieendoprothese (AWMF Registernummer: 033-052)

Federführende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Koordinator: Prof. Dr. med. J. Lützner

Moderator: Prof. Dr. med. J. Schmitt



## **Beteiligte Fachgesellschaften/Organisationen**

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU)

Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. (AE)

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie e.V. (DGORh)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU)

Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh)

Deutsche Kniegesellschaft e.V. (DKG)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)

Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie (DGOU)

### Beteiligte Patientenvertretungen:

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Deutsche Arthrose-Hilfe e.V.

### Beteiligte Kostenträger:

AOK Bundesverband

### Autoren der Patientenversion:

Für die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.:

Dr. Jürgen Clausen

Corinna Elling-Audersch

Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle

Annegret Jürgenliemke

## Einleitung

Die Arthrose des Kniegelenks ist eine häufige Erkrankung. Sie kann das Leben der Betroffenen stark beeinflussen und stellt eine hohe finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar.

Je nach Schweregrad äußert sich eine Kniearthrose durch Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Probleme bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben. All diese Faktoren haben eine verringerte Lebensqualität zur Folge. Bei der Behandlung einer Kniearthrose wird vor allem versucht, die Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit zu erhöhen. Sollten diese Maßnahmen nicht mehr ausreichen, bleibt nur noch der Ersatz des Kniegelenks durch ein künstliches Kniegelenk.

Der Einsatz eines künstlichen Kniegelenks ist eine der häufigsten Operationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie. 2015 wurden in Deutschland 173 304 künstliche Kniegelenke eingesetzt. Damit gehörte der Kniegelenkersatz zu den 20 häufigsten Operationen überhaupt.

Allerdings sind ca. 10 – 20% der Patienten mit dem Ergebnis der Operation mehr oder weniger unzufrieden. Dies liegt vor allem daran, dass vor der Operation hohe Erwartungen an das Leben nach der Operation gestellt werden, die sich nicht immer erfüllen lassen. Es ist also wichtig, dass Arzt und Patient vor einer Operation gemeinsam besprechen, was der Patient von der Operation erwartet: Der Patient sollte seine Ziele nennen, die er sich von einer eventuellen Operation erhofft. Der Arzt sollte dem Patienten erklären, wie realistisch es ist, diese Ziele zu erreichen. Denn das Ergebnis einer Operation hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie z.B. der Schwere der Arthrose, den Vorbehandlungen und den Begleiterkrankungen, die neben der Arthrose vorliegen. In einem gemeinsamen Entscheidungsprozess bewerten dann Arzt und Patient, ob eine Operation zum gegenwärtigen Zeitpunkt Sinn ergibt oder nicht.

Die vorliegende Leitlinie gibt wissenschaftlich gesicherte Empfehlungen darüber ab, wann die Notwendigkeit besteht, ein künstliches Kniegelenk einzusetzen und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen. Die Empfehlungen sind das Resultat einer intensiven Zusammenarbeit von Ärzten, Patientenvertretern und Vertretern der Krankenkassen.

## Empfehlungen

Die Empfehlungen der Leitlinie sind so formuliert, dass sie für die große Mehrheit der Patienten relevant sind (ca. 90%). Außergewöhnlich schwere und schnell verlaufende Kniegelenksarthrosen oder besondere Begleiterkrankungen können ein Abweichen von diesen allgemeinen Empfehlungen erfordern.

### **Hauptkriterien für ein künstliches Kniegelenk**

Bevor ein künstliches Kniegelenk in Erwägung gezogen wird, sollen folgende **Hauptkriterien** als Mindestvoraussetzung erfüllt sein:

#### **1. Schmerzen**

Die Schmerzen im Knie müssen seit mindestens 3 – 6 Monaten bestehen. Sie müssen entweder dauerhaft (z.B. dauerhafter Ruhe- / Nachtschmerz) vorhanden sein oder mehrfach wöchentlich auftreten (z.B. immer bei Belastung) und durch die bisherige Therapie nicht zu beheben sein. Der Arzt soll den Patienten darüber informieren, inwieweit Schmerzverminderung oder Schmerzfreiheit nach dem Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks erwartet werden können.

#### **2. Schädigung des Kniegelenks**

Die Schädigung des Kniegelenks muss im Röntgenbild eindeutig sichtbar sein.

#### **3. Die bisherige Behandlung reicht nicht mehr aus**

Verschiedene Medikamente und nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Bewegung und Krankengymnastik haben über einen Zeitraum von 3 – 6 Monaten keine ausreichende Wirkung gezeigt.

#### **4. Lebensqualität und 5. Leidensdruck**

Die Kniearthrose ist so weit fortgeschritten, dass das tägliche Leben durch Schmerzen oder Bewegungseinschränkungen stark beeinträchtigt ist. Die Beeinträchtigungen sind für den Patienten derart stark, dass die Gesamtsituation für ihn nicht mehr tragbar ist, er also nicht mehr bereit ist, sich mit den Einschränkungen abzufinden. Der Arzt soll den Patienten darüber informieren, inwieweit ein künstliches Kniegelenk dazu beitragen kann, dass sich die Gesamtsituation nach der Operation verbessert.

**Nebenkriterien für ein künstliches Kniegelenk**

Es gibt weitere Kriterien, die einzelne Symptome als Folge der Kniearthrose beschreiben und die bei einzelnen Patienten besonders stark ausgeprägt sein können. Sie verstärken die oben genannten Hauptkriterien und stehen mit ihnen im Zusammenhang (besonders Nr. 1 und 4). Sie stellen aber keine zwingende Voraussetzung dar, das heißt, nicht alle dieser Nebenkriterien müssen erfüllt sein, damit die Entscheidung für ein künstliches Kniegelenk getroffen werden kann.

Die Entscheidung für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks kann somit bestärkt werden durch deutliche Einschränkungen

- bei der Gehstrecke, die man ohne Pause zurücklegen kann
- bei der Dauer, wie lang man stehen kann
- beim Treppensteigen
- in der Beweglichkeit des Kniegelenks
- der Kraft in den Beinen
- beim Hinsetzen, Knien oder bei der Körperhygiene (z.B. Fußpflege)
- bei der Erledigung von Tätigkeiten im Haushalt
- beim Autofahren oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
- im sozialen Leben (z.B. Absage von gemeinsamen Aktivitäten mit Freunden)
- bei der Ausübung des Berufs
- beim Sport.

Darüber hinaus kann der Umstand, dass man im täglichen Leben zunehmend Hilfe von anderen benötigt und seine Selbständigkeit verliert, die Entscheidung zugunsten einer Operation verlagern.

Aus ärztlicher Sicht können eine durch die Kniearthrose verursachte deutliche Fehlstellung des Beins (X- oder O-Bein) und ein insgesamt geschwächtes Kniegelenk den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks unterstützen.

Der Arzt soll den Patienten darüber informieren, mit welcher Wahrscheinlichkeit er nach der Operation Verbesserungen bei den genannten Einschränkungen erwarten darf.

### Risikofaktoren für eine erhöhte Wahrscheinlichkeit von Komplikationen oder Unzufriedenheit beim Patienten nach der Operation

Es gibt weitere Kriterien, sogenannte Risikofaktoren, die eher gegen den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks sprechen. Solche Risikofaktoren können entweder Verlauf und Ergebnis der eigentlichen Operation verschlechtern oder die Wahrscheinlichkeit verringern, dass der Patient nach der Operation mit dem Operationsergebnis zufrieden ist. Die Argumente für und gegen ein künstliches Kniegelenk müssen sorgsam von Arzt und Patient gegeneinander abgewogen werden.

Die Entscheidung für den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks wird abgeschwächt durch

- frühere, aber verheilte, Infektionen im Kniegelenk
- ein erhöhtes allgemeines Infektionsrisiko (z.B. bei Patienten mit geschwächtem Immunsystem)
- einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand oder hohe Gebrechlichkeit
- psychiatrische Begleiterkrankungen
- neurologische (das Nervensystem betreffende) Störungen
- Suchtmittelabhängigkeit.

Darüber hinaus sind einige Patienten zwingend notwendig auf bestimmte Medikamente angewiesen, die sie nicht absetzen dürfen, die aber auf der anderen Seite das Operationsrisiko erhöhen.

### Wann darf kein künstliches Kniegelenk eingesetzt werden?

Wenn eine akute Infektion durch Bakterien im Kniegelenk vorliegt, darf kein künstliches Kniegelenk eingesetzt werden. Dasselbe gilt für akute Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie beispielsweise ein gerade aufgetretener Herzinfarkt oder Schlaganfall oder für eine akute bakterielle oder virale Infektion überhaupt. Es gibt weitere schwere Erkrankungen, die der Arzt im Rahmen der Entscheidungsfindung ausschließen muss. Bei leichteren akuten Erkrankungen muss individuell entschieden werden, ob die Operation durchgeführt werden kann oder nicht.

Ein starkes Übergewicht (Body-Maß-Index größer als 40) oder eine deutlich verkürzte Lebenserwartung aufgrund von Begleiterkrankungen lassen eher vom Einsatz eines künstlichen Kniegelenks absehen. In begründeten Fällen können hier jedoch Ausnahmen gemacht werden.

Erstveröffentlichung: 01/2018

Nächste Überprüfung geplant: 12/2022

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert  
Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen  
Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und  
Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos  
Orthopädischen Klinik Kassel gGmbH und Lehrbeauftragter der  
Universität Kassel für den Bereich Sportmedizin



Professor Dr. Dr. Werner Siebert studierte Humanmedizin an der Technischen Universität München, promovierte 1982 im Fach Psychiatrie an der Technischen Universität München, war an der LMU München Klinikum Großhadern und der Medizinischen Hochschule Hannover im Rahmen seiner Ausbildung tätig. 1991 habilitierte er im Fach Orthopädie an der Medizinischen Hochschule Hannover. 1992 war er als Stipendiat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ASG-Fellow) im Ausland tätig. Leitender Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover, Klinik für Orthopädie bis 1994. Seit 01.07.1994 Ärztlicher Direktor der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel sowie Professor für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an der Philipps-Universität in Marburg. Seit 1997 Lehrbeauftragter der Universität Kassel im Bereich Sportmedizin.

Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, für Spezielle Orthopädische Chirurgie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin und für Orthopädie-Rheumatologie. Neben zahlreichen Zusatzbezeichnungen, zum Beispiel auch MRT-fachgebunden, führt er außerdem noch einen Master of Business Administration (MBA) für Krankenhausmanagement.

Professor Dr. Dr. Werner Siebert ist Ehrenmitglied zahlreicher internationaler Fachgesellschaften, Mitglied der Akademie der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE), Mitglied der American Association of Hip and Knee Surgeons (AAHKS) und International Fellow der American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS). Er war Präsident der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU), Präsident der European Hip Society (EHS) und Kongresspräsident der Deutschen Kniegesellschaft (DKG) und ist langjähriges Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Er pflegt seit vielen Jahren enge Beziehungen zu den Kollegen der südamerikanischen Orthopädie und Unfallchirurgie und ist Präsident der Deutsch-lateinamerikanischen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DLGOU). Im Jahr 2018 dient er der DGOOC und DGOU als Präsident und ist damit gleichzeitig Kongresspräsident des DKOU für die DGOOC und DGOU im Jahr 2018.

*Vorab-Pressekonferenz zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)  
Mittwoch, 17. Oktober 2018, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Seine klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der minimalinvasiven Gelenkschirurgie, einschließlich arthroskopischer Techniken, und der Endoprothetik an Hüfte und Knie sowie im Bereich der komplexen Revisionsoperationen in der Endoprothetik sowie in der Registerforschung mit der Besonderheit eines seit mehr als 20 Jahren bestehenden hauseigenen Endoprothesenregisters in der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel.

## **Curriculum Vitae**

Univ.-Professor Dr. med. Joachim Windolf  
Kongresspräsident des DKOU 2018, Präsident der Deutschen  
Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident  
der DGOU, Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am  
Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-  
Heine-Universität Düsseldorf



\* 1960

Professor Dr. Joachim Windolf ist seit Januar 2018 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2005 Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf und Universitätsprofessor der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. In der Zeit zwischen 2008–2016 war er Dekan der Medizinischen Fakultät. Professor Windolf war von 2005–2011 Leiter für die Sektion Handchirurgie und von 2012–2015 Schatzmeister der DGU. 2013 leitete er als Kongresspräsident den 54. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH).

### **Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte**

Posttraumatische Immundefhlregulation  
Frakturheilung im knöchernen Defekt-/Infektmodell  
Versorgungsforschung  
Polytraumaversorgung  
Handchirurgie

### **Klinischer Werdegang**

Seit 2005	Direktor der Klinik für Unfall- und Handchirurgie am Universitätsklinikum Düsseldorf
2001–2005	Stellvertretender Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
1999–2001	Kommissarische Geschäftsführung der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt
1986–1999	Assistenzarzt und Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt



### **Akademischer Werdegang**

Seit 2005	Universitätsprofessur der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2001–2005	Universitätsprofessur des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
1996	Habilitation im Fach Chirurgie an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main
1986	Promotion im Fach Radiologie an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main
1979–1985	Studium der Humanmedizin an der an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main

### **Fachqualifikationen**

2017	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie
2006	Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie
2006	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
1997	Zusatzbezeichnung Handchirurgie
1995	Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
1993	Fachkundenachweis Rettungsdienst
1993	Facharzt für Chirurgie

### **Mitgliedschaften und Ehrenämter**

2018	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Seit 2017	Hochschulrat der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2013	Kongresspräsident der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
Seit 2013	Beirat der AOTrauma Deutschland
2012–2015	Schatzmeister der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Seit 2012	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2008–2016	Dekan der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Seit 2008	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)
2005–2011	Leiter der Sektion Handchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
2005–2009	(DRG)-Beauftragter und Leiter der DRG-AG der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
1998–2005	Mitglied der Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen

**Weitere Mitgliedschaften**

Akademie der AOTrauma Deutschland

Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Handtherapie (DAHTH)

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCh)

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH)

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)

Kooperatives Rheumazentrum Rhein-Ruhr

Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)

Vereinigung der Nordwestdeutschen Chirurgen

Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen

## Curriculum Vitae

Dr. med. Gerd Rauch

Kongresspräsident des DKOU 2018, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel

\* 1959



## Beruflicher Werdegang:

Medizinstudium an den Universitäten Kiel und Göttingen,  
Sportstudium an der Universität Kiel

## Facharztausbildung:

1984–1985	Innere Medizin an der Medizinischen Universität Lübeck
1985	Promotion
1985–1988	Unfall- und Allgemein Chirurgie Universitätsklinik Marburg
1988–1993	Orthopädie, Funktionsoberarzt Universitätsklinik Marburg
1992	Facharzt für Orthopädie
Seit 1993	selbstständiger Niedergelassener Orthopäde und Belegarzt
Seit 1993	H-Unfallarzt und Gutachter für die Berufsgenossenschaften
Seit 04/2011	D-Arzt der Berufsgenossenschaften
1986	Sportmedizin
1987	Notfallmedizin/ Rettungsmedizin
1993	Physikalische Therapie
1997	Zusatzbezeichnung Spezielle Orthopädische Chirurgie
2000	Vollausbildung Akupunktur der Forschungsgruppe Akupunktur
2003	Spezielle Schmerztherapie
2005	Osteologe des Dachverbandes der Osteologie (DVO), Schwerpunktpraxis für Osteologie
2006	Zusatzbezeichnung Akupunktur
2007	Anerkennung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2008	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie
2008	Zusatzbezeichnung fachgebundene Magnetresonanztomografie
2008	Zusatzbezeichnung fachgebundene Röntgendiagnostik – Skelett
2015	Anerkennung zum hygienebeauftragten Arzt

Seit 2003	stellvertretender Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Orthopäden in Hessen
Seit 07/2010	Landesvorsitzender des Berufsverbandes für Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) Hessen und stellvertretender Bezirksvorsitzender Kassel
Seit 2008	Aufsichtsratsmitglied der DOXS-Ärztegenossenschaft Nordhessen
Seit 1994	Mannschaftsarzt 1. Bundesligahandballmannschaft MT Melsungen
Seit 2000	Betreuung der 2. Bundesligamannschaft Kirchhof
Seit 2009	Betreuender Arzt des Hessischen Leichtathletikverbandes für Nordhessen Mitglied des KBV-Ausschusses – Ständige Gebührenkommission nach § 52
Seit 2011	Mitglied der Gemeinsamen BG-Kommission der unfallchirurgisch-orthopädischen Berufsverbände (GBK) – BDC, BVOU, DGOU Bereichsleiter Orthopädische Chirurgie, Agaplesion Diakoniekliniken Kassel

**Zusatzqualifikationen:**

- Spezielle orthopädische Chirurgie  
Ausbilder/Instruktor für die Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie
- Arthroskopieur der Deutschsprachigen Gesellschaft für Arthroskopie (AGA)  
Chirotherapie, Schmerztherapie, Akupunktur, BG-Unfallarzt, Belegarzt Dr. Koch Klinik  
Sportmedizin, Kinderorthopädie, Physikalische Therapie
- Zertifizierter Fußchirurg der Deutschen Gesellschaft für Fußchirurgie
- Moderator Qualitätszirkel: Chronische Schmerzen, Akupunktur und Rheumatologie
- Komoderator Qualitätszirkel: Osteologie Nordhessen
  
- Weiterbildungsermächtigung im Fachgebiet „Orthopädie und Unfallchirurgie“
- Weiterbildungsermächtigung „Spezielle orthopädische Chirurgie“

**Mitglied unter anderem folgender Fachgesellschaften:**

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOT)
- Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Mitglied der Arbeitsgruppe BG der Berufsverbände vom (BVOU)
- Amerikanische Assoziation für Orthopädische Chirurgie (AAOS)
- Deutsche Gesellschaft für Fußchirurgie (DGFF)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden (VSOU)

- Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)
- Bundesverband für ambulantes Arthroskopieren (BVASK)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS)
- Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin
- Orthopädische Gesellschaft für Osteologie e.V. (OGO)
- Vorsitzender der Arthroskopie-Kommission der KV Hessen
- Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin
- Forschungsgruppe Akupunktur
- Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- BVOU - DKOU-Kongress-Präsident 2018

**Mannschaftsarztstätigkeit:**

Seit 1994	Betreuung der Handballbundesligamannschaft MT Melsungen
Seit 2009	Betreuung 2. Bundesligamannschaft SG 09 Kirchhof Damen
Seit 2008	Betreuungsarzt Hessischer Leichtathletikverband Nordhessen

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle  
Ehrenpräsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga,  
Berlin, Fachärztin für Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie



### **Beruflicher Werdegang:**

1958–1964	Medizinstudium an der Humboldt-Universität, Berlin
1964	Approbation als Ärztin und Promotion an der Humboldt-Universität, Berlin
1964–1987	Tätigkeit an der Medizinischen Klinik der Charité Berlin
1982	Habilitation
1988–2005	Chefärztin der Rheumaklinik Berlin-Buch
1989	Honorarprofessur für Innere Medizin an der Humboldt-Universität, Berlin
2005–2008	Führung einer Rheumapraxis in Berlin-Pankow
2008–2016	Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Seit 2016	Ehrenpräsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

### **Mitgliedschaften und Tätigkeiten:**

- Ehrenpräsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Vorstandsmitglied der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin
- Stiftungsratsmitglied Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Berlin

### **Auszeichnungen:**

- Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland
- Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
- Carol-Nachman-Medaille
- Goldener Schmetterling der Lupus-Erythematodes-Selbsthilfegemeinschaft
- Goldene Ehrennadel der Deutschen Rheuma-Liga
- Franziskus-Blondel-Medaille
- Verdienstorden des Landes Berlin
- Georg-Hohmann-Plakette