

Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2014

Wir sind alle einzigartig: Endoprothetik wird individuell

Termin: Dienstag, 28.10.2014, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Pressezentrum, Raum 411, Messe Süd Berlin
Leitung: Professor Dr. med. Henning Windhagen

Themen und Referenten:

Welche Meilensteine in der Endoprothetik können in Zukunft erwartet werden?

Professor Dr. med. Henning Windhagen
Kongresspräsident des DKOU 2014, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

Sicherheit bei Narkosen und Bedeutung individueller Patientengesundheit

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

Evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Arthrose-Patienten

Professor Dr. med. Dieter Kohn
Mitglied im Ständigen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität des Saarlandes, Homburg

Fortschritte bei der Qualitätssicherung in der Endoprothetik

Professor Dr. med. Wolfram Mittelmeier
Mitglied im Ständigen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock

Erfolge in der Infektionsbehandlung und Revisionschirurgie

Professor Dr. med. Heiko Reichel
Dritter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik am Universitätsklinikum Ulm

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2014, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Kathrin Gießelmann
Pressestelle DKOU 2014
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2014

Wir sind alle einzigartig: Endoprothetik wird individuell

Termin: Dienstag, 28.10.2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Pressezentrum, Raum 411, Messe Süd Berlin

Leitung: Professor Dr. med. Henning Windhagen

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Programme der Kongress-Pressekonferenzen

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: stroehlein@medizinkommunikation.org*

Pressekontakt für Rückfragen:
Anne-Katrin Döbler/Kathrin Gießelmann
Pressestelle DKOU 2014
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

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

Pressemitteilung

Fortschritte durch Anwendungsstandards und Qualitätssysteme Der Gelenkersatz in Deutschland wird immer sicherer

Berlin, 28. Oktober 2014 – Der Gelenkersatz ist eine der erfolgreichsten chirurgischen Errungenschaften der Nachkriegszeit. Er erhält Menschen bis ins hohe Alter mobil, verbessert nach aktuellen Studien ihren allgemeinen Gesundheitszustand und bereichert so die Lebensqualität einer zunehmend alternden Bevölkerung. Während in den ersten Jahrzehnten der Endoprothetik Neuerungen der Technik und Technologien den Fortschritt bestimmten, werden weitere Verbesserungen heute durch Anwendungsstandards sowie den Aufbau von Endoprothetikzentren und Registern erzielt. Dadurch lässt sich bei der Anwendung von bewährten Prothesenmodellen die Patientensicherheit weiter erhöhen. Wie Orthopäden und Unfallchirurgen mit neuen Methoden den Gelenkersatz noch sicherer machen, erläutern sie auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin.

Ein neues Gelenk verbessert die Lebensqualität der Betroffenen erheblich: Über 90 Prozent aller Implantate halten länger als 15 Jahre. So sank in den vergangenen 20 Jahren die Rate der Prothesenwechsel am Hüftgelenk um die Hälfte. Inwieweit der ohnehin schon hohe Standard in der Endoprothetik durch neue Modelle verbessert werden kann, ist umstritten.

Endoprothesenregister, wie zum Beispiel das australische Register, belegen in den letzten zehn Jahren keine klaren Verbesserungen durch Neuentwicklungen. Solche Daten müssen allerdings sorgfältig interpretiert werden: Ob Probleme mit einer Gelenkprothese von einem Anwendungsfehler oder von einem Produktmangel kommen, lässt sich nicht immer leicht unterscheiden. „Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), eine Initiative der Fachgesellschaft, ist daher der richtige Weg, technische Innovationen in Zukunft systematisch zu beobachten und zu bewerten“, erläutert Professor Dr. med. Henning Windhagen, Kongresspräsident des DKOU 2014. Das EPRD hat mittlerweile seine Arbeit aufgenommen und wird entsprechende Daten in Zukunft präsentieren. „Die Erfahrungen aus dem

Endoprothesenregister Deutschland werden zeigen, wie wirkungsvoll die schrittweise und gesicherte Einführung von Innovationen in geschulten Zentren für die Patienten ist“, ergänzt Windhagen.

Fortschritte in der Endprothetik lassen sich heute vor allem durch verbesserte Struktur- und Prozessqualität erzielen, wie sie beispielsweise in den zertifizierten Endoprothetikzentren EndoCert[®], ebenfalls eine Initiative der Fachgesellschaft, umgesetzt wird. Die seit 2010 existierenden Zentren sind ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung der Endprothetik. Aktuell streben mehr als 450 Kliniken dieses Zertifikat an, 180 haben die Hürde bereits genommen. Auf dem DKOU 2014 werden erste Ergebnisse aus EndoCert[®] präsentiert. Durch verbesserte Prozess- und Strukturqualität lassen sich unter anderem Gelenkinfektionen reduzieren. „Kam es noch 2011 bei rund 2,25 Prozent der Patienten nach einer Hüftgelenksoperation zu einer Infektion, waren es 2013 bereits unter einem Prozent“, so Henning Windhagen, Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift. Auch in der Knie-Endprothetik hat sich die Infektionsrate von 1,5 Prozent auf etwa 0,8 Prozent reduziert. „Mittlerweile ist das Ausland auf die deutschen Zentren aufmerksam geworden und informiert sich umfassend über EndoCert“, freut sich Windhagen.

Gerade auf dem Gebiet der gefürchteten Gelenkinfektionen macht die Wissenschaft zusätzliche Fortschritte. „Um das Leid der Patienten zu reduzieren, die Implantation weiter sicherer zu machen und damit auch hohe Folgekosten für das Gesundheitssystem zu verhindern, verbessern wir stetig Prophylaxe, Diagnostik und Therapie“, erläutert Professor Dr. med. Heiko Reichel, Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik am RKU Ulm.

Forscher arbeiten an neuen Testverfahren, um Keime auf Gewebeproben frühzeitig nachzuweisen: Erfolgversprechend sind beispielsweise Schnelltests mittels Leukozyten-Esterase-Teststreifen, die Untersuchung entfernter Prothesenteile oder Biomarker aus dem Blut. „Ein präoperatives Screening auf Problemkeime ermöglicht es, mit geeigneten

Antibiotika gezielt vorbeugen zu können“, so Reichel. Diese Untersuchung gehöre derzeit zwar noch nicht zum standardisierten Ablauf. „An geeigneten Screening-Maßnahmen sowie an antibakteriellen und wundheilungsfördernden Implantat-Oberflächen forschen wir derzeit jedoch sehr intensiv.“ Zusammen mit Mikrobiologen erarbeiten Orthopäden und Unfallchirurgen derzeit individualisierte Behandlungskonzepte, die die Antibiotikatherapie und das optimale Timing für den Wiedereinbau des Gelenkes in den Fokus stellen.

Wie Orthopäden und Unfallchirurgen den Gelenkersatz immer sicherer machen, ist ein wichtiges Thema auf dem DKOU vom 28. bis 31. Oktober 2014 in Berlin, der von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie (DGOOC) sowie dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird. Auf der heutigen Pressekonferenz des DKOU informieren Experten über erste Ergebnisse dieser Forschungsaktivitäten.

Pressekontakt:

Pressestelle DKOU 2014

Anne-Katrin Döbler, Kathrin Gießelmann

Postfach 20 11 30; 70451 Stuttgart

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

E-Mail: giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dkou.de

Pressemitteilung

Künstliche Gelenke verlängern Leben Arthrose-Behandlung als Prävention gegen Herz-Kreislauf-Leiden

Berlin, 28. Oktober 2014 – Gelenkverschleiß an Hüfte und Knie verursacht häufig Schmerzen und hält Patienten davon ab, sich zu bewegen. Viele Patienten meinen auch, es wäre „gesund“, die geschädigten Gelenke durch weniger Bewegung zu schonen. Schätzungen gehen davon aus, dass sich jeder zweite über 65-Jährige kaum noch körperlich bewegt. Doch sind die Betroffenen nur wenig mobil, verschlimmert sich nicht nur die Arthrose, es steigt für sie auch das Herzinfarkt-Risiko, so eine aktuelle Studie. Wie eine Gelenkprothese einen mobileren Lebensstil und damit eine höhere Lebenserwartung ermöglicht, erörtern Experten auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) vom 28. bis 31. Oktober 2014 in Berlin.

Je länger Menschen an Arthrose leiden, desto mehr reduzieren sie ihre körperliche Aktivität. Doch zu wenig Bewegung verursacht häufig Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes und andere Begleiterkrankungen. Dies sind wiederum Ursachen für Herzinfarkt und Schlaganfall. „Eine Gelenkprothese kann Menschen mit schwerer Arthrose an Knie oder Hüfte aus diesem Teufelskreis befreien“, erläutert Professor Dr. med. Henning Windhagen, Kongresspräsident des DKOU 2014. „Patienten, die sich ein künstliches Gelenk einsetzen lassen, haben ein deutlich geringeres Risiko für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.“ Das zeigt eine im British Medical Journal (BMJ) aktuell veröffentlichte Studie, die über einen Zeitraum von sieben Jahren einen absoluten Rückgang des Infarkt-Risikos von 12,4 Prozent aufweist.

Die Forscher der Studie untersuchten 2200 Patienten über 55 Jahre mit moderater bis schwerer Hüft- oder Kniegelenkarthrose. Hierbei verglichen sie die Patienten, die ein künstliches Gelenk erhielten mit denjenigen, die keines bekamen hinsichtlich auftretender Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Mediziner kamen zu dem Ergebnis, dass die Patienten mit Gelenkersatz einen mobileren Lebensstil pflegten und seltener einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten. „Dies ist die erste wissenschaftliche Untersuchung, die aufzeigt, dass Gelenkprothesen indirekt vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen schützen können“, so Windhagen, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Insbesondere für ältere Menschen mit Arthrose sei diese Erkenntnis gewinnbringend: Droht eine fortgeschrittene Arthrose die Lebensqualität zu verschlechtern, ist ein künstliches Gelenk oft die einzige Möglichkeit für sie, beweglich zu bleiben oder überhaupt wieder in Bewegung zu kommen. „Nicht zuletzt macht dieser positive Effekt den Gelenkersatz zu einer der wichtigsten chirurgischen Therapien der Nachkriegszeit. Wer noch vor 50 Jahren ein defektes Hüftgelenk hatte, war auf einen Rollstuhl angewiesen und sein restliches Leben immobil. Heute kann er mit einer Endoprothese prinzipiell sogar Leistungssport treiben“, verdeutlicht Windhagen im Vorfeld des DKOU 2014, der von der DGOOC, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird.

Betroffene sollten sich an eine zertifizierte Einrichtung wenden, um bei einem anstehenden Gelenkersatz die beste Versorgung zu erhalten. So genannte Endoprothetikzentren, die sich nach den Maßgaben des von der DGOOC etablierten „EndoCert“ richten, bieten durch leitliniengerechte Versorgung und hohe Qualitätsstandards einen besonders hohen Therapieerfolg. Auf dem DKOU 2014 in Berlin zeigen Orthopäden und Unfallchirurgen, wie ältere Patienten therapeutisch unterstützt werden können, um einen gesunden und mobilen Lebensstil zu bewahren.

Literatur:

The relation between total joint arthroplasty and risk for serious cardiovascular events in patients with moderate-severe osteoarthritis: propensity score matched landmark analysis, Bheeshma Ravi et al., BMJ 2013; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6187> (Published 30 October 2013) Cite this as: BMJ 2013;347:f6187

Information:

Zertifizierte Endoprothetikzentren in Deutschland:
<http://www.endocert.de/endocert/zertifizierte-kliniken.html>

Pressekontakt:

Pressestelle DKOU 2014
Anne-Katrin Döbler, Kathrin Gießelmann
Postfach 20 11 30; 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981; Fax: 0711 8931-167
E-Mail: giesselmann@medizinkommunikation.org

Welche Meilensteine in der Endoprothetik können in Zukunft erwartet werden?

Professor Dr. med. Henning Windhagen, Kongresspräsident des DKOU 2014, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

Endoprothetik wird sicherer. Neue Erkenntnisse in Wissenschaft und Versorgungsforschung unterstreichen den erfolgreichen Gelenkersatz. Die Endoprothetik ist eine der erfolgreichsten chirurgischen Therapien der Nachkriegszeit mit aktuellen Standzeiten von 96 Prozent über 15 Jahre. Die meisten Patienten werden in gewissen Maßen sportfähig und können ihren aktiven Lebensstil aufrechterhalten. Dies hat insbesondere im höheren Alter eine besondere Bedeutung, da die Aufrechterhaltung des Aktivitätsniveaus einen erheblichen Einfluss auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten hat. So zeigen neuere Forschungen, dass inaktive ältere Patienten ein deutlich erhöhtes Infarktrisiko haben, wenn sie ihre Aktivitäten nicht durch besondere Maßnahmen beibehalten. Hierzu zählt auch die Endoprothesenimplantation, die gerade bei älteren Patienten die einzige Möglichkeit sein kann, diese Aktivität aufrechtzuerhalten. Die Notwendigkeit eines solchen aktiven Lebensstils wird auf dem DKOU Kongress 2014 im besonderen Maße betont. Zusammen mit der Deutschen Sportwissenschaft werden unterschiedliche Aspekte beleuchtet, die zeigen wie das alternde Skelett therapeutisch unterstützt werden kann, um solche Aktivitäten aufrechtzuerhalten.

Die Einrichtung der Endoprothetikzentren (EPZ) in Deutschland mit einem Qualitätsziel in der Endoprothetik zeigt bereits zwei Jahre nach der Einführung eine deutliche Verbesserung der Ergebnisqualität. Eine erste klinische Studie, die diese Aspekte im Rahmen der Versorgungsforschung untersuchen konnte, zeigt, dass Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zertifizierung eines Endoprothetikzentrums (leitliniengerechter Behandlungsstand bei Einbindung der Patienten in die Behandlungen, regelmäßige Schulungen, Aus- und Weiterbildungen aller Mitarbeiter, Qualitätsmanagement) einen erheblichen Einfluss auf die Struktur und Prozessqualität haben. Besonders interessant sind zum Beispiel die Entwicklungen periprothetischer Infektionen, die durch die Vorgaben der Endoprothetikzentren in einer Betrachtung von 2011 bis 2013 deutlich gesenkt werden konnten. Gleichzeitig steigt die Patientenzufriedenheit, was sich durch die internen Scores der Endoprothetikzentren ebenfalls ablesen lässt. Die Etablierung der Strukturen und das Führen eines Endoprothetikzentrums entsprechend den EndoCert-Vorgaben, stellt jedoch auch einen deutlichen Aufwand für alle Beteiligten dar. Diese sind zeit- und kostenintensiv und müssen in Zukunft gesundheitspolitisch abgebildet werden. Zusammenfassend lässt sich, insbesondere im Bereich der zertifizierten Endoprothetikzentren, feststellen, dass die erzielte Qualitätsverbesserung den Aufwand bei der Überprüfung der EPZ-Strukturen und die zahlreichen erforderlichen Organisationsmaßnahmen rechtfertigt.

Eine wesentliche Verbesserung in Richtung Sicherheit der Endoprothetik lässt sich auch im Bereich der Infektionsbehandlung nachvollziehen, der sich deutsche Forscher seit Jahren intensiv widmen. Die Implantatinfektion ist nach wie vor eine Geißel der orthopädischen Behandlung und bedarf multimodaler Ansätze, um hier Verbesserungen zu erreichen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2014

Sicherheit bei Narkosen und Bedeutung individueller Patientengesundheit

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

Arthrose (Gelenkverschleiß) der großen Gelenke kann bereits in jüngeren Jahren, zum Beispiel nach Deformitäten im Kindesalter oder nach entzündlichen Gelenkerkrankungen, auftreten, die meisten Arthrosen treten jedoch im höheren Alter auf und werden selbst im neunten und zehnten Lebensjahrzehnt durch Gelenkersatz in Deutschland auf höchstem Niveau erfolgreich behandelt, zum Beispiel in zertifizierten Endoprothesenzentren (EPZ).

Ziel der Behandlung bei Arthrose ist ein schmerzfreies Gelenk mit guter Funktion und Belastbarkeit. Nicht operative Therapiemaßnahmen umfassen eine medikamentöse antiinflammatorische und Schmerztherapie sowie physikalische medizinische Maßnahmen, insbesondere Krankengymnastik. Da Arthrosen in aller Regel fortschreiten und man durch eine dauerhafte medikamentöse Behandlung auch mögliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie in Betracht ziehen muss, wird der Orthopäde die Patienten stets über den zu erwartenden Verlauf und die alternativen Behandlungsmöglichkeiten informieren. Schon in den ersten Gesprächen werden die individuelle Aktivität, Sport- und Freizeitgewohnheiten sowie die Erwartungen des Patienten zu erörtern sein. Langjährige Gelenkschmerzen führen darüber hinaus zu dramatischen Muskelatrophien, welche später nach einer erfolgreichen Gelenkersatzoperation nicht wieder auszugleichen sind. Auch müssen die individuellen Faktoren wie Körpergewicht und Nebenerkrankungen bedacht werden: der Arthrosepatient kann wegen seiner Gelenkschmerzen das vom Kardiologen, Diabetologen oder Gefäßspezialisten empfohlene Gehtraining nicht ausführen und wird daher sein kardiovaskuläres Risiko nicht senken, sondern durch die arthrosebedingte Inaktivität sogar noch erhöhen.

Die segensreiche und auf ein hohes Niveau entwickelte Gelenkersatzoperation hat also mehrere positive Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten:

- dauerhafte Schmerzbefreiung
- Wiederherstellung der Funktion
- Geh- und Sportfähigkeit, Walking, Joggen, Schwimmen, Fahrradfahren, Skilanglauf, Golfspielen unter anderem
- Senkung des kardiovaskulären Risikos
- Erhalt/Wiederherstellung der Selbständigkeit/Partizipation (unter anderem).

Wie sicher sind Gelenkersatzoperationen?

Bei jeder Operation wird eine individuelle OP-Planung durchgeführt. Das „Team Time Out“ wird entsprechend der WHO Vorgaben bei jeder Operation durchgeführt „Safe Surgery saves Lives“: Vor Einleitung der Narkose: Identifikation des Patienten, Markierung des zu operierenden Gelenks vorhanden, Vorliegen der OP- und Narkoseeinwilligung, gegebenenfalls Vorhaltung von

Blutkonserven sowie Spezialimplantaten, zum Beispiel bei Metallallergie, erst dann wird die Narkose eingeleitet. Nach sicherer Etablierung der Narkose erfolgt ein erneutes „Team Time Out“ im OP Saal: Identifikation des Patienten sowie Vorstellung aller beteiligten Ärzte und Pflegekräfte, Bestätigung der Markierung des zu operierenden Gelenks, Sicherstellung, dass alle Instrumente und Implantate ordnungsgemäß vorbereitet sind, erneute Sicherstellung, dass Blutkonserven vorbereitet sind und die Kreuzproben keine Unverträglichkeit ergeben hatten, Sicherstellung, dass die Antibiotikumprophylaxe durchgeführt ist und damit alle „W-Fragen“ beantwortet sind: Wer wird operiert, wer macht die Narkose, wer operiert den Patienten, wer instrumentiert als OP-Pflegekraft, welches Gelenk wird operiert, wie wird operiert, Lagerung des Patienten, Instrumente und Implantate vollständig und steril parat, welche blutsparenden Maßnahmen sind ergriffen?

Vor Abschluss der Operation wird die entsprechende Checkliste für Instrumente und „Tupfer“ abgearbeitet, der Patient verlässt den OP-Saal, wenn alle Zählungen korrekt und gegengeprüft sind! Nach der Operation wird der Nachbehandlungsplan festgelegt, entweder der übliche Standard für diese Operation oder eventuell notwendige Abweichungen.

Jede Operation erfordert eine Narkose, wie sicher sind Narkoseverfahren?

Narkosen sind in Deutschland sehr sicher. Allerdings sind seltene schwere Zwischenfälle nicht 100-prozentig zu vermeiden. Aktuelle Zahlen nennen 7,3 schwere Zwischenfälle pro eine Million Narkosen. Grundlage war eine freiwillige und anonyme Datenerhebung von 1,36 Millionen Narkosen im Zeitraum von 1999 bis 2010 durch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und den Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA). Es traten bei 36 Patienten Komplikationen auf, deren Resultat die behandelnden Anästhesisten als „Tod oder bleibender Dauerschaden“ eingestuft hatten. Ein Expertenteam hat laut Erstautor Jan Schiff überprüft, „ob es sich eher um ein Anästhesieproblem oder eventuell um eine operative oder andere Komplikation handelte“. In zehn Fällen (von 1,36 Millionen Narkosen) ordneten sie die schweren Zwischenfälle und Komplikationen eindeutig der Anästhesie zu.

Hugo van Aken, Generalsekretär der DGAI kommentierte: „Die Patientensicherheit bei Narkosen in Deutschland ist, verglichen mit anderen Ländern, sehr hoch.“ Diese hohe Patientensicherheit basiert auf zahlreichen Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern und zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Hierzu zählen laut DGAI und BDA das „Critical incident Reporting System“ (CIRS) zur Meldung von kritischen Ereignissen. Gemäß dem Prinzip „Lernen aus Fehlern“ teilen dabei Mitarbeiter freiwillig und anonym sicherheitsrelevante Ereignisse mit. Diese werden analysiert und als Lehrmaterial aufbereitet. Dadurch und mithilfe des sehr aufwendigen Simulator-Trainings wird daran gearbeitet, die Patientensicherheit hoch zu halten und weiter zu verbessern. An erster Stelle

stehe dabei die ständige Optimierung der Aus- und Weiterbildung der Anästhesisten, so Christian Werner, DGAI Präsident.

Zu den lebensbedrohlichen Ereignissen im Zusammenhang mit Gelenkersatzoperationen zählen Thrombosen und in deren Folge Lungenembolien. Zur Vermeidung dieser Komplikation wird die Thromboseprophylaxe medikamentös durchgeführt. Die Empfehlung basiert auf der wissenschaftlich begründeten hochwertigen deutschen S-3-Leitlinie zur Thromboseprophylaxe. Die Umsetzung dieser Empfehlung hat in Deutschland wie auch in Österreich und der Schweiz weltweit den höchsten Grad und damit den besten Schutz für Patienten bei Gelenkersatzoperationen.

In der Orthopädie, speziell bei Gelenkersatzoperationen, ist ein hohes Maß an OP-Technik und Technologie erreicht, dabei zielen die operativen und perioperativen Maßnahmen stets auf die bestmögliche Sicherheit für den Patienten. Der aktuelle Qualitätsreport 2013 unterscheidet Patienten ohne sowie mit unterschiedlich schweren Allgemeinerkrankungen nach der ASA-Klassifikation. Dabei sind bei den Hüftendoprothesen 30,7 Prozent und bei den Knieendoprothesen 33,8 Prozent der Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen und Leistungseinschränkungen (ASA 3) in die Operation gegangen (46 964/153 324 Hüft-TEP beziehungsweise 42 918/127 192 Knie-TEP). Es traten jedoch im Gesamtkollektiv aller Patienten nur 0,8 Prozent kardiovaskuläre Komplikationen, 0,1 Prozent tiefe Bein-/Beckenvenenthrombosen und nur 0,1 Prozent Lungenembolien auf. Eine 100-prozentige Sicherheit gibt es nicht, die Sicherheit bei Gelenkersatzoperationen ist in Deutschland vergleichsweise sehr hoch! Wir werden diese hohe Qualität erhalten und alle Anstrengungen unternehmen, sie noch weiter zu verbessern.

Quellen:

British Journal of Anaesthesia (doi:10.1093/bja/aeu094)

AWMF LL VTE Prophylaxe (<http://uni-duesseldorf.de/awmf/11003-001.htm>)

Qualitätsreport 2013, AQUA-Institut GmbH, 2014

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2014

Evidenzbasierte Entscheidungshilfen für Arthrose-Patienten

Professor Dr. med. Dieter Kohn

Mitglied im Ständigen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität des Saarlandes, Homburg

Plass und Mitarbeiter beschreiben im Heft 38 des Deutschen Ärzteblattes die „Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland“. Muskuloskelettale Erkrankungen stehen nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs in der Häufigkeitsliste an dritter Stelle. Rückenschmerzen führen zu einer enormen Zahl an verlorenen „gesunden Lebensjahren (DALY)“. Sie werden diesbezüglich nur von den ischämischen Herzerkrankungen übertroffen. Schmerz und Funktionsbeeinträchtigung durch Arthrosen, vornehmlich des Hüft- und Kniegelenks, sind derzeit mit die häufigsten Gesundheitsprobleme.

Obwohl die Implantation von Kunstgelenken als eine der erfolgreichsten Operationen in der Medizin angesehen wird, wird immer öfter berichtet, dass „zu viele Prothesen“ implantiert würden. Gerne wird in den Medien der internationale Vergleich gezogen, in dem Deutschland, zusammen mit der Schweiz, die Spitzenposition (Stand 2011) in der Versorgungsrate mit Knie- und Hüftprothesen pro 100 000 Einwohner innehält. Leider wird dabei nicht erwähnt, dass einerseits in Deutschland und der Schweiz eine exzellente medizinische Infrastruktur besteht, andererseits die Indikationsstellung für eine Operation grundsätzlich erst nach Ausschöpfen aller konservativen Therapiemöglichkeiten gestellt, immer mehr individualisiert wird und zudem strengen Kriterien unterliegt.

Die weitgehende Unabhängigkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses von finanziellen Gesichtspunkten galt bis noch vor wenigen Jahren als Vorteil der deutschen Krankenhausstruktur. Mit der wettbewerbs- und marktorientierten Umstrukturierung des Gesundheitssystems sind jedoch verschiedene Wandlungsprozesse verknüpft. Vor diesem Hintergrund wird immer wieder vermutet, dass die an betriebswirtschaftlichen Zielen ausgerichteten gesundheitspolitischen Vorgaben die ärztliche Entscheidungsfindung im klinischen Alltag beeinflussen sowie das Arzt-Patient-Verhältnis überschatten. Dies führt zu einem Paradigmenwechsel, bei dem „Eigenverantwortung“ und „Patientenautonomie“ zu neuen Schlüsselbegriffen im Gesundheitssystem avancieren. Diese Leitbilder werden gestützt durch die Forderungen nach selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Entscheidungsmöglichkeiten des Patienten, nach Autonomie und Informed Consent. Die „Informed Consent“ (deutsch: „informierte Zustimmung“) ist ethisch und juristisch die Voraussetzung für eine medizinischen Behandlung. Ohne eine Einwilligung darf keine Therapie durchgeführt werden. Die „informed Consent“ umfasst zwei Aspekte: Eine Einwilligung zur Behandlung bedarf einer ausreichenden Aufklärung; ferner muss der Patient seinem Behandlungswunsch Ausdruck verleihen. Grundgedanke dieses Handlungsmodells ist der Schutz der Patienten, ihrer körperlichen und

seelischen Unversehrtheit, die Wahrung ihrer Autonomie und die Integration ihrer individuellen Vorstellungen in der Therapieplanung.

Welche Entscheidungshilfen existieren in Orthopädie und Unfallchirurgie, um eine eindeutige Indikationsstellung zu gewährleisten?

1) Anamnese und klinische Untersuchung

Die Anamnese und die klinische Untersuchung sind das A und O zur Entscheidungsfindung. Patienten mit Arthrosebeschwerden klagen oft initial über vorzeitige Ermüdung beim gewohnten Bewegungs- oder Sportpensum. Oft werden auch An- und Einlaufsteifigkeit angegeben. Später kommt der Einlaufschmerz hinzu, dem ein schmerzfreies Intervall und erneute Schmerzen mit Zwang zur Belastungsaufgabe folgen. Bei Fortschreiten der Krankheit wird über ständigen Belastungsschmerz geklagt, der letztlich in Dauer- und Ruheschmerz übergehen kann. Parallel dazu können Einsteifung und störende Funktionseinschränkungen aufzutreten. Charakteristisch sind intermittierende akut schmerzhafte Episoden, die schon oft durch Anstrengung, Wetterumschwung oder banale Traumen ausgelöst werden können. Es gilt, diese Symptome zu erkennen und andere Erkrankungen mit ähnlicher Symptomatik auszuschließen.

2) Bildgebende Diagnostik

Zur Sicherstellung der Diagnose einer Arthrose ist die konventionelle Röntgenuntersuchung entscheidend. Typische Veränderungen, die auf eine Arthrose hindeuten sind:

- Verschmälerung des Gelenkspalts durch Ausdünnung der Knorpelschicht
- subchondrale Sklerosierungszonen im Bereich der Knorpeldefekte
- gelenknahe Osteophyten und subchondrale Zysten
- unregelmäßige Berandung der Gelenkflächen

Wenn zur Indikationsstellung notwendig, lassen sich mittels Computertomografie zusätzliche Information über Kapselverdickungen, Gelenkergüsse und periartikuläre Weichteilverkalkungen erhalten sowie eine dreidimensionale Darstellung generieren. Darüber hinaus liefert die Magnetresonanztomografie detaillierte Aufschlüsse über Weichteil- und Knorpelzustand. Eine Knochenszintigrafie kann zur Abgrenzung gegenüber Arthritiden oder gelenknahen Tumoren hinzugezogen werden.

3) Labordiagnostik

Bei Fehlen von zuverlässigen Arthrosemarkern werden Untersuchungen des Blutserums oder von Punktaten, vorrangig zur Ausschlussdiagnostik, veranlasst und sind nicht zur Frühdiagnostik geeignet. Allerdings wird anhand der Laborwerte entschieden, ob eine

Operation aufgrund von „schlechten“ Laborparametern, wie erhöhten Entzündungswerten oder niedrigen Gerinnungswerten, durchgeführt werden darf.

4) Scores (Punktwertskalen)

Zahlreiche Gelenk-Scores, z. B. Lequesne Score, Harris Score oder Larson Score, wurden zur Beurteilung des gegebenen anatomischen und funktionellen Ist-Zustandes sowie zur Beurteilung von Krankheitsverlauf, Behandlungserfolg und Prognose entwickelt. Dabei wird in erster Linie der Schmerzstatus für den Leidensdruck und den späteren Behandlungserfolg als ausschlaggebend angesehen.

Aus den beschriebenen Parametern wurde von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) eine Leitlinie für die Coxarthrose-Therapie entwickelt (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-0011_S3_Koxarthrose_2009-11.pdf). Daran orientierend befinden sich weitere Therapie-Leitlinien für andere Arthrosen, insbesondere die Gonarthrose, in der Entwicklung (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/033-004.html>) bzw. sind im Ausland schon erschienen (<http://www.aaos.org/research/guidelines/GuidelineOAKnee.asp> <http://www.aaos.org/Research/guidelines/gloguideline.asp>).

Das Vorhandensein objektivierbarer Kriterien und Entscheidungshilfen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass letztendlich der persönliche Leidensdruck und der Wunsch des Patienten einen maßgeblichen Anteil zur Entscheidungsfindung für oder gegen einen endoprothetischen Eingriff haben. So bedarf ein röntgenologisch schwer arthrotisches Gelenk keines endoprothetischen Eingriffs, wenn die Arthrosesymptomatik oder der Leidensdruck des Patienten nicht vorhanden sind.

Besonders in der heutigen Zeit ist unter dem Druck der an betriebswirtschaftlichen Zielen ausgerichteten gesundheitspolitischen Vorgaben ein festes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient von essenzieller Bedeutung. Das Patient-Arzt-Verhältnis umfasst drei wichtige Aspekte: Freiwilligkeit, Vertrauen und Verantwortung. Der Patient sucht auf freiwilliger Basis den Arzt auf. Durch Aufklärung und letztendliche Zustimmung im Sinne des „Informed Consents“ unterstreicht der Patient sein Vertrauen zum Arzt. Hier spielt die „Eigenverantwortung“ auf Patientenseite eine zunehmend zentrale Rolle. Vor allem in unserer heutigen Zeit der medialen Aufklärung und Patienten mit fundiertem Hintergrundwissen ist es wichtig, ausführlich und offen mit dem Patienten zu sprechen und gemeinsam mit ihm die richtige Entscheidung betreffs eines operativen Eingriffes zu fällen. Die Zustimmung zur Behandlung führt ferner dazu, dass Arzt und Patient eine gemeinsame Verantwortung für den Heilungsprozess tragen. Durch die „Informed consent“ wandeln sich die Rollen und die Beziehung beider Beteiligter. Während der Patient beim ersten Kontakt die Rolle des Krankheitsträgers und der Arzt die Rolle des medizinischen Experten einnimmt, ändert sich durch den gemeinsamen Behandlungsweg die Rolle des Arztes in die eines verständnisvollen Therapeuten und

die des Patienten in die eines leidenden Individuums. Gleichzeitig ändert sich auch das Verhältnis zwischen beiden: Aus einem initialen Dienstleistungsverhältnis entsteht idealerweise ein Vertrauensverhältnis.

Quellen:

- 1) Plass D., Vos T., Hornberg C., Scheidt-Nave C., Zeeb H., Krämer A.
Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 111 (2014) 629–638
- 2) Malzahn J: Mythen und Daten zur quantitativen Entwicklung der Endoprothetik.
Vortrag Jahreskongress VSOU 1.5.2012
- 3) (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-0011_S3_Koxarthrose_2009-11.pdf).
- 4) (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/033-004.html>)
- 5) (<http://www.aaos.org/research/guidelines/GuidelineOAKnee.asp>)
- 6) (<http://www.aaos.org/Research/guidelines/gloguideline.asp>)

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2014

Fortschritte bei der Qualitätssicherung in der Endoprothetik

Professor Dr. med. Wolfram Mittelmeier

Mitglied im Ständigen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock, Rostock

- Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) hat seinen Betrieb aufgenommen
- EndoCert-Qualitätssystem entwickelt sich seit 2012 zum nationalen Erfolgsmodell
- Verstärkte Aktivität zum Lernen aus Schadensfällen in Verbindung mit EndoCert

Endoprothesenregister Deutschland

In Deutschland werden jedes Jahr etwa drei Millionen Implantate eingesetzt. Zu den bei Weitem häufigsten Operationen gehört der Einbau künstlicher Gelenke. Bei starkem Gelenkverschleiß oder nach Brüchen gibt oft nur ein neues Knie- oder Hüftgelenk den Patienten Mobilität und Lebensqualität zurück. Endoprothesen unterliegen unter der täglichen Belastung einem gewissen Verschleiß, der von der Aktivität des Patienten, seinem Körpergewicht und der Qualität des Implantates selbst sowie von der Einbaupräzision abhängen. Die Haltbarkeit beträgt heute bei etwa 90 bis 95 Prozent Hüften über zehn Jahre, bei Knie-Endoprothesen etwa 85 bis 90 Prozent. Leider kommt es aber immer wieder zu frühen Versagern und der Notwendigkeit vorzeitiger Nachoperationen.

Deutlich sinkende Revisionsraten zu erwarten

In Anlehnung an Erfahrungen anderer Register (zum Beispiel Schweden) ist eine hohe Transparenz bezüglich kürzerer „Standzeiten“ von einzelnen Implantaten und dadurch ein höherer Qualitätsdruck auf Hersteller und Anwender (Krankenhäuser, Ärzte) zu erwarten. Produktmängel oder Fehler beim Einbau künstlicher Gelenke werden in Kliniken, die sich am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) beteiligen, künftig gezielter und frühzeitiger erkannt. Ziel des Registers ist es insbesondere, mehr über die Standzeit künstlicher Gelenke zu erfahren, also über die Zeit, in der Implantate im Körper funktionstüchtig sind. Jedes verwendete Bauteil wird beim Einbau und dann auch beim Ausbau oder Wechseloperationen im Register erfasst und bewertet.

Nach der Gründung der Endoprothesenregister Deutschland gGmbH im Jahr 2010 wurde zunächst in einer Machbarkeitsstudie geprüft, ob ein Endoprothesenregister in Deutschland erfolgreich etabliert werden kann. Ende 2012 startete dann der Probetrieb, seit 2014 können sich bundesweit alle Kliniken am Register beteiligen. „Schon im Probetrieb sind die sehr komplexen Datenflüsse zwischen allen Partnern – den beteiligten Kliniken, Krankenkassen, Herstellern sowie der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Orthopädie – reibungslos gelaufen“, sagt Professor Joachim Hassenpflug (Uniklinikum Schleswig-Holstein in Kiel) und ehrenamtlicher Geschäftsführer des EPRD.

Nach den Erfahrungen anderer Länder ist ein Endoprothesenregister nach fünf bis sieben Jahren voll funktionsfähig. Beispiele zeigen, dass aber schon durch die Offenlegung von auffälligen Produkten

und Kliniken in Jahresberichten von Registern ein deutlicher Einfluss auf Kliniken und Hersteller feststellbar ist. In Schweden, Finnland, Island und Norwegen wurden bereits in den 70er und 80er Jahren Endoprothesenregister gegründet. In der Folge ist die Wahrscheinlichkeit für Revisionen in diesen Ländern um bis zu zehn Prozent gesunken, in Schweden fiel die Rate sogar auf etwa die Hälfte des Ausgangswerts. Durch Vermeidung von Komplikationen und durch längere Standzeiten können erhebliche Kosten eingespart werden.

Die Erstellung einer einheitlichen Produktdatenbank erforderte den freiwilligen, bereitwilligen Einsatz der Produkthersteller. Denn das EPRD funktioniert auf der Basis einer bereits beeindruckend großen Produktdatenbank, in der auch künftig alle Medizin-Produkte, die in Deutschland im Rahmen des Gelenkersatzes eingebaut werden, als Datensatz gespeichert werden (aktuell sind mehr als 35.000 Einzelteile hinterlegt). Des Weiteren werden Merkmale der Patienten wie Alter, Geschlecht und Vorerkrankungen verschlüsselt erfasst.

Die Kliniken erhalten einmal jährlich eine Auswertung des EPRD mit Angaben, welche Endoprothesen in ihrem Haus eingebaut wurden, wie sich die Zahl der Wechseloperationen entwickelt hat und warum es zu Revisionen gekommen ist, auch ob ihre Endoprothesen in anderen Krankenhäusern ausgetauscht wurden. Bei Rückrufaktionen können die betroffenen Patienten deutlich leichter als heute identifiziert und benachrichtigt werden.

Frühere Qualitätsverbesserung durch die EndoCert-Initiative

Während die skandinavischen Register schon jahrzehntelang gesetzlich verpflichtend waren, gab es langjährigen formalen Nachholbedarf in Deutschland. Auch Schadensmeldungen an die Bundesoberbehörde BfArM liefen sehr schleppend. Aus einer Initiative der DGOOC entstand das EndoCert-Konzept, mit dem Ziel nicht nur Qualitätsbewertungen aus Register-Sammeldaten zu erfassen, sondern bereits in der Krankenhausversorgung selbst Qualitätsvorgaben zu erstellen und abzufragen: Die Verbesserung der Patientenversorgung muss schon von der Indikationsstellung beginnend über die Behandlungsprozesse im Krankenhaus sowie im geeigneten Umfeld (Struktur) stattfinden und die Ergebnisse früh erfassen.

Krankenhäuser können sich überprüfen und zertifizieren lassen nach diesem EndoCert-System: Deshalb wurden Voraussetzungen und Standards definiert wie die konsequente Schulung der Operateure, transparente Abläufe, strenge Qualitätskriterien des Operationsergebnisses wie zum Beispiel Röntgenergebnis und Sicherheitskonzepte erarbeitet.

Bei jedem Eingriff muss ein gut ausgebildeter Operateur mit nachweisbarer mehrjähriger Erfahrung verantwortlich beteiligt sein, der jährlich mindestens 50 (Hauptoperateur) oder 100 (Seniorhauptoperateur) derartige Operationen mit guter Qualität durchführt. Je nach Klinikausstattung und OP-Zahlen wird zwischen Endoprothetikzentren (EPZ) und Endoprothetikzentren der Maximalversorgung (EPZmax) unterschieden. Abläufe und Qualität werden einmal jährlich von extern, ausgebildeten Fachexperten unter der Kontrolle der unabhängigen Zertifizierungsstelle

ClarCert überwacht und bewertet einschließlich aller Qualitätsanforderungen. Die Details des EndoCert-Systems und die Kriterien wurden von einer Expertengruppe der Fachgesellschaft DGOOC und des Berufsverbandes BVOU weiterentwickelt und in einer Probephase von 2010 bis 2012 hinterfragt.

Die offizielle bundesweite Eröffnung von EndoCert und EPRD im Jahr 2012 war ein wesentlicher Meilenstein in der Geschichte der orthopädischen Chirurgie – für unsere Patienten und unsere Arbeitsqualität. Aktuell streben mehr als 450 Klinik-Einrichtungen dieses Zertifikat an, wobei über 180 diese große Hürde bereits erfolgreich bewältigt haben. Es hat aber offenbar in seiner Konzeption derart überzeugt, dass es über enorm hohe Beteiligungszahlen berichten kann. Es werden voraussichtlich bis Jahresende sogar schon 45 Prozent aller Endoprothesen-Operationen an Knie und Hüfte in EndoCert-geprüften Kliniken eingesetzt.

EndoCert-Initiative: schon jetzt ein nachweisbares Qualitätsmerkmal

Das EndoCert-System ist ebenso bisher freiwillig wie das EPRD. Die geprüften Einrichtungen sind transparent im Internet für den Patienten sichtbar, auch die benannten Hauptoperateure. Der Druck für die nicht teilnehmenden Kliniken in der Öffentlichkeit wächst, sich auch zu einer derartigen externen fachbezogenen Prüfung zu bekennen. Es besteht sogar aktuell internationales Interesse an der Einführung von EndoCert in mehr als fünf weiteren Ländern.

Die Entwicklung von Qualitätsparametern wird vor und nach der Zertifizierung erfasst: Mehr als 95 Prozent aller bisher geprüften Klinikeinrichtungen haben sich wesentlich qualitativ verbessert. Die an EndoCert teilnehmenden Kliniken sind zudem verpflichtet, ihre Operationen an das EPRD zu melden. Die Zahl der zugleich am EPRD teilnehmenden Kliniken steigt durch das EndoCert-System ständig an.

Namhafte Hersteller von Endoprothesen begrüßen das Endocert-Konzept: Operateure und OP-Personal müssen regelmäßige produktbezogene Schulungen nachweisen. Hersteller bieten erfreulicherweise vermehrt intensivere Schulungsprogramme an, um die Anwendungssicherheit weiter zu erhöhen.

Die künftig verpflichtende, konsequente Befragung der Patienten über den Operationserfolg nach einem Jahr bei allen EndoCert-Kliniken wird zentrale wichtige Informationen über mögliche Qualitätslücken liefern.

EndoCert und EPRD: eine erfolgsversprechende Kombination

EndoCert greift somit vor, während und bis ein Jahr nach dem Einbau in die Versorgungsqualität ein, während das EPRD zudem langfristig wertvolle Zusatzinformation über Nachoperationen liefert. Die seit 2012 etablierte Kombination wird sich absehbar zu einem international beispielhaften Qualitätssicherungsgeflecht entwickeln. „Dieser Erfolg ist allen beteiligten Personen zu danken“, so Professor Mittelmeier, der als Präsident von DGOOC und DGOU das EndoCert-System 2012 offiziell

eröffnen durfte. „Einzelne Akteure in den Entwicklungs- und Kontroll-Gremien von EndoCert opfern seit Jahren viele Arbeitsstunden für das System“, so Dr. Holger Haas (Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie) als Vorsitzender der Zertifizierungskommission.

Aus Schadensfällen konsequent lernen

Frühe Schadensfälle müssen künftig intensiver und systematischer auf ihre Ursache geprüft werden, damit bei neuen Produkten möglichst früh reagiert werden kann. Operateure sind deshalb gemäß EndoCert strikt angehalten, frühe Produkt-Schäden an das Bundesinstitut für Arzneimittel zu melden und den Verbleib einer ausgebauten Endoprothese zu dokumentieren. Auch dies wird in EndoCert überprüft. Die Verfahren sind zweifellos sehr erfolgreich, es gibt zahlreiche bewährte Systeme. Dennoch muss es die Aufgabe aller Beteiligten sein, frühe Schäden zu erkennen und aus ihnen konkrete Schlüsse zu ziehen. Dies gilt vor allem für neue Implantate. Damit befasst sich die Arbeitsgruppe Implantatsicherheit der DGOU.

Es gilt, offen mit noch existierenden Verbesserungsmöglichkeiten im Zulassungsverfahren umzugehen. Dies gilt zum Beispiel für durch Medien dargestellte Qualitätsschwächen einzelner benannter Stellen in der EU. Die Zulassung nach Baugleichheit verdient eine bessere Kontrolle, wobei Ähnlichkeiten von neueren Implantaten zu zurückgezogenen Produkten einer engeren Überprüfung unterzogen werden sollten.

Es wurde von der AG Implantatesicherheit und der AE (Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik) intensiv auf die Notwendigkeit konsequenter Schadensmeldungen durch die Ärzte und auf den sachgerechten Umgang mit den ausgebauten Teilen hingewiesen und es wurden Arbeitsempfehlungen erarbeitet. In verschiedenen Laboreinrichtungen an Kliniken arbeiten erfahrene Ingenieure wie PD Kretzer in Heidelberg und PD Klüß in Rostock bereits sehr konsequent in der systematischen Archivierung und Aufarbeitung von Schadensfällen. Es soll noch intensiver und früher erkannt werden, welche Mechanismen für ein unerwartetes Versagen bei einem Medizinprodukt verantwortlich sein können.

Aber auch der Patient muss durch Aufklärungsarbeit noch mehr in seine Rolle hinsichtlich der Beanspruchung und Haltbarkeit seines Kunstgelenkes einbezogen werden. Er soll die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen seines Implantates verstehen. Obwohl der heute schon betriebene Aufwand für die Zulassungsprüfungen hoch ist, um die geforderten ISO-Normen zu erfüllen, so bilden diese andererseits nur eine vereinfachte Annäherung an die tägliche Beanspruchung im Patienten. Wie neuere Untersuchungen zeigen, können Übergewicht, Aktivität, sportliche Ertüchtigung und stärkere körperliche Arbeit sowie mangelnde Körperkontrolle mit Stolpern die Belastung des Implantates überhöhen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2014

Erfolge in der Infektionsbehandlung und Revisionschirurgie

Professor Dr. med. Heiko Reichel, Dritter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik am Universitätsklinikum Ulm

Der endoprothetische Gelenkersatz kann als Erfolgsgeschichte der orthopädischen Chirurgie bezeichnet werden. Die Überlebensrate der Implantate in der Hüft- und Knieendoprothetik liegt heute bei über 90 Prozent nach 15 Jahren. Zudem ist es in den letzten 20 Jahren gelungen, die Reoperationsrate nahezu zu halbieren. Der Abrieb der Gleitpaarungen und die aseptische Prothesenlockerungsrate konnten signifikant reduziert werden. Im Kontrast hierzu ließ sich jedoch die periprothetische Infektionsrate nur minimal senken. Großen nationalen Endoprothesenregistern ist eine Infektionsrate von circa einem Prozent zu entnehmen, Risikofaktoren und Vorerkrankungen des Patienten erhöhen die Infektionswahrscheinlichkeit. Die periprothetische Infektion gilt als schwerwiegende, implantatassoziierte Komplikation, die mit einer erhöhter Morbidität und deutlich erhöhten Kosten einhergeht. In jedem Stadium der Diagnostik, der Therapie und Nachsorge ist ein deutlich höherer Ressourcenaufwand erforderlich. Die Prophylaxe von Infektionen hat daher oberste Priorität.

Was machen Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell, um die Prophylaxe zu verbessern?

- I. Erarbeitung optimaler Hygienestandards und optimaler Antibiotikaphylaxe: Insbesondere das Keimspektrum der Haut bei Patienten vor endoprothetischen Eingriffen ist erfolgskritisch. Ein präoperatives Screening auf Problemkeime bei speziellen Patienten ist zu fordern. Die perioperative Antibiotikaphylaxe wird dahingehend optimiert.
- II. Etablierung von neuen und „infektoresistenten“ Beschichtungen: Derzeit wird insbesondere an Implantatoberflächen mit antibakteriellen und auch wundheilungsfördernden Eigenschaften geforscht.
- III. Standardisierte operative Abläufe und verbesserte Ausbildung der Operateure: Durch zügiges atraumatisches Operieren, optimale Implantatpositionierung und effektive Blutstillung soll die Reoperationsrate weiter gesenkt werden. Längere Operationsdauer und Reoperationen gehen mit einem erhöhten Infektionsrisiko einher.

Pathogenetisch handelt es sich bei der periprothetischen Infektion um eine Fremdkörperinfektion mit Ausbildung eines Biofilms: Durch die besondere Biologie der bakteriellen Besiedelung von Implantaten ist neben der Therapie insbesondere auch die sichere Diagnosestellung solcher Implantatinfektionen schwierig, aber von entscheidender Bedeutung. Obwohl durch die Kombination von präoperativen Gelenkpunktionen und Laborparametern eine relativ hohe diagnostische Sicherheit zu erreichen ist, wird die definitive Diagnose einer periprothetischen Gelenkinfektion nicht selten erst retrospektiv durch die mikrobiologische und histologische Begutachtung der intraoperativ gewonnenen Proben – und damit erst nach der operativen Versorgung – gestellt. Daher besteht aus klinischer Sicht die dringende Notwendigkeit, infektassoziierte Komplikationen von aseptischen

Komplikationen schon vor Therapiebeginn zu differenzieren. Es gibt derzeit vielfältige Bestrebungen, die präoperative Diagnostik weiter zu verbessern.

Was machen Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell, um die Diagnostik zu verbessern?

- I. Optimierung der Anzucht von Bakterien nach Gelenkpunktionen und Gewebsbiopsien: Die verbesserte bakterielle Nachweisrate durch Kultur von Punktionsflüssigkeit und Gewebeproben in Blutkulturflaschen und durch Langzeitbebrütung konnte nachgewiesen werden.
- II. Erhöhung der Sicherheit durch präoperative Durchführung einer diagnostischen Biopsie des betroffenen Gelenkes mit nachfolgender mikrobiologischer und histologischer Untersuchung oder eines intraoperativen histologischen Gefrierschnittes in unklaren Fällen.
- III. Schnelltests (zum Beispiel Leukozyten-Esterase-Teststreifen), die Sonikation explantierter Prothesenteile sowie verschiedene Biomarker aus dem Blut werden derzeit verstärkt evaluiert und könnten in Zukunft wesentliche Bausteine der Infektionsdiagnostik darstellen.

Die Therapie der Protheseninfektionen richtet sich nach dem Zeitpunkt des Auftretens, dem Infektionsmechanismus, nach der Art des Erregers und dem Ausmaß der Weichteil- und Knochenbeteiligung. Akute Infektionen, die innerhalb der ersten vier Wochen nach Implantation auftreten, und hämatogen gestreute Infektionen, bei denen der Beginn der Symptomatik maximal drei Wochen zurückliegt, können mit einem umfassenden Débridement, Spülung und Austausch der mobilen Teile behandelt werden und mit einem Erhalt der Prothese einhergehen. Bei chronischen periprothetischen Infektionen und sogenannten Low-Grade-Infektionen, die später als vier Wochen nach der Prothesenimplantation klinisch manifest werden, sowie bei hämatogen gestreuten Infektionen mit einer Symptombdauer von mehr als drei Wochen erfolgt die Behandlung durch die vollständige Entfernung des infizierten Fremdkörpers in Form eines ein- oder zweizeitigen Prothesenwechsels mit einer hochwirksamen Antibiotikatherapie.

Was machen die Orthopädie und Unfallchirurgie aktuell, um die Therapie zu verbessern?

- I. Die patientenindividuelle Antibiotikatherapie und neue Wirkstoffe werden verstärkt begutachtet. Antibiotikabeschichtete Implantate und Knochenersatzmaterialien könnten in Zukunft die Therapie der periprothetischen Infektionen erheblich erleichtern.
- II. Der verstärkte Einsatz von Sonderimplantaten und neuen Materialien. Es gibt Hinweise, dass neben beschichteten Implantaten auch hochporöse, metallische Revisionsimplantate die Reinfektionsrate senken können.
- III. Das optimale Timing der Behandlung wird intensiv diskutiert. Insbesondere, ob ein Prothesenwechsel einzeitig oder zweizeitig erfolgen sollte, steht aktuell im Fokus der Wissenschaft. In enger Zusammenarbeit mit den Mikrobiologen werden zunehmend individuelle Behandlungskonzepte für die betroffenen Patienten entwickelt.

Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2014

Arthrose erfolgreich vorbeugen und behandeln: Sport, Physio, Tabletten oder OP?

Termin: Mittwoch, 29.10. 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Pressezentrum, Raum 411, Messe Süd Berlin
Leitung: Dr. med. Johannes Flechtenmacher

Themen und Referenten:

Arthrose – eine Krankheit mit vielen Gesichtern und vielen Betroffenen

Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Kongresspräsident des DKOU 2014, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU),
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie,
Rehabilitationswesen; Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe

Sport und Arthrose: die Sicht des Wissenschaftlers und Patienten

Professor Dr. rer. phil. Klaus Bös
Ehemaliger Leiter des Instituts für Sportwissenschaften am Karlsruher Institut für Technologie, Karlsruhe

Der bessere Schnitt?

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel helfen gegen Arthrose?

Dr. med. Uwe de Jager
Facharzt für Orthopädie und Physikalische und Rehabilitative Medizin, Freudenstadt

Hand anlegen:

Physiotherapie & Orthopädietechnik können Schmerzen und Beweglichkeit verbessern

Professor Dr. med. Johannes Stöve
Chefarzt der Orthopädischen und Unfallchirurgischen Klinik am St.-Marien- und St.-Anna-
Stifts Krankenhaus, Ludwigshafen

Wann ist welche Operation sinnvoll? Wie kann der Patient vernünftig entscheiden?

Professor Dr. med. Hanns-Peter Scharf
Direktor der Orthopädischen Klinik, Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum, Klinikum Mannheim,
Universitätsklinikum Medizinische Fakultät Mannheim

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2014, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler/Kathrin Gießelmann
Pressestelle DKOU 2014
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2014

So gut versorgt wie nie – Unfallverletzte überleben doppelt so häufig!

Termin: Donnerstag, 30. Oktober 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Pressezentrum, Raum 411, Messe Süd Berlin
Leitung: Professor Dr. med. Bertil Bouillon

Themen und Referenten:

Die Zahlen sprechen für sich:

Meilensteine in der Versorgung von schwerverletzten Unfallopfern

Professor Dr. med. Bertil Bouillon

Kongresspräsident des DKOU 2014, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln

Von der Disco in den Tod? P.A.R.T.Y. – Das Präventionsprogramm für junge Autofahrer

Professor Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

Unfallort Landstraße: Traumnetze sorgen flächendeckend für Rettung

Professor Dr. med. Steffen Ruchholtz

Sprecher des Präsidialrats der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Chefarzt der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, Universitätsklinikum Giessen/Marburg, Marburg

Tatort Schockraum: Unfallopfer gut vorbereitet erst versorgen

Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Geschäftsführer der Berufs-genossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt und Chefarzt der Unfallchirurgie, Frankfurt

Mein Sprint zurück ins Leben:

Die spannende Geschichte des schnellsten Europäers – ohne Beine

David Behre

Patient, Leichtathlet, Buchautor

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2014, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler, Kathrin Gießelmann
Pressestelle DKOU 2014
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2014

Gut, besser, O & U - Wie ein Fach die Qualität der Patientenversorgung systematisch verbessert

Termin: Freitag, 31. Oktober 2014, 11.00 bis 12.00 Uhr
Ort: Pressezentrum, Raum 411, Messe Süd Berlin
Leitung: Professor Dr. med. Bertil Bouillon, Dr. med. Johannes Flechtenmacher,
Professor Dr. med. Henning Windhagen

Themen und Referenten:

Leben statt Unfalltod! – Meilensteine in der Versorgung von Unfallopfern

Professor Dr. med. Bertil Bouillon
Kongresspräsident des DKOU 2014, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln

Fitness statt Pflegeheim! – Meilensteine für ein mobiles Leben bis ins hohe Alter

Dr. med. Johannes Flechtenmacher
Kongresspräsident des DKOU 2014, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen; Orthopädische Gemeinschaftspraxis am Ludwigsplatz, Karlsruhe

Kunstgelenk statt Rollstuhl! – Meilensteine für eine individuelle Behandlung von Arthrosen

Professor Dr. med. Henning Windhagen
Kongresspräsident des DKOU 2014, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

Orthopädie und Unfallchirurgie: Erfolge der letzten 10 Jahre in einem der wichtigsten medizinischen Fächer!

Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Berlin

Pressekontakt für Rückfragen:

Anne-Katrin Döbler, Kathrin Gießelmann
Pressestelle DKOU 2014
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

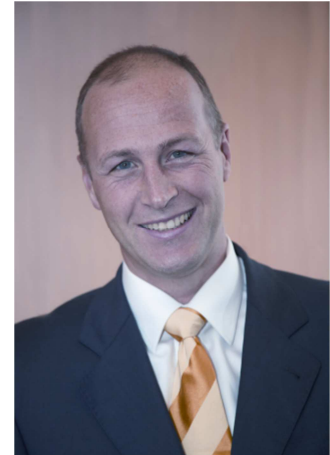
Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Henning Windhagen
Kongresspräsident des DKOU 2014, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift, Hannover

* 1965



Beruflicher Werdegang:

1984–1991 Studium der Humanmedizin, Philipps-Universität Marburg
1991 Abschluss des Studiums an der Universität Marburg
1992–1994 Postdoctoral Fellowship in Experimental Orthopaedics and Biomechanics,
Harvard Medical School, Boston, USA
1995 Dissertation

Akademische Anstellungen

1994 Orthopaedic Biomechanics Laboratory, Beth Israel Hospital, Harvard Medical
School, Boston, USA
1995 Assistenzarzt, Humboldt-Universität Berlin, Abteilung Unfallchirurgie
1996 Leiter der Forschungseinheit Biomechanik, Abteilung Unfallchirurgie
Humboldt-Universität Berlin
1997 Wehrdienst an der medizinischen Offiziersschule, Hannover
1998 Assistenzarzt, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie
2000 Facharzt, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Orthopädie
2001 Habilitation, Privatdozent, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung
Orthopädie
2002 Oberarzt, Privatdozent, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung
Orthopädie
2004 Leiter der Forschungseinheit SFB 599
2006 Ordinarius für Orthopädie an der MHH, Direktor der Orthopädischen Klinik
der MHH und des Labors für Biomechanik und Biomaterialien
2009 Ärztlicher Geschäftsführer des Diakoniekrankenhauses Annastift gGmbH und
Leiter des Departments Endoprothetik

Berufliche Aktivitäten

- 2003 Vizepräsident der Gesellschaft für Grundlagenforschung der Orthopädie, DGOOC
- 2003 Schatzmeister, ASAMI Deutschland, Gutachter für die Alexander-von-Humboldt-Stiftung, verschiedene internationale Stiftungen und Universitäten. Gutachter für Journal of Orthopaedic Research, Gutachter für Journal of Experimental Animal Science, Gutachter für Clinical Orthopaedics and Related Research, Editor „Opinion“, Herausgeber „Z Orthop Traumatol“, Gutachter für „Orthopäde“, Gutachter für Biomaterials

Auszeichnungen

- 1996 Wissenschaftliche Auszeichnung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- 1999 Wissenschaftliche Auszeichnung der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- 1999 Innovationswettbewerb, Medizintechnik, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
- 2010 Innovationswettbewerb, Medizintechnik, Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Tätigkeiten und Ehrenämter:

- Vorstandsmitglied Association of Orthopaedic Research (AFOR)
- Dritter Vizepräsident der DGOOC

Ausgewählte Publikationen:

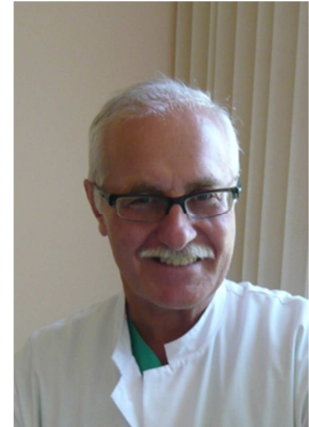
- Ostermeier S, Holst M, Hurschler C, Windhagen H, Stukenborg-Colsman C. Dynamic measurement of patellofemoral kinematics and contact pressure after lateral retinacular release: an in vitro study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007; (15): 547–554.
- Ostermeier S, Hurschler C, Windhagen H, Stukenborg-Colsman C. In vitro investigation of the influence of tibial slope on quadriceps extension force after total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2006; (14): 934–939.
- Ostermeier S, Schломach C, Hurschler C, Windhagen H, Stukenborg-Colsman C. Dynamic in vitro measurement of posterior cruciate ligament load and tibiofemoral stress after TKA in dependence on tibiofemoral slope. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2006; (21): 525–532.
- Windhagen H, Thorey F, Ostermeier S, Emmerich J, Wirth C J, Stukenborg-Colsman C. Navigator concept. Optimizing the procedure for navigated total knee arthroplasty. *Orthopade* 2005; (34): 1125–1130.

- Stukenborg-Colsman C, Ostermeier S, Windhagen H. What effect does obesity have on the outcome of total hip and knee arthroplasty. Review of the literature. *Orthopaede* 2005; (34): 664–667
- Witte F, Fischer J, Nellesen J, Crostack H A, Kaese V, Pisch A, Beckmann F, Windhagen H. In vitro and in vivo corrosion measurements of magnesium alloys. *Biomaterials* 2006; (27): 1013–1018.
- Windhagen H, Witte F, Thorey F, Hurschler C, Wirth C J. Injectable carrier system for growth factor application in minimally invasive stimulation of bone healing. *Orthopaede* 2004; (33): 1378–1385.
- Windhagen H, Glockner R, Bail H, Kolbeck S, Raschke M. Stiffness characteristics of composite hybrid external fixators. *Clin Orthop Relat Res* 2002; 267–276.
- Windhagen H, Witte F, Hurschler C, Maciejewski O, Linnenberg D, Thorey F. Bone turnover during distraction osteogenesis in an experimental sheep model. *Arch Orthop Trauma Surg* 2002; (122): 279–282.

Curriculum Vitae

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

* 1953



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-------------------------|--|
| 1972 | Abitur an der Auguste-Viktoria-Schule, Flensburg |
| 1972–1980 | Chemiestudium und Medizinstudium an der Christian-Albrechts-Universität, Kiel |
| 1978 | Studienaufenthalt an der Medical School London,
Royal Free Hospital, London |
| 1980 | Approbation als Arzt |
| 1983 | Promotion zum Doktor der Medizin an der
Christian-Albrechts-Universität, Kiel: „Aktivierung postganglionärer
Vasokonstriktorneurone zur Hinterextremität der Katze über
nicotinerge, muscarinerge und nicht cholinerge synaptische
Mechanismen in sympathischen Ganglien“ bei Professor Dr. W. Jänig;
Note: magna cum laude |
| 01.07.1980–31.01.1982 | Assistenzarzt am Pathologischen Institut
(Direktor: Professor Dr. H. Cain),
Katharinenhospital, Stuttgart |
| 01.02.1982–31.03.1983 | Assistenzarzt an der Chirurgischen Klinik
(Direktor: Professor Dr. O. Scheibe), Krankenhaus Feuerbach,
Bürgerhospital, Stuttgart |
| 01.04.1983–31.03.1986 | Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik, Olgahospital, Stuttgart
(Direktor: Professor Dr. K. Parsch) |
| 01.04.1986–31.03.1987 | Funktionsoberarzt an der Orthopädischen Klinik
(Direktor: Professor Dr. K. Parsch), Olgahospital, Stuttgart |
| 01.04.1987 – 31.05.1987 | Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus
(Direktor: Professor Dr. J. Eulert), Julius-Maximilians-Universität,
Würzburg |
| 1987 | Anerkennung als Arzt für Orthopädie |

1987–1999	Oberarzt und leitender Oberarzt sowie Stellvertreter des Ärztlichen Direktors an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus (Direktor: Professor Dr. J. Eulert), Julius-Maximilians-Universität, Würzburg
1991	Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“
29.11.1993	Habilitation an der Julius-Maximilians-Universität, Würzburg: „Elektrophysiologische und morphologische Untersuchungen zur Innervation des Kniebandapparates“
18.03.1994	Venia legendi für das Fach „Orthopädie“
04.02.1995–20.03.1995	Studienreise als ASG-(Austrian-Swiss-German-)Stipendiat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie nach Großbritannien, USA und Canada an verschiedene Orthopädische Zentren
1995	Anerkennung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“,
01.12.1996	Berufung auf eine C-3-Universitätsprofessur an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität, Würzburg, im Fachgebiet Orthopädie
Seit 01.09.1999	Direktor und C-4-Universitätsprofessur an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
2007	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2007	Zusatzqualifikation „Spezielle Kinderorthopädie“
2007	Zusatzqualifikation „Spezielle Orthopädische Chirurgie“
2000–2008	Präsident der Vereinigung für Kinderorthopädie
2005–2009	Präsident der AOSpine Deutschland
2011–2012	Präsident der European Paediatric Orth. Society
2014	2. Vizepräsident (Präsident 2015) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Ausgewählte Literatur:

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

Mitgliedschaften:

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

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

Forschung:

- Zellbiologie der Knochen- und Knorpelregeneration
- stammzellbasierte Therapie von Knorpel- und Knochendefekten
- neue Therapieverfahren bei Wirbelsäulendeformitäten
- intravitale Diagnostik der Knorpeldegeneration, Navigation

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Dieter Kohn
Mitglied im Ständigen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),
Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik
der Universität des Saarlandes, Homburg

*1953



Beruflicher Werdegang:

01.09.1982 – 31.09.1986	Wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Direktor: Prof. Dr. med. M. Jäger)
01.10.1986 – 31.03.1988	Funktionsoberarzt an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der LMU München
01.04.1988 – 30.09.1989	Oberarzt an der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift (Direktor: Professor Dr. med. C. J. Wirth)
01.10.1989 – 31.03.1996	Leitender Oberarzt und Stellvertreter des Klinikdirektors der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift (Direktor: Professor Dr. med. C. J. Wirth)

Prüfungen, Approbation:

13.06.1972	Abitur
23.10.1978	Approbation
03.06.1977	Promotion
01.10.1986	Orthopädie (Facharzt)
30.11.1994	Orthopädie – Rheumatologie
18.07.1996	Physikalische Therapie
13.11.1996	Spezielle Orthopädische Chirurgie
10.10.2005	Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie
25.06.2008	Kinder – Orthopädie
11.03.2009	Röntgendiagnostik – fachgebunden – Skelett

Wissenschaftlicher Werdegang:

1978	Promotion
1982	Anstoß zu wissenschaftlicher Arbeit durch Prof. Dr. J Gillquist, Direktor der Abteilung für Sportorthopädie, Universität Linköping, während einer Hospitation von Oktober bis Dezember in Schweden
1989	Vorlage der Habilitationsschrift: „Der plastische Ersatz des

- Innenmeniskus mit körpereigenem Gewebe – eine experimentelle Untersuchung.“
- 1994 Außerplanmäßige Professur für Orthopädie an der Medizinischen Hochschule Hannover
- 1996 Professor (C4) für Orthopädie an der Universität des Saarlandes

Ehrungen und Preise:

- 1986 John J. Joyce Award der International Arthroscopy Association (IAA), Sydney/Australia
- 1987 Wissenschaftlicher Preis der Stiftung zur Förderung der Arthroskopie (SFA)
- 1988 Michael-Jäger-Preis der Gesellschaft für Orthopädisch-traumatologische Sportmedizin (GOTS), München
- 1991 John J. Joyce Award der International Arthroscopy Association (IAA), Toronto/Canada.
- Seit 1991 Ehrenmitglied der American Orthopaedic Society for Sports Medicine (AOSSM)
- Seit 2001 Fellow of the Royal College of Surgeons of Edinburgh (FRCS)
- Seit 2004 Ehrenmitglied der Arthroscopy Association of North America (AANA)
- Seit 2007 Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften Leopoldina
- Seit 2013 Ehrenbeirat der Gesellschaft für Orthopädisch-traumatologische Sportmedizin (GOTS)
- Seit 2013 Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (ÖGO)

Leitende Funktion in wissenschaftlichen Gesellschaften:

- 1990 – 1998 Vorstandsmitglied der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)
- 1995 – 1998 Präsident der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA)
- 2006 – 2008 Präsident der Gesellschaft für Orthopädisch-traumatologische Sportmedizin (GOTS)
- 2008 – 2010 2. Vizepräsident der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- 2011 Präsident der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Seit 2011 Obmann Sektion 17.2, Orthopädie, der Leopoldina

Herausgeber/Beirat für wissenschaftliche Zeitschriften:

- Der Orthopäde (Orthopäde) Schriftleiter seit 2006
- American Journal of Sports Medicine (Am. J. Sports Med.) Editorial Board
- Journal of Arthroscopy – Editorial Board 2000–2005
- Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy
(Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc.)
Board of Trustees

Leitung wissenschaftlicher Kurse und Kongresse:

- 10. Kongress der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA), Hannover,
15./16.10.1993
D. Kohn, C. J. Wirth
- 18. Kongress der deutschsprachigen Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA),
Saarbrücken, 21.–22.09.2001
S. Rupp, D. Kohn
- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Berlin, 25.–28.10.2011
K. Dreinhöfer, D. Kohn, T. Pohlemann

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Wolfram Mittelmeier
Mitglied im Ständigen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Direktor der Orthopädischen
Klinik und Poliklinik der Universitätsmedizin Rostock, Rostock

* 1959



Beruflicher Werdegang:

	Studium der Humanmedizin in Leuven/Belgien, Giessen, Homburg Staatsexamen der Universität des Saarlandes
	Promotion Dr.med. an der Universität des Saarlandes
12/1999	Habilitation Technische Universität München – Orthopädie
2/2004	Außerplanmäßige Professur Technische Universität München, ärztliche Weiterbildung an der Chirurgischen Universitätsklinik Homburg- Saar, der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen und der Medizinischen Universität zu Lübeck
1995	Oberarzt, Medizinische Universität zu Lübeck
1996	Leitender Oberarzt, Medizinische Universität zu Lübeck
1997	Leitender Oberarzt, Technische Universität München
2003	Kommissarischer Direktor, Orthopädische Klinik und Poliklinik, Universität Rostock
2003	C4-Professor und Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, Universität Rostock
	Lehrauftrag an der Universität Bayreuth für Biomaterialien (Implantate)

Zusatzqualifikationen und Weiterbildung:

- Facharzt
Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie
- Spezifische Weiterbildung
Spezielle Orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Rheumaorthopädie
- Zusatzbezeichnung
Sportmedizin, Chirotherapie, Physikalische Therapie
- Zusatzqualifikation/Fachkunde
Prüfungsamt für klinische Studien in der Orthopädie und Unfallchirurgie, QM-Fachexperte,
Ausbildung ISO-Auditor

Funktionen in wissenschaftlichen Verbänden:

2002–2006	Berufung in den D.I.N.-Normausschuss für „Endoprothetik und Osteosynthese“ des Deutschen Instituts für Normung e. V., Pforzheim
Seit 2005	Mitglied des Stiftungsrates der AFOR-Stiftung
Seit 01/2009	Präsident (Association for Orthopaedic Research; Förderung interdisziplinärer Forschung und Fortbildung)
2006–2010	Vorsitzender der Deutschen Ordinarienkongferenz Orthopädie
Seit 2005	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie & Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
2010–2011	Vizepräsident der DGOOC
2012	Präsident der DGOOC
Seit 2008	Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
2012	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
2/2012	Mitglied im Stiftungsrat der Oskar-Helene-Heim-Stiftung Berlin
Seit 3/2008	Mitglied im Kuratorium Gesundheitswirtschaft des Landes Mecklenburg-Vorpommern
Seit 4/2012	Mitglied des Fachbeirats des Bundesinnungsverbands Orthopädietechnik
Seit 6/2012	Stellvertretender Vorsitzender des Bundesinnungsverbandes Orthopädietechnik
Seit 1/2010	Medizinische Betreuung des Nationalteams des Deutschen Karate-Verbandes (DKV)
Seit 1/2011	Wissenschaftlicher Beirat der DAN-Akademie des Deutschen Karate-Verbandes

Auszeichnungen:

- Bisher 22 Forschungspreise (mit jeweils beteiligten verschiedenen Kollegen)
- Dr.-Eduard-Martin-Preis der Universität des Saarlandes (beste Promotion)
- Heine-Preis
- Keramik-Forschungspreis
- Themistokles-Gluck-Preis
- Albert-Hoffa-Preis

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Heiko Reichel
Dritter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen
Klinik am Universitätsklinikum Ulm



Klinischer Werdegang:

1982–1988	Medizinstudium an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
1988–1992	Facharztweiterbildung an der Orthopädischen Universitätsklinik Halle
1993	Ernennung zum Oberarzt
1995–2004	Leitender Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Halle, Forschungsaufenthalte an internationalen orthopädischen Zentren, z. B. AKH Wien, Mayo Clinic Rochester, Mass. General Hospital Boston
Seit 2005	Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU
Seit 2006	Leitender Ärztlicher Direktor der RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm

Qualifikationen/Ernennungen:

1988	Promotion (summa cum laude)
1992	Facharztanerkennung Orthopädie
1993	Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Chirotherapie
1994	Teilgebietsanerkennung Rheumatologie
1996	Anerkennung der Fakultativen Weiterbildung, Spezielle Orthopädische Chirurgie
1996	Habilitation für das Fachgebiet Orthopädie
2003	Ernennung zum außerplanmäßigen Professor, Universität Halle
2004	Ernennung zum C4-Professor für Orthopädie, Universität Ulm
2006	Facharztanerkennung Orthopädie und Unfallchirurgie

Auszeichnungen/Funktionen in Fachgesellschaften:

1998	ASG-Fellowship (USA-England-Kanada-Reisestipendium)
1999	Heine-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
Seit 2007	Mitglied im Weiterbildungsausschuss der Landesärztekammer Baden- Württemberg
2008	Präsident der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden
2009	Tagungspräsident der Vereinigung für Kinderorthopädie

Seit 2008	Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE), Präsident elect 2015 der AE – Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik
2014	Dritter Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Präsident elect 2016 der DGOOC

Mitgliedschaften in Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- American Association of Orthopaedic Surgeons
- Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie
- Deutschsprachige Vereinigung für Kinderorthopädie
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen
- Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2014

Wir sind alle einzigartig: Endoprothetik wird individuell

Termin: Dienstag, 28.10.2014, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Pressezentrum, Raum 411, Messe Süd Berlin

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

- o Professor Dr. med. Henning Windhagen
- o Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe
- o Professor Dr. med. Dieter Kohn
- o Professor Dr. med. Wolfram Mittelmeier
- o Professor Dr. med. Heiko Reichel

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:
Anne-Katrin Döbler/Kathrin Gießelmann
Pressestelle DKOU 2014
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

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