

Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2014

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

Termin: Mittwoch, 29. Oktober 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

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

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

Arthrose verursacht zu viele Arbeitsausfälle in Deutschland Wie Patienten Berufsleben und Alltag erfolgreich meistern

Berlin, 29. Oktober 2014 – Arthrose verursacht jährlich mehr als sieben Milliarden Euro direkte Krankheitskosten. Das belastet nicht nur das deutsche Gesundheitssystem. Auch vielen Arbeitgebern gehen Arbeitsstunden und -jahre wegen Fehlzeiten und Frühberentung ihrer Mitarbeiter verloren. Gleichzeitig sinkt die Lebensqualität der Betroffenen dramatisch. Orthopäden raten Arthrose-Patienten zu einer individuellen Therapie und täglichem Training für die Gelenke. So können sie Schmerzen reduzieren und ihr Berufsleben trotz Krankheit bewältigen. Im Rahmen der heutigen Pressekonferenz auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) erläutern Experten, wie tägliches Training, Tapes und Schuheinlagen den Alltag von Arthrose-Patienten erleichtern.

„Jährlich gehen 70 000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre und 10 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage auf das Konto der häufigsten Gelenkerkrankung Arthrose“, betont Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Kongresspräsident des DKOU 2014. Dabei sei die häufigste Ursache die Kniegelenksarthrose. Um Betroffenen ein längeres Berufsleben zu ermöglichen, sei es besonders wichtig, Risiko-Patienten schnell zu identifizieren und ihnen eine geeignete, auf ihren Lebensstil angepasste Therapie anzubieten, erklärt der niedergelassene Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. „Nur der frühe Einsatz einer Kombination aus medikamentösen sowie nicht medikamentösen Therapieverfahren gewährleistet, dass akute Beschwerden seltener auftreten und Patienten so wenig wie möglich in ihrem Alltag und Berufsleben eingeschränkt sind.“

Der wichtigste Aspekt für den Therapieerfolg ist die Beratung des Patienten, wie Studien zeigen. Daher hat die Kommunikation mit dem Betroffenen in der Arthrose-Behandlung besondere Bedeutung. „Der behandelnde Arzt muss den Patienten umfassend informieren – über die Erkrankung, ihren möglichen Verlauf, die Medikation und über Möglichkeiten, selbst Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen zu können“, fordert Flechtenmacher.

Um Schmerzen und Immobilität zu reduzieren, empfehlen Orthopäden und Unfallchirurgen die Physiotherapie: „Gezieltes Training stärkt die Muskulatur um das von Arthrose geschädigte Gelenk. Das erhält die Beweglichkeit“, erklärt Professor Dr. med. Johannes Stöve, Chefarzt der Orthopädischen und Unfallchirurgischen Klinik am St.-Marien-Krankenhaus Ludwigshafen. „Zu Beginn sollte das Training unter professioneller Anleitung erfolgen. Anschließend muss es aber unter Eigenregie konsequent im Alltag fortgesetzt werden.“

Viele Patienten profitieren auch von Wärme- und Kältetherapie oder der Orthopädietechnik, wie Tapes und Schuheinlagen. „Hier ist die Studienlage allerdings noch unzureichend, um objektive Empfehlungen auszusprechen“, betont Stöve. Wärme wird zumeist im nicht akuten Stadium zur besseren Durchblutung und Muskelentspannung eingesetzt. Die Kältetherapie hingegen lindert Schmerzen, ebenso Gehstützen und Gehhilfen sowie Schuheinlagen. Sie verbessern zudem die Funktion, beispielsweise des Kniegelenks. Auch das alleinige Taped eines arthrotischen Kniegelenks oder das Tragen von Knieorthesen verringert bereits Schmerzen.

Welche weiteren Methoden Menschen mit Arthrose helfen, Alltag und Berufsleben schmerzfrei und mit mehr Mobilität zu bewältigen und worauf sie bei ihrer Therapie achten sollten, erklären Orthopäden und Unfallchirurgen auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des DKOU 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.

Literatur:

Zhang W., Moskowitz R.W., Nuki G., Abramson S., Altman RD., Arden N., Bierma-Zeinstra S., Brandt K.D., Croft P., Doherty M., Dougados M., Hochberg M.D.J., Kwoh K., Lohmander LS., Tugwell P. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Hunter Osteoarthritis Cartilage*. 2008; 16:137–162

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 54 Arthrose, Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Juni 2013

Dr. Elke Ruchalla, Trossingen. *Arbeitsfähigkeit nach Gelenkersatz*. *Akt. Rheumatol.* 2014; 39

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

Menschen mit Arthrose bewegen sich zu wenig Experten raten zu moderatem Sport

Berlin, 29. Oktober 2014 – Fast jeder dritte 45- bis 67-Jährige in Deutschland ist an Arthrose erkrankt. Bei den über 65-Jährigen trifft es bereits jeden Zweiten. Betroffene haben meist zu Beginn große Schmerzen, vor allem, wenn sie sich bewegen. Sie sind verunsichert, welche Belastung sie ihren Gelenken noch zumuten können und bewegen sich daher immer seltener. Dabei lindert regelmäßige Bewegung die Krankheitszeichen der Arthrose und verlangsamt ihr Fortschreiten. Welche Risiken dennoch beachtet werden müssen und wie Betroffene ihre Gelenke beim Sport schützen, erklären Experten auf der heutigen Pressekonferenz des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU).

Arthrose gehört zu den häufigsten Erkrankungen im Alter. Aber auch immer mehr junge Menschen leiden an Gelenkverschleiß: Ein Unfall, eine angeborene Fehlstellung, Übergewicht, Gelenkentzündungen und Stoffwechselerkrankungen können die Ursachen sein. Betrifft die Arthrose große Gelenke wie Knie, Hüfte, Wirbelsäule und Sprunggelenk, ist das Bewegungsverhalten der Betroffenen häufig stark eingeschränkt. „Meist hindern Schmerzen die Patienten, sich regelmäßig zu bewegen“, erklärt Professor Dr. rer. phil. Klaus Bös, ehemaliger Leiter des Instituts für Sportwissenschaften am Karlsruher Institut für Technologie. „Doch dadurch geraten sie in einen Teufelskreis: Schont sich der Arthrose-Patient, wird weniger Gelenkflüssigkeit produziert und die Knorpel werden rau und spröde, was wiederum zu mehr Verschleiß und Schmerzen führt.“ Außerdem habe in der Vergangenheit eine stark funktionsorientierte Sicht innerhalb der Sportwissenschaft dazu geführt, dass Arthrose-Patienten falsche Übungseinheiten empfohlen wurden. „Das hat die Patienten zunehmend verunsichert und dazu geführt, dass sich Menschen mit Arthrose viel zu wenig bewegen“, so Bös im Vorfeld des DKOU 2014.

Bewegung gilt jedoch als zentraler Bestandteil der Arthrose-Therapie. Bös empfiehlt daher ein moderates Training, idealerweise täglich 30 bis 40 Minuten, aber mindestens zweimal die Woche. Es sollte auf drei Prinzipien beruhen: ein sanftes Training, ein gutes Körpergefühl, das zwischen Gelenk- und Bewegungsschmerzen unterscheiden kann, und ein gutes Wechselspiel zwischen Belastung und Anpassung. Walking, Dehn- und Kräftigungsübungen sind bei schmerzenden Gelenken besonders empfehlenswert.

„Wichtig ist, dass Arthrose-Patienten nur sehr eingeschränkt Sportarten wie Tennis, Volleyball oder Fußball mit abrupten Richtungswechseln und Stoßbelastungen betreiben sollten.“ Denn dabei treten durch die hohen mechanischen Belastungen häufig Schmerzen, Rötungen, Erwärmungen oder Schwellungen des Gelenkes auf. „Während dem Sport rate ich den Sporttreibenden dazu, immer wieder bewusst auf ihren Körper zu hören und auftretende Schmerzen selbst zu beurteilen.“ Um Schmerzen beim Sport vorzubeugen, helfen zudem Bandagen oder Einlagen, die das Gelenk bei Belastung schonen. „Übergewichtige Menschen sollten abnehmen – das reduziert die auf das Gelenk einwirkenden Kräfte und vermindert die Symptome, insbesondere an den unteren Extremitäten“, so der Sportwissenschaftler.

Doch Arthrose entsteht auch durch wiederholte Sportverletzungen. „Knochen-, Sehnen- und Bandapparat sind nicht so gut trainierbar wie Herz- und Skelettmuskulatur und unterliegen einem hohen mechanischen Verschleiß“, betont Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Kongresspräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Hier stoßen Sportler, insbesondere in Kontaktsportarten wie Fußball, Volleyball oder Basketball, an ihre Grenzen und leiden oft in späteren Jahren an Arthrose. Daher rät der niedergelassene Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie aus Karlsruhe nicht nur Menschen mit Arthrose zu einem Sport mit geringem Verletzungsrisiko. Auch Menschen ohne Arthrose sollten Sportverletzungen möglichst umgehen.

Welche Sportarten für Arthrose-Patienten geeignet sind und welche besser vermieden werden, haben die Experten in einer Checkliste zusammengefasst:

empfehlenswert:

- Schwimmen
- Gehen (Nordic Walking)
- Skilanglauf
- Jogging
- Aerobic
- Radfahren

nicht oder nur sehr eingeschränkt empfehlenswert:

- Tennis
- Squash
- Volleyball
- Ski alpin
- Fußball
- Handball

Hierüber und wie Sportverletzungen vermieden werden können oder was Betroffene beim Training beachten sollten, erklären die Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des DKOU in Berlin.

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

Nahrungsergänzungsmittel gegen Gelenkverschleiß meist wirkungslos Medikamentöse Arthrose-Therapie unverzichtbar

Berlin, 29. Oktober 2014 – Viele Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln versprechen Menschen mit Arthrose, die Schmerzen in den Gelenken zu lindern oder einem Verschleiß vorzubeugen. Diese angebliche Wirkung ist jedoch in Studien nur in geringem Maße belegt. Anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) vom 28. bis 31. Oktober 2014 in Berlin diskutieren Experten, wie wichtig die gezielte Gabe von Medikamenten bei Arthrose-Patienten ist, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und eine Operation hinauszuzögern.

„Viele Medikamente, die einer Arthrose vorbeugen oder ihr Fortschreiten verhindern sollen, liegen nur knapp über oder auf dem Niveau eines Placebo-Effekts“, erklärt Dr. med. Uwe de Jager, niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin, aus Freudenstadt. Auch für Nahrungsergänzungsmittel wie Chondroitin-Sulfat, Muschelextrakte, acetyliertes Hydroxyprolin (Oxaceprol), Heilpflanzen, homöopathische Mittel oder Gele, Salben, Cremes und Sprays sei die Wirkung nicht ausreichend nachgewiesen. Lediglich bei Glucosamin sei die Datenlage etwas besser. Hier gebe es in den aktuellen Leitlinien der Osteoarthritis Research Society International (OARSI) eine zurückhaltende Empfehlung.

Hingegen bekämpfen viele Medikamente die mit der Arthrose einhergehenden Schmerzen effektiv und ermöglichen den Patienten damit eine bessere Lebensqualität. Orthopäden unterscheiden bei der Behandlung von Schmerzen zwischen entzündeten und nicht-entzündeten Gelenken. Liegt eine Entzündung im Gelenk vor, ist es wichtig, diese zu beseitigen, um ein Fortschreiten der Arthrose zu verhindern. „Hier stehen uns nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) wie Diclofenac, Ibuprofen oder auch Coxibe zur Verfügung. Auch die intraartikuläre Gabe von Cortison hat sich bewährt, wobei der Langzeiteffekt noch unsicher ist“, erklärt de Jager. Hat ein Patient zwar keine akute Entzündung, leidet aber dennoch unter Schmerzen, empfiehlt der Orthopäde Paracetamol, schwache Opiate oder gegebenenfalls Medikamente, die den Nervenschmerz beseitigen. Bei Kniegelenkarthrose können auch Injektionen mit Hyaluronsäure helfen. Tatsächlich benötigt aber nur ein Teil der Patienten mit diagnostizierter Arthrose eine Schmerzbehandlung: „Erfreulicherweise hat fast jeder zweite Arthrose-Patient überhaupt keine Schmerzen. Die anderen Betroffenen können zielgerichtet mit schmerzlindernden Substanzen behandelt werden“, so de Jager.

Da die Symptome wechselhaft sind, ist die Arthrose-Therapie hierbei sehr anspruchsvoll: Schmerzen und Gelenkbeweglichkeit treten phasenweise auf. „Für eine erfolgreiche Therapie ist es daher sehr wichtig, den Patienten nach seinem individuellen Krankheitsverlauf zu behandeln. Der Arzt muss dabei Schmerzsymptome, das Stadium der Arthrose, Begleiterkrankungen sowie die Vorgeschichte und persönliche Fitness des Patienten berücksichtigen“, erläutert Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Kongresspräsident des DKOU 2014, der vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) ausgerichtet wird. Der niedergelassene Orthopäde empfiehlt Arthrose-Patienten, sich viel zu bewegen, gegebenenfalls abzunehmen und einen gesunden Lebensstil zu verfolgen.

Auf der heutigen Pressekonferenz des DKOU erläutern Orthopäden und Unfallchirurgen, ob und wann Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel bei Arthrose sinnvoll sind und was Patienten tun können, um schmerzfrei mobil zu bleiben.

Literatur:

T.E. Mc Allindon et al., OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis, Osteoarthritis and Cartilage 22 (2014) 363-388.

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

Gelenkverschleiß bei Kreuzbandverletzungen und Fehlstellungen wirkungsvoll verhindern Bei Arthrose Operationsentscheidung individuell treffen

Berlin, 29. Oktober 2014 – Der Verschleiß des Hüft- und Kniegelenkes zählt zu den häufigsten Gesundheitsproblemen der Deutschen. Schreitet die Arthrose fort und führt zu chronischen Schmerzen, müssen Orthopäden und Unfallchirurgen das Gelenk wieder herstellen oder ein künstliches einsetzen. Wann eine Operation notwendig wird, diskutieren Experten im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2014, der vom 28. bis 31. Oktober in Berlin stattfindet und von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird.

Fehlstellungen und Verletzungen sind häufig Ursache für spätere Arthrosen. Nicht immer ist eine Operation Mittel der Wahl. Insbesondere prophylaktische Operationen stehen in der Kritik, ohne Nutzen zu sein. In einigen Fällen belegen Studien deren Vorteil jedoch eindeutig. „Das trifft etwa für angeborene Fehlstellungen des Hüftgelenks von Neugeborenen zu“, so Professor Dr. med. Hanns-Peter Scharf, Direktor der Orthopädischen Klinik in Mannheim. Auch bei schweren Achsabweichungen, wie X- oder O-Beinen rät der Experte zu einer Operation, um eine Gelenkabnutzung und deren Folgeschäden zu verhindern.

Schwieriger hingegen sei die Entscheidung bei der Wiederherstellung des Kreuzbandes nach einer Verletzung. Die gefürchtete Sportverletzung betrifft jährlich 40.000 Menschen in Deutschland. Ist das Kreuzband gerissen, kann das zu Gelenkverschleiß führen. „Neuere Studien zeigen jedoch, dass auch der operative Ersatz des verletzten Kreuzbandes die Arthrose des Kniegelenkes nicht sicher verhindert“, so Scharf im Vorfeld des DKOU 2014.

Auch die Gelenkspiegelung an Schulter-, Hüft- und Kniegelenk, bei der die Gelenkoberfläche geglättet oder die Knorpelbildung angeregt wird, sei häufig nicht notwendig: „Die alleinige Diagnose einer Arthrose reicht nicht aus, um eine Arthroskopie durchzuführen“, betont Dr. med. Johannes Flechtenmacher, niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg sowie DKOU-Kongresspräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). „Ist hingegen das Gelenk blockiert, etwa durch einen instabilen Meniskusriss oder freiliegende Gelenke, hilft der operative Eingriff dem Patienten“, ergänzt Scharf.

Einen hohen Gewinn an Lebensqualität verspricht auch der Gelenkersatz bei fortgeschrittener Arthrose. „Die meisten Patienten profitieren von dieser erfolgreichen und zudem sehr sicheren Operations-Methode“, sagt Professor Dr. med. Henning Windhagen, ebenfalls Kongresspräsident des DKOU 2014 und Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover. Denn die Endoprothese ermöglicht den Betroffenen, sich wieder schmerzfrei zu bewegen, auch im Alter aktiv am Leben teilzunehmen und sich sportlich zu betätigen.

Die Kritik, dass der künstliche Gelenkersatz in Deutschland zu häufig durchgeführt werde, widerlegen aktuelle Zahlen des Atlas der muskuloskeletalen Versorgung der DGOOC. Dieser erfasst etwa 40 Prozent aller AOK-Versicherten zwischen 2005 und 2012. „Danach sinkt die Zahl der Hüftendoprothesen um drei Prozent, während im gleichen Zeitraum der Anteil der über 65-Jährigen um mehr als vier Prozent gestiegen ist“, so Windhagen. Ein Trend zur weiteren Steigerung sei bei der Hüftprothesenversorgung nicht abzusehen.

Ob eine Operation notwendig ist, sollten Ärzte in keinem Fall ausschließlich von Zahlen und Fakten abhängig machen. „Wichtig ist auch die Einschätzung des Patienten“, so die DKOU-Kongresspräsidenten. Der Arzt sollte gemeinsam mit dem Betroffenen die Vor- und Nachteile des Eingriffs abwägen – welche Behandlung passt zu seinem Lebensstil und würde die Lebensqualität verbessern. Wie Orthopäden und Unfallchirurgen entscheiden, wann eine Operation dem Patienten hilft und welche alternativen Verfahren es gibt, berichten Experten auf der heutigen DKOU-Pressekonferenz in Berlin.

Quelle:

Atlas der muskuloskeletalen Versorgung der DGOOC

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

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

Was ist Arthrose:

Mit dem Begriff der „Arthrose“ wird eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, die sich zwar durch unterschiedliche Ursachen entwickeln aber mit einem ähnlichen biologischen und klinischen Verlauf einhergehen. Arthrose ist die häufigste Gelenkerkrankung des älteren Erwachsenen. Leitsymptome der Arthrose sind Schmerz, Bewegungseinschränkung und Blockierungsphänomene.

Kosten der Arthrose:

Arthrose ist für unsere Gesellschaft eine sehr teure Erkrankung. Über sieben Milliarden direkte Krankheitskosten/Jahr, über 70 000 verlorene Erwerbstätigenjahre/Jahr wegen Frühberentung und 20 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr, das sind die hohen Kosten der häufigsten Gelenkerkrankung Arthrose für Deutschland. (Quelle RKI Report, Heft 54).

Epidemiologie der Arthrose:

Die Wahrscheinlichkeit, eine Arthrose zu entwickeln, nimmt mit dem Alter zu. Andere wichtige Risikofaktoren sind Übergewicht und eine stattgehabte Gelenkverletzung. Das Risiko, während des Lebens an einer symptomatischen Kniegelenksarthrose zu erkranken, beträgt etwa 45 Prozent [Murphy L. Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. Arthritis. Rheum. 2008; 59:1207–1213]. Ab dem 55. Lebensjahr sind Frauen häufiger und in der Regel auch schwerer betroffen als Männer. Nicht alle Gelenke werden in gleicher Weise und Häufigkeit von Arthrose befallen.

Tabelle 1:
a) Häufigkeit von objektiven und subjektiven Zeichen der Arthrose verschiedener Gelenke bei Männern und Frauen (84)

Gelenk	Objektiv (%)	Subjektiv (%)
Kniegelenke	48	23
Schultergelenke	31	16
Zehengelenke	27	2
Hüftgelenke	26	15
Fingergelenke	25	11
Sprunggelenke	16	8
Handgelenke	14	10
Ellenbogengelenke	7	5

b) Geschlechtsspezifische Häufigkeit der Arthrose verschiedener Gelenke (84)

Gelenk	Männlich (%)	Weiblich (%)
Kniegelenke	43	52
Schultergelenke	31	31
Zehengelenke	10	44
Hüftgelenke	26	26
Fingergelenke	22	28
Sprunggelenke	13	18
Handgelenke	15	14
Ellenbogengelenke	10	4

Wagenhäuser FJ: Rheumamorbidity. Eine klinisch-epidemiologische Untersuchung. Huber, Bern 1969.

Patienten leiden abhängig davon, welche Gelenke betroffen sind. Klinisch ist die wichtigste Arthrose die des Kniegelenkes.

Beratung ist Therapie

Medizin ist keine Dienstleistung. Der Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker oder verletzter Mensch, der unsere Hilfe sucht. Wir Ärzte sind Experten für das medizinische Wissen, die Patienten sind die Experten für ihre persönlichen Lebensumstände, ihre Werte und ihre Präferenzen. Die partizipative Entscheidungsfindung ist ein zentraler ärztlicher Aspekt beim Management des Patienten mit Arthrose (shared decision making).

In den letzten Jahren hat es eine Reihe von Publikationen gegeben, welche die wissenschaftliche Evidenz fast aller Therapiemöglichkeiten bei Arthrose bewertet. Hier sollt vor allem auf die nachfolgende Arbeit verwiesen werden:

- Zhang W., Moskowitz R.W., Nuki G., Abramson S, Altman R.D., Arden N., Bierma-Zeinstra S., Brandt K.D., Croft P., Doherty M., Dougados M., Hochberg M., Hunter D.J., Kwoh K., Lohmander L.S., Tugwell P. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008; 16:137–162
- Zentraler Punkt aller großen Untersuchungen ist die Fokussierung auf die motivationale Beratung des Patienten bezüglich Krankheitsverlauf, Bewegung und Komorbiditäten, insbesondere Übergewicht.

Die **Beratung des Patienten** wurde von OARSI (Osteoarthritis Reseach Society International) als **wichtigste Therapieform** identifiziert. Hierbei sollte der Patient über die Erkrankung, den Verlauf (zum Beispiel schmerzhafte und schmerzlose Phasen), die Medikation aber auch über Möglichkeiten, selbst Einfluss auf den Krankheitsverlauf nehmen zu können, informiert werden (Übergewicht, Bewegung et cetera). Auch die fachgerechte Behandlung präarthrotischer Deformitäten sollte angesprochen werden.

Die übrige Therapie der Arthrose ist immer eine Kombinationstherapie – medikamentös und nicht medikamentös (Physiotherapie, Orthopädietechnik et cetera). Die operative Therapie bleibt konservativ austherapierten „Fällen“ (Endoprothetik) und Patienten mit Gelenkfehlstellungen (präarthrotischer Deformitäten) vorbehalten.

Standard-Konservative Arthrosetherapie: Was kann der Orthopäde/Unfallchirurg besser?

- Klare Diagnostik und Klassifikation (Klinik, Röntgen, ggf. MRT, ggf. Labor)
- Beratung über Erkrankung und Therapiemöglichkeiten ggf. OP Indikation, Motivation für “self-management”, Gewichtabnahme und Bewegung
- Biomechanische Analyse und ggf. Behandlung orthopädietechnik, Orthesen, Bandagen, Physiotheherapie
- Intraartikuläre Spritzenbehandlung (Hyaluronsäure)

Sport und Arthrose: die Sicht des Wissenschaftlers und des Patienten

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

Für körperliche Bewegungen benötigen wir zunächst als aktive Organsysteme das Zentralnervensystem, das Herz sowie die Skelettmuskulatur. Im Zentralnervensystem erfolgt die Planung, Programmierung und Fehlerkorrektur von Bewegungen, also im Wesentlichen die Steuerung der Bewegungsqualität. Herz und Skelettmuskulatur liefern die Energie für Ausdauer und Krafteinsatz bei Bewegungen. Die genannten aktiven Systeme sind lebenslang sehr gut trainierbar und passen sich optimal an Belastungsanforderungen an.

Um Bewegungen zu realisieren, benötigt man daneben aber auch Voraussetzungen am Knochen-, Sehnen- und Bandapparat. Wir sprechen hier in Abgrenzung zu den „aktiven Systemen“ oft auch von den „passiven Systemen“, obwohl diese Bezeichnung nicht ganz korrekt ist.

Auch Knochen, Sehnen und Bänder weisen Anpassungsprozesse auf, sind aber nicht in gleicher Weise trainierbar wie die Muskulatur. Vor allem unterliegen Knochen, Sehnen und Bänder aber auch einem hohen mechanischen Verschleiß.

So sind bei Läufern, Tennisspielern, Fußballern oder auch Golfern oft nicht Nervensystem oder Muskulatur limitierend, sondern vor allem der Bewegungsapparat führt zu gravierenden Einschränkungen beim sportlichen Leistungsvollzug.

Insbesondere mit zunehmendem Alter lautet die von Orthopäden viel gestellte Diagnose „Arthrose“. Die Lebenszeitprävalenz für Arthrose liegt bei 22 Prozent, wobei die Wahrscheinlichkeit mit dem Alter deutlich ansteigt. 45- bis 64-Jährige sind zu 31 Prozent betroffen, über 65-Jährige zu 52 Prozent. Frauen leiden etwas häufiger an Arthrose als Männer.

Für das Bewegungsverhalten relevant sind vor allem die Arthrose an den großen Gelenken Knie, Hüfte, Wirbelsäule und auch Sprunggelenk.

Ursache für den Arztbesuch eines Patienten sind oftmals entzündliche Prozesse, die mit massiven Schmerzen in den betroffenen Gelenken einhergehen.

Moderne bildgebende Verfahren, wie zum Beispiel die Magnetresonanztomografie, liefern heute perfekte Aufnahmen des betroffenen Gelenkes und ermöglichen so präzise Beschreibungen der Veränderungen gegenüber dem Zustand eines gesunden Gelenkes.

Nun ist es leider so, dass die Schmerzsituation und das diagnostische Ergebnis nicht immer gut zusammenpassen. Es gibt Menschen, die trotz erheblicher arthrotischer Veränderungen keine Schmerzen haben und umgekehrt kann auch die bildgebende Diagnostik bei starken Schmerzen manchmal keinen Erklärungsansatz liefern.

Aus der Diagnose „Arthrose“ resultiert deshalb oft auch eine erhebliche Verunsicherung der Patienten, die nicht mehr wissen, was sie von ihrem bisherigen sportbezogenen Lebensstil aufrechterhalten können.

Hinzu kommt, dass eine stark funktionsorientierte Sichtweise innerhalb der Sportwissenschaft, in der man ganze Kataloge von falschen Bewegungsübungen zusammengestellt hat, zu weiteren Verunsicherungen geführt hat, was man noch tun darf.

Dennoch gibt es einige Prinzipien, die bei Gelenkschmerzen allgemeine Gültigkeit besitzen.

1. **Für sanfte Bewegungen gibt es fast keine Kontraindikation**

Es gibt nahezu keine Kontraindikation bei sanften Bewegungsformen wie zum Beispiel Walking oder Dehn- und Kräftigungsübungen. Auch ein krankes Gelenk braucht Bewegung. In den allermeisten Fällen gilt: Der allergrößte Fehler ist keine Bewegung. Bewegungsmuffel, die den Weg zu regelmäßiger Bewegung finden, haben den größten Benefit.

2. **Wir belasten uns eher zu wenig intensiv als zu intensiv**

Für die allermeisten Menschen gilt, dass sie sich in Alltag und Freizeit eher zu gering als zu hoch belasten. Ein sicherer Gradmesser für Fehlbelastungen sind Schmerzen, Rötungen, Erwärmungen oder Schwellungen in den Gelenken. Bei der Schmerzbeurteilung benötigt man ein gutes Körpergefühl. Sind Bewegungsschmerzen nicht mit Gelenkreaktionen verbunden und klingen nach kurzer Zeit wieder ab, dann kann es sich durchaus auch um positive Anpassungsreaktionen handeln, die nach mehrfachem Training wieder verschwinden.

3. **Sport ist bei Arthrose oft möglich**

Auch Sport ist oft bei Arthrose noch möglich, wenn man erstens Stoßbelastungen und abrupte Richtungswechsel vermeidet oder minimiert, und zweitens genau die Körperreaktionen beobachtet und versucht, sein Training behutsam im Wechselspiel von Belastung und Anpassung zu steuern. Oft helfen auch flankierende Maßnahmen wie Gewichtsreduktion oder Einsatz von Hilfsmitteln (zum Beispiel Stöcke beim Walking, geeignete Bandagen oder Einlagen).

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

Der bessere Schnitt?

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel helfen gegen Arthrose?

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

Grundsätzlich besteht die Behandlung von Arthrose immer aus einer Kombination von medikamentöser und nicht medikamentöser Therapie. Arthrose ist medikamentös nicht heilbar, auch wenn viele Hersteller von Nahrungsergänzungsmitteln, Mikronährstoffpräparaten und die Pharmaindustrie dies in ihren Werbeartikeln gerne so darstellen.

Die medikamentöse Behandlung der Arthrose ist eine symptomatische Therapie, das heißt, unser Ziel ist es, eine Schmerzbeseitigung und eine Funktionsverbesserung zu erreichen. Sie ist ein Baustein eines multimodalen und interdisziplinären Managements, das auf den Patienten als Ganzes abzielt. Es haben sich Präparate etabliert, mit denen diese symptomatische Therapie erfolgreich durchführbar ist. Bei deren Applikation steht der individuelle Patient mit seiner Vorgeschichte, seinen körperlichen Aktivitäten (Fitness) aber auch mit seinen Begleiterkrankungen und Kontraindikationen (Co-Morbiditäten) im Vordergrund. Diese sind, wie die eingehenden Kenntnisse der bestehenden Symptomatik und der klinischen Befunde, zu berücksichtigen. Ziel der Behandlung ist die Verbesserung der Lebensqualität. Der Patient soll wieder in der Lage sein, seinen körperlichen Aktivitäten nachzugehen und sich selbstständig versorgen zu können.¹

Drei Faktoren werden von Patienten als störend empfunden: Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Blockierungsphänomene.² Grundsätzlich ist zu beachten, dass nur etwa 30–40 Prozent der Patienten mit radiologisch nachweisbarer Arthrose Schmerzen haben, die eine Behandlung erforderlich macht. Trotz des Leitsymptoms „Schmerz“ ist zwingend zwischen entzündeten und nicht entzündeten, sogenannten trockenen Gelenken, zu unterscheiden. Bei Letzteren stehen Paracetamol, bei unzureichender Wirkung auch schwache opiatartige Substanzen zur Verfügung. Stärkere, so nicht ausreichend beherrschbare Schmerzen können mit Opiaten behandelt werden. Gut bewährt ist zudem, insbesondere am Kniegelenk, die Injektion von Hyalarten, der sogenannten Gelenkschmiere.^{3,7,8} Gelegentlich sind, wie neuere Untersuchungen³ zeigen, zusätzliche Medikamente, welche auf den Nervenschmerz abzielen, nötig. Eine Kombination der oben genannten Methoden mit sogenannten schmerzdistanzierenden Medikamenten ist in einigen Fällen unerlässlich.

Bei aktiv entzündeten Gelenken befinden sich Schwellungen sowie Flüssigkeit im Gelenk. Diese verschlechtern die Stoffwechsellage der gestörten Knorpelschicht, was das Voranschreiten der Arthrose bewirken kann. Zur Behandlung dieser Gelenksentzündungen stehen sogenannte nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) wie Diclofenac, Ibuprofen oder auch Coxibe mit guter Besserung der Beschwerden zur Verfügung. Die Coxibe, so hat erst kürzlich die Empfehlung der internationalen Arthroseforschungsgesellschaft (OARSI)^{3,4} gezeigt, haben, insbesondere bei entsprechenden

Begleiterkrankungen wie Magenbeschwerden, ein gutes Wirkung-Nutzen-Verhältnis. Des Weiteren zeigen diese Empfehlungen einen positiven Effekt durch die intraartikuläre Gabe von Cortison.^{3,4} Für einen Langzeiteffekt der Cortison-Injektionen gibt es keine gesicherten Hinweise. Der Einsatz sollte auf vier Injektionen pro Jahr und Gelenk beschränkt werden.^{5,6}

Eine Prävention der Arthrose, zum Beispiel durch Verbesserung der Knorpelstoffwechsellage oder der Entzündungsreaktion, ist in der Literatur umstritten. Eine Beurteilung der Evidenz ist aufgrund der insgesamt schlechten Studienlage nur schlecht möglich oder besteht gar nicht. Die Einnahme von Vitamin E oder C ist neusten Studien zufolge als Prävention nicht geeignet. Selbst neuere, sehr interessant anmutende Therapieoptionen, wie zum Beispiel die transdermalen Gaben von Polynukleid oder Phospholipiden, sind nicht ausreichend mit Studien belegt. Bisher gibt es keine eindeutigen Ergebnisse darüber, dass ein Fortschreiten der Arthrose durch Medikamente, wie durch die sogenannten SYSADOA (symptomatic slow acting drugs in osteoarthritis), Nahrungsergänzungsmittel (wie zum Beispiel Chondroitin-Sulfat, Muschelextrakte, acetyliertes Hydroxyprolin [Oxaceprol]) oder auch lokal applizierbare Gele, Salben, Cremes oder Sprays eingedämmt werden kann. Das Gleiche gilt für Heilpflanzen/Pflanzenextrakte (wie zum Beispiel Weidenrindenextrakt, Teufelskralle, Ringelblume, Hagebutte) oder Homöopathika (zum Beispiel Avocado-/Sojabohnenextrakte). So erhalten all diese Maßnahmen in großen Untersuchungen oder in Leitlinien keine oder nur geringe Empfehlungsgrade. Lediglich bei Glucosamin ist die Datenlage etwas besser, hier gibt es einen geringen Empfehlungsgrad.^{4,6}

Warum ist der Wirksamkeitsnachweis von Therapiemaßnahmen bei Arthrose so schwierig? Im natürlichen Krankheitsverlauf wechseln schmerzlose Phasen mit akuten schmerzhaft entzündlichen Phasen ab. Auch die Gelenkbeweglichkeit kann im Verlauf der Krankheit variieren, sodass es schwierig ist, Befunde mit objektiven Parametern (zum Beispiel mit Scores wie VAS, WOMAC oder Harrision-HIP-Score) und die teils nur geringen Effektstärken zu erfassen. Zudem ist die Wirkung der Präparate, wie sich bei vielen Untersuchungen zeigt, zu kurz und nach drei bis sechs Monaten größtenteils gar nicht mehr nachweisbar. Leider gibt es nur wenige Studien auf gutem EBM- (evidence-based medicine) Level. Bei vielen Präparaten zeigen sich deswegen nur geringe Wirksamkeitseffekte, die häufig nur knapp über oder auf Placeboeffektniveau liegen.

Dringend benötigt würden arthroseheilende Medikamente, mit denen sich eine echte Kehrtwende dieser Volkskrankung erreichen ließe. Solche Präparate fehlen ebenso wie größer evidenzbasierte Studien. Trotzdem ist die medikamentöse Therapie der Arthrose unverzichtbar. Sie kann den Krankheitsverlauf für den Patienten deutlich angenehmer machen und helfen, operative Eingriffe hinauszuziehen oder gar zu vermeiden.

Literatur:

- ¹ Michael J. et al. Dtsch. Arztebl. Int. 2010; 107(9): 152–62
- ² Felson D.T. Developments in the clinical understanding of osteoarthritis. Arthritis Res. Ther. 2009; 11(1): 203. Epub 2009 Jan 30. Review.
- ³ McAlindon et al. Osteoarthritis and Cartilage, Volume 22, Issue 3. March 2014: 363–388
- ⁴ Zang et al. Osteoarthritis and Cartilage. 2010; 18: 476–499
- ⁵ Empfehlung des American College of Rheumatology, www.rheumatology.org.
- ⁶ S3-Leitlinie Orthopädie: Koxarthrose. [Online] 2009
http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-0011_S3_Koxarthrose_2009-11.pdf
- ⁷ Bellamy N., Campbell J., Robinson V., Gee T., Bourne R., Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD005321. DOI: 10.1002/14651858.CD005321.
- ⁸ Colen S. et al. Hyaluronic acid in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis with emphasis on the efficacy of different products. BioDrugs. 2012 Aug 1; 26(4): 257–268. doi: 10.2165/11632580-000000000-00000.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, Oktober 2014

Hand anlegen: Physiotherapie und 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

Physiotherapie

Die Krankengymnastik ist ein wesentlicher Bestandteil der Therapie der Osteoarthrose.

Mobilisierende Übungen sollen die Beweglichkeit des Gelenks erhalten und die Muskelführung des Gelenks verbessern, da die Muskulatur und der Kapsel-Band-Apparat in der Schmerzentstehung bei der Arthrose eine wichtige Rolle spielen.

Über Gelenkrezeptoren können Spasmen in der angrenzenden Muskulatur ausgelöst werden. Diese Muskelverhärtungen (Myogelosen) treten aufgrund einer muskulären Überbeanspruchung im Bereich des arthrotischen Gelenks auf und können zu einer Anhäufung kataboler Stoffwechselprodukte sowie zur Störung der Mikrozirkulation im Muskel führen.

Weiterhin kommt es über die Reizung von Mechanorezeptoren zur reflektorischen Muskelhemmung, die wiederum die schmerzhafte Fehlfunktion anderer Muskelgruppen verursachen kann. Es liegen Daten, insbesondere für die Therapie der Gonarthrose, vor, in der die Kräftigung der Quadrizepsmuskulatur einen kurz- und langfristigen positiven Effekt auf Schmerz und Funktion hat. Es zeigte sich ein Rückgang im WOMAC-Pain-Score um 22,5 Prozent gegenüber 6,2 Prozent in einer Kontrollgruppe.

Die Physiotherapie besteht aus

- gelenkspezifischen Übungen zur Kräftigung der das Gelenk umfassenden Muskulatur,
- Übungen zum Erhalt der Gelenkbeweglichkeit und
- gezielten Programmen mit forciertem Gehen und im Bewegungsbad.

Dabei scheint nicht ausschließlich die Steigerung der Muskelkraft für die Schmerzreduktion verantwortlich zu sein. Auch unspezifisches generelles Fitnesstraining (zum Beispiel Ausdauertraining) kann zu ähnlich guten Ergebnissen führen. Neben der reinen Muskelkraft muss auch die Koordination der knieführenden Muskulatur verbessert werden.

Am Anfang kann das Training unter professioneller Anleitung erfolgen, muss dann aber in der Folge unter Eigenregie konsequent fortgesetzt werden.

Besteht ein mechanisches Impingement, kann allerdings eine auf die Bewegungsverbesserung abzielende Therapie auch schmerzverstärkend sein. Dies wird insbesondere bei Hüftgelenksarthrosen beobachtet.

Weitere physikalische Behandlungsmöglichkeiten sind Kälte- und Wärmetherapie, Elektrotherapie sowie Ultraschallbehandlungen. Obwohl diese Therapiemodalitäten eine weite Verbreitung haben, liegen keine ausreichenden Studien vor, um eine Empfehlung auf hohem Evidenzniveau geben zu können.

Im Rahmen der akuten Arthrose und akuter Entzündungszustände sowie Begleitbursitiden und -tendinitiden dient die Kryotherapie als lokales Analgetikum. Wärme hingegen wird zumeist im nicht akuten Stadium zur Hyperämisierung und Muskelrelaxation eingesetzt. Des Weiteren wird eine Viskositätsabnahme der Synovia diskutiert. Eine Schmerzreduktion wird neurophysiologisch ähnlich wie bei Kälteapplikation über eine Hemmung nozizeptiver Afferenzen erreicht.

Orthopädietechnische Maßnahmen

Sie werden ebenfalls eingesetzt, um Schmerzen zu lindern und die Funktion, zum Beispiel des Kniegelenks, zu verbessern. Das alleinige Taping eines arthrotischen Kniegelenks kann bereits Schmerzen reduzieren. Auch das Tragen von Knieorthesen soll Schmerzen vermindern und die Funktion des Kniegelenks verbessern. Wie und über welchen Mechanismus diese Hilfsmittel wirken, ist nicht abschließend geklärt. Neben der subjektiv empfundenen Verbesserung der Stabilität führen möglicherweise indirekte Mechanismen (Verstärkung der Propriozeption, Erhöhung des Muskeltonus) zu einer Erleichterung. Auch der oft in der Kniebeuge den Patienten beeinträchtigende Kniegelenkserguss – Baker-Zyste – wird komprimiert.

Gehstützen oder Gehhilfen sind geeignet, die betroffene Extremität zu entlasten und so zu einer Schmerzreduktion zu führen. Obwohl nur wenige Studien einen Effekt nachweisen, kann dieser Mechanismus für Kox- und Gonarthrosen angenommen werden.

Auch eine Einlagenversorgung oder eine Schuh-Außenranderrhöhung können eine Beschwerdelinderung bewirken. Insgesamt ist die Studienlage jedoch heterogen, und es gibt nur relativ schwache Belege für die Wirksamkeit. Auch hier müssen weitere Studien die Wirksamkeit und den Wirkmechanismen untersuchen.

Literatur

1. Aigner T., McKenna L. Molecular pathology and pathobiology of osteoarthritic cartilage. *CMLS Cell Mol. Life Sci.* 2002; 59: 5–18
2. Ezzo J., Hadhazy V., Birch S., Lao L., Kaplan G., Hochberg M., Berman B. Acupuncture for osteoarthritis of the knee: a systematic review. 2001; *Arthritis Rheum.* 44: 819–825
3. Gam A.N., Johannsen F. Ultrasound therapy in musculoskeletal disorders: a meta-analysis. *Pain* 1995; 63: 85–91
4. Garner S., Fidan D., Frankish R., Judd M., Shea B., Towheed T., Wells G., Tugwell P. Celecoxib for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; 4: CD003831
5. Günther K.P., Puhl W., Brenner H., Stürmer T. Klinische Epidemiologie von Hüft- und Kniegelenkarthrosen. *Z. Rheumatol.* 2002; 61: 244–249
6. Hulme J., Robinson V., DeBie R., Wells G., Judd M., Tugwell P. Electromagnetic fields for the treatment of osteoarthritis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002; 1: CD003523
7. Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M. et al. Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials ESCISIT. EULAR Recommendations 2003: an evidence-based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). *Ann. Rheum. Dis.* 2003; 62: 1145–1155
8. Kladny B., Beyer W.F. Conservative nonpharmacological treatment of arthrosis. *Orthopade* 2001; 30: 848–855

9. Lehmann L., Stöve J. Aktuelle Aspekte zur Ätiologie und Therapie des Arthroseschmerzes. Schmerz 2004; 18: 453–462
10. Ogata K., Yasunaga M., Nomiya H. The effect of wedged insoles on the thrust of osteoarthritic knees. Int. Orthop. 1997; 21: 308–312
11. O'Reilly S.C., Muir K.R., Doherty M. Effectiveness of home exercise on pain and disability from osteoarthritis of the knee: a randomised controlled trial. Ann. Rheum. Dis. 1999
12. Pendleton A., Arden N., Dougados M. et al. EULAR recommendations for the management of knee osteoarthritis: report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann. Rheum. Dis. 2000; 59: 936–944
13. Reginster J.Y., Deroisy R., Rovati L.C. et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet 2001; 27: 251–225
14. Stöve J., Puhl W. Übersicht über die klinische und experimentelle Anwendung der Hyaluronsäure in der Therapie der Gonarthrose. Z. Orthop. Ihre Grenzgeb 1999; 137: 393–399
15. Towheed T., Shea B., Wells G., Hochberg M. Analgesia and non-aspirin, non-steroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis of the hip. Cochrane Database Syst. Rev. 2000; 2: CD000517

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

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

Die operative Behandlung einer Arthrose dient der Vermeidung, dem Erhalt oder der Wiederherstellung einer schmerzfreien Gelenkfunktion.

Die prophylaktischen Operationen – gelenkerhaltend

Da die Arthrose keine einheitliche Erkrankung darstellt, sondern die gleichförmige Reaktion des Gelenkes auf unterschiedliche Erkrankungen ist, müssen an prophylaktische Operationen, also operative Eingriffe, die eine Arthrose in zehn bis 20 Jahren verhindern sollen, besonders strenge Anforderungen gestellt werden. Typische Beispiele für prophylaktische Indikationen sind zum Beispiel angeborene Hüftluxationen, schwere Hüftdysplasien oder schwere Achsabweichungen der unteren Extremität. Für diese Erkrankungen liegen evidente Daten vor, dass prophylaktische Operationen die schicksalhafte Entwicklung einer Arthrose verhindern können. Wesentlich schwieriger ist die Entscheidung zum Beispiel bei den jährlich 40 000 Kreuzbandverletzungen in Deutschland. Auch wenn die Verletzung ein gesundes Gelenk trifft zeigen neuere Studien, dass die Operationen des Kreuzbandes die Arthrose des Kniegelenkes nicht sicher verhindern kann.

Arthroskopie

Liegt bereits eine Arthrose vor, sollen operative Eingriffe, bei denen die Gelenkoberfläche geglättet oder eine Ersatzknorpelbildung angeregt wird, die Beschwerden lindern, beziehungsweise das Fortschreiten des Gelenkverschleißes verzögern. Diese, häufig im Rahmen von Gelenkspiegelungen (Arthroskopien) an Schulter-, Hüft- und Kniegelenk durchgeführten Operationen stehen bekannterweise in der Kritik. In seiner Stellungnahme vom 10.09.2013 hat das IQWiG diese Eingriffe als nicht ausreichend wirksam eingestuft. Diese Aussage beruht auf unterschiedlichen kontrollierten Studien und Metaanalysen.

Die alleinige Diagnose einer Arthrose stellt keine Indikation für eine Arthroskopie dar, bestimmte Begleitpathologien, welche zu Blockierungen des Gelenkes führen können, wie zum Beispiel instabile Meniskusrisse und freie Gelenkkörper, können jedoch eine Arthroskopie notwendig machen.

Der Fakten-Check Knieoperationen der Bertelsmann-Stiftung beschreibt für diese Eingriffe deutliche regionale Unterschiede. Zwischen den Stadt- und Landkreisen variieren die Raten ambulanter Arthroskopien in Deutschland um das 65-Fache. Die Gründe für diese Beobachtung sind nicht eindeutig.

Der endoprothetische Gelenkersatz

Bei fortgeschrittenen Arthrosen kann die schmerzfreie Funktion eines Gelenkes durch einen Gelenkersatz wiederhergestellt werden. Die Gelenkersatzoperationen zählen zu den medizinisch,

sozialmedizinisch und gesundheitsökonomisch erfolgreichsten Operationen überhaupt. Kritisiert wird, dass in Deutschland der Gelenkersatz zu früh und zu häufig durchgeführt würde, obwohl zum Beispiel die Anzahl der operierten künstlichen Kniegelenke nach Angaben des AQUA-Institutes von 2009 bis 2013 um 21 106 (= 14,2 Prozent) abgenommen haben. Es bleibt aber, dass etwa 15 bis 20 Prozent der Patienten mit dem Ergebnis ihrer Knieendoprothese unzufrieden sind. Diese Quote an unzufriedenen Patienten findet sich weltweit in etwa gleicher Höhe. Der Grund für die Unzufriedenheit ist in aller Regel, dass sich die Erwartungen des Patienten in Hinsicht auf Schmerzreduktion, Funktions- und Leistungsverbesserung nicht erfüllen. Arthrosen benachbarter großer Gelenke und der Wirbelsäule, chronische Begleiterkrankungen, Ängste und fehlende Krankheitsbewältigung sind deshalb Risikofaktoren für die postoperative Unzufriedenheit des Patienten.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie schwierig es für den Patienten ist, sich rational für oder gegen einen operativen Eingriff zu entscheiden. Er benötigt hierzu einen Operateur als Gesprächspartner, der ihm in seiner Vorstellungswelt realistisch und valide darstellen kann, was eine Operation in seiner konkreten Situation für ihn leisten wird und welche Nachteile und Risiken er dafür auf sich nimmt. Der Patient seinerseits muss für sich frei und unabhängig entscheiden können, ob er diese Risiken und Nachteile akzeptiert oder lieber die mit seiner Erkrankung einhergehenden Beeinträchtigungen hinnimmt.

Dieser als „Shared Decision Making“ bezeichnete Entscheidungsprozess muss frei von gesellschaftlichen und finanziellen Zwängen bleiben. Er stellt eine besondere ärztliche Leistung dar und muss als solche auch wertgeschätzt werden.

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

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: Traumanetzwerke 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

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

* 1961



Beruflicher Werdegang:

- 1983–1989 Medizinstudium in Heidelberg, Modena (Italien), Boston/Ann Arbor (USA)
- 1989–1991 Facharztausbildung Chirurgie, Chirurgische Klinik, Klinikum Mannheim/
Universität Heidelberg (Direktor Professor Dr. med. M. Trede)
- 1991–1992 Facharztausbildung Orthopädie, Sektion Orthopädische Chirurgie der Abteilung
Chirurgie, Universität Michigan, Ann Arbor, USA (Direktor Professor Dr. Steven
Goldstein)
- 1992–1993 Abteilung Orthopädische Chirurgie und Biochemie (Direktor Professor Dr. Dr. h.c.
K. E. Kuettner), Rush Medical College, Chicago, USA (Direktor Professor Dr. Dr.
h.c. J. Galante)
- 1993–1996 Rehabilitationskrankenhaus Ulm, Abteilung Orthopädie, Orthopädische Klinik mit
Querschnittgelähmtenzentrum der Universität Ulm (Direktor Prof. Dr. med. W.
Puhl)
- 1996 Facharztprüfung Orthopädie
- 1989 Dissertation: „Die diagnostische Wertigkeit der pathohistologischen Beurteilung
bei chronischen nicht bakteriellen Arthritiden.“ Durchgeführt an der
Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg. Betreuer: Privatdozent. Dr. K.
Rohe.

Stipendien:

- 1987 Carl-Duisberg-Stipendium für Medizinstudenten
- 1988 Reisestipendium Westdeutscher Famulantenaustausch
- 1991–1992 Postgraduiertenstipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes zur
Förderung der Rheumatologie in Deutschland („Die Rolle des subchondralen
Knochens bei dem Krankheitsbild Arthrose“)

Auszeichnungen:

- 1994–2000 Visiting Assistant Professor Rush Medical College, Chicago, USA
- 1994–1999 Reviewer für „Clinical Orthopedics and Related Research“

Ehrenämter:

- Seit 2000 Bezirksvorsitzender Karlsruhe, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie
- Seit 2007 Landesvorsitzender Baden, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Seit 2011 ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht Stuttgart

Mitgliedschaften:

- Ab 1993 Orthopedic Research Society (ORS)
- Ab 1993 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- Ab 1993 Deutsche Gesellschaft für Bindegewebsforschung
- Ab 1996 Berufsverband der Ärzte für Orthopädie

Curriculum Vitae

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



Akademischer Werdegang:

1975	1. Staatsexamen in den Fächern Mathematik und Sportwissenschaft an der Universität Heidelberg
1975–1986	Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Heidelberg
1980	Dissertation in Sportwissenschaft, Universität Heidelberg Thema: Dimensionen der Motorik
1982	Verleihung der Carl-Diem-Plakette des Deutschen Sportbundes
1986	Habilitation in Sportwissenschaft, Universität Heidelberg Thema: sportspezifische Probleme bei der Erfassung motorischer Fähigkeiten
1987–1999	C3-Professor am Institut für Sportwissenschaften der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt
1999–2012	C4-Professor und Institutsleiter des Instituts für Sport und Sportwissenschaft am KIT (früher Universität Karlsruhe [TH])
2008–2012	Dekan der Fakultät für Geistes- und Sozialwissenschaften
2013	Ab 1.10.2013 Senior Scientist am KIT

Weitere Ausführungen zum akademischen Werdegang:

Professor Bös' Forschungsaktivitäten sowohl in der C3- als auch der C4-Phase konzentrieren sich auf die Bereiche Motorik, Bewegungsforschung, Entwicklung und Evaluation von Diagnoseverfahren sowie Sport und Gesundheit.

Im Bereich Motorik und Bewegungsforschung steht die Forschungsarbeit zu „Dimensionen der Motorik“ im Mittelpunkt. Die Arbeiten zur Entwicklung und Evaluation von Diagnoseverfahren beziehen sich auf die Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Im Forschungsgebiet Sport und Gesundheit werden insbesondere die Zusammenhänge zwischen Sport, Fitness und Gesundheit analysiert.

Einen weiteren Arbeitsschwerpunkt bildet die Schulsportforschung, unter anderem mit einem aktuell laufenden bundesweiten Motorik-Survey, bei dem an 6 000 Kindern und Jugendlichen von fünf bis 17 Jahren die motorische Leistungsfähigkeit im Längsschnitt untersucht wird.

Neben der Betreuung seiner Arbeitsgruppe an der Universität ist Professor Bös Gründer und Vorsitzender des Deutschen Walking Institutes, Vorsitzender des Aufsichtsrates im Nationalen Institut für Wissenschaftskommunikation (Nawik), Kuratoriumsvorsitzender der Deutschen Kinderturnstiftung, Vorsitzender des fachlichen Beirates der Kinderturnstiftung Baden Württemberg sowie Mitglied in zahlreichen weiteren Gremien und Organisationen.

Er ist Autor von 60 Fachbüchern und 500 wissenschaftlichen Publikationen, Herausgeber mehrerer wissenschaftlicher Buchreihen und ebenso im Redaktionsbeirat mehrerer wissenschaftlicher Zeitschriften.

Ausgewählte Veröffentlichungen der letzten 5 Jahre:

- 2012 Bös, K., Tittelbach, S., Woll, A., Sunni, J. & Oja, P. (2012). FinGer – Physical Activity, Fitness and Health – An international longitudinal study in Bad Schönborn and Tampere. *International Sports Studies*. Volume 34 (2). S. 42–50.
- Lämmle, L., Ziegler, M., Seidel, I., Worth, A. & Bös, K. (2012). Four classes of physical fitness in German children and adolescents: only differences in performance or at-risk groups? *International Journal of Public Health* (6). ISSN: 1661-8556
- Seidel, I. & Bös, K. (2012). Chancen und Nutzen motorischer Diagnostik im Schulsport am Beispiel des DMT 6-18. *Sportunterricht*, 61 (8), S.228–233.
- 2011 Krell, J. & Bös, K. (2012). Prävention der Adipositas durch Sport und körperliche Aktivität im Kindes- und Jugendalter. *Adipositas* 2012; 6: 30–41.
- Bös, K. & Krug, S. (2011). Die Bedeutung von Motorik und Bewegung im Kindes- und Jugendalter. *Ernährung und Medizin* 26 (4), S. 156–160. ISSN: 1439-1635
- Bös, K. & Schlenker, L. (2011). Deutscher Motorik-Test 6-18 (DMT 6-18). In: M. Krüger & N. Neuber (Hrsg.) *Bildung im Sport. Beiträge zu einer zeitgemäßen Bildungsdebatte*, (S. 337–355) Wiesbaden: VS Verlag
- .
2009 K. Bös, L. Schlenker, D. Büsch, L. Lämmle, H. Müller, J. Oberger, I. Seidel, and S. Tittelbach (Editors). *Deutscher Motorik-Test 6-18 (DTM)*. Czwalina, Hamburg, 2009
- K. Bös, A. Worth, E. Opper, J. Oberger, and A. Woll (Editors). *Motorik-Modul. Eine Studie zur motorischen Leistungsfähigkeit und körperlich-sportlichen Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Nomos Verlag, Baden-Baden, 2009

Curriculum Vitae

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



Studium: Studium der Medizin an der RWTH Aachen

Promotion:

02/1999 „Patientenzufriedenheit und Outcome in der medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparates“, Rheumaepidemiologie, Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau, Professor Dr. W. H. Jäckel

Beruflicher Werdegang:

1/1989-6/1990 Arzt im Praktikum im Bethlehem-Krankenhaus in 52222 Stolberg;
Fach Orthopädie bei Professor Dr .med. W. Dörr

7/1990-6/1991 Assistenzarzt in der chirurgischen Abteilung des
St.-Franziskus-Krankenhauses in 52064 Aachen
bei Priv. Doz. Dr.med. Kalembe

7/1991-12/1993 Assistenzarzt im Bethlehem-Krankenhaus in 52222 Stolberg;
Fach Orthopädie von 7/1991 bis 12/1992
bei Prof. Dr.med. W. Dörr und nach dessen Ruhestand
ab 1/93 bei Professor Dr.med. K. Bläsius

1/1994-3/1998 Oberarzt in der Klinik Bad Rippoldsau, in 77776 Bad Rippoldsau,
Fachbereich Orthopädie bei Dr. med. H. Schwarz

(11/1997-03/1998) Kommissarische Leitung des Fachbereiches Orthopädie,
Klinik Bad Rippoldsau, in 77776 Bad Rippoldsau

seit 01.04.1998 in eigener Praxis, in 72250 Freudenstadt als Gemeinschaftspraxis mit Dr.
med. H. Schwarz
Osteologische Schwerpunktpraxis, DVO

Fortbildungen/Weiterbildungen:

03/1994 Anerkennung als Facharzt Orthopäde
04/1995 Anerkennung im Bereich Chirotherapie

04/1995	Anerkennung im Bereich Naturheilverfahren
05/1997	Anerkennung im Bereich Rehabilitationswesen
08/1997	Fachkunde Strahlenschutz
11/1997	Anerkennung im Bereich Sportmedizin
04/1998	Anerkennung Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
03/2000	Akutupunktur Diplom A
07/2004	Rückenschullehrer BdR e.V.
06/2005	Referententraining
08/2005	Osteologe DVO
12/2007	Spezielle Schmerztherapie
05/2008	Psychotherapeutische Grundversorgung
09/2008	Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
06/2009	Anerkennung Akupunktur
09/2010	Anerkennung Kinderorthopädie

Tätigkeiten/Studien:

- Regelmäßige Vortragstätigkeit zu den Themen:
 - Osteologie/Osteoporose
 - Orthopädie
 - Schmerz
- Moderator:
 - Qualitätszirkel Orthopädie
 - Qualitätszirkel Osteologie/Osteoporose (interdisziplinär)
- Mitgliedschaften:
 - Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW
 - Mitglied Beratender Fachausschuss Fachärzte, KV BW
 - Berufsverband Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
 - Stellvertretender Landesvorsitzender Baden
 - Orthopädische Gesellschaft für Osteologie (OGO)
 - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
 - Sektion Osteologie, DGOOC
 - Ärztendorf Kreis Freudenstadt
 - Qualitätszirkel Akupunktur
- Teilnahme an Studien: Phase IIIb Osteologie
 - Phase IIIa Coxibe
 - Phase IIIa i.a.-Knie-Studie

Curriculum Vitae

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



Beruflicher Werdegang:

1992	Approbation
1992	Promotion
1992–1993	Orthopädische Universitätsklinik Freiburg, Professor Dr. A. Reichelt
1993–1995	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg, Professor Dr. Ch. Herfarth
1995–2001	Orthopädische Klinik der Universität Ulm, Rehabilitationskrankenhaus Ulm, Professor Dr. W. Puhl
2002–2007	Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum Universitätsklinik Mannheim, Professor Dr. H.-P. Scharf
2003	Habilitation
Seit 1.4.2007	Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie St.-Marien- und St.- Anna-Stifts Krankenhaus Ludwigshafen

Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen:

- Fachkunde Ärzte im Rettungsdienst
- Fachkunde Strahlenschutz
- Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie
- Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie
- Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Wissenschaftlicher Werdegang:

1992	Promotion: Generierung von Radikalen während Reperfusion nach Ischämie
4/1994–9/1994	Molekularbiologisches Labor Professor Dr. Meuer, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg
10/1995–11/1995	Molekularbiologisches Labor Firma Hoechst, Wiesbaden
2003	Habilitation: Die Implantation von gentechnisch veränderten Chondrozyten in Gelenken als Modell einer bioaktiven Kammer zur langfristigen intraartikulären Protein-Expression

Stipendien und Preise:

1996	Wilhelm-Roux-Preis
	Forum experimentelle Orthopädie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
1997	South-African Travelling Fellowship der Deutschen Gesellschaft für
	Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
2006	ASG Fellowship, Stipendium 2007 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
	und Orthopädische Chirurgie

Veröffentlichungen als Autor oder Coautor:

- 35 Publikationen
- 182 Vorträge und Poster

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- European Orthopaedic Research Society (EORS)
- Sektion Grundlagenforschung der DGOOC
- Arbeitskreisleiter der Arbeitsgemeinschaft 1 Bindegewebsforschung und Arthrosis deformans der DGOOC
- European Foundation Quality Management Assessor

Curriculum Vitae

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



Beruflicher Werdegang:

1973–1979	Studium der Humanmedizin, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen
1979	Approbation
1980	Promotion
1988	Arzt für Orthopädie, Orthopädische Klinik der Universität Ulm
1991	Habilitation und Venia legendi
1992	Ernennung zum Leitenden Oberarzt der Klinik
1996	Verleihung des Titels außerplanmäßiger Professor
1997	Weiterbildungsermächtigung Schwerpunkt Rheumatologie
2000	Berufung zum Ordinarius und Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Klinikum Mannheim gGmbH, Fakultät für klinische Medizin der Universität Heidelberg
2002–2014	Stellvertretender Ärztlicher Direktor der Universitätsmedizin Mannheim GmbH
Seit 2002	Leiter des OUZ der Universitätsklinik Klinikum Mannheim GmbH
Seit 2006	Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen:

Fachkunde Strahlenschutz, Zusatzbezeichnung Sportmedizin, Zusatzbezeichnung Physikalische
Therapie, Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie, Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische
Chirurgie, Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen

Stipendien und Preise:

1991	ASG-Stipendium, DGOOC
1992	Posterpreis DGOOC
1992	Preis des Forums Experimentelle Unfallchirurgie, DGU
1993	Michael-Jäger-Preis GOTS

Mitarbeit in wissenschaftlichen Zeitschriften:

1987–1994	Herausgeber der Zeitschrift „Sportverletzung – Sportschaden“, Thieme Verlag, Stuttgart
-----------	---

1994–2014	Beirat der Zeitschriften „Der Orthopäde, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“ „CME – Premium-Fortbildung für die medizinische Praxis“
Seit 2003	Corresponding Editors Clinical Orthopedics and Related Research
Seit 2004	Scientific Board Chirurgia Kolana/Arthroskopia/Traumatologia Sportowa Official Journal of Knee Surgery and Sports Traumatology Polish Society of Orthopedics and Traumatology

Publikationen:

59 Originalarbeiten und Übersichten als Autor und Coautor.

Bestellformular Fotos:

Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2014

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

Termin: Mittwoch, 29. Oktober 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 Dr. med. Johannes Flechtenmacher
- o Professor Dr. rer. phil. Klaus Bös
- o Dr. med. Uwe de Jager
- o Professor Dr. med. Johannes Stöve
- o Professor Dr. med. Hanns-Peter Scharf

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