



## **Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2016**

**Termin:** Dienstag, 25. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Zurück in die Zukunft**

### **Themen und Referenten:**

#### **Zurück in die Zukunft: Orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung gestern – heute - morgen**

*Professor Dr. med. Heiko Reichel*

Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU

#### **Innovationen in O & U: Wie sieht der OP der Zukunft aus?**

*Professor Dr. med. Florian Gebhard*

Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Ulm

#### **Frauen sind anders: geschlechtsspezifische Unterschiede bei Erkrankungen und Verletzungen in O & U**

*Dr. med. Manfred Neubert*

Kongress-Präsident DKOU 2016, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Sonneberger Orthopädiezentrum, Bremen

*Dr. med. Johannes Flechtenmacher*

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

#### **Auf Nummer sicher: Welche Herausforderungen stellen sich in der Infektionsprophylaxe für O & U?**

*Professor Dr. med. Heike von Baum*

Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene im Universitätsklinikum Ulm, Sektion Klinikhygiene, Ulm

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2016, Stuttgart

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

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

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## **Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2016**

**Termin:** Dienstag, 25. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Zurück in die Zukunft**

### **Inhalt:**

**Pressemitteilungen**

**Redemanuskripte**

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

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Lisa Ströhlein/Friederike Gehlenborg  
Pressestelle DKOU 2016  
Pf. 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-459, Fax: 0711 8931-167  
[stroehlein@medizinkommunikation.org](mailto:stroehlein@medizinkommunikation.org)  
[www.dkou.de](http://www.dkou.de)

### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## **Pressemitteilung zum DKOU 2016**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie  
25. bis 28. Oktober 2016, Messegelände Süd, Berlin

## **DKOU 2016: „Zurück in die Zukunft“ Orthopäden und Unfallchirurgen zwischen Tradition und Innovation**

**Berlin, 25. Oktober 2016 – Vom Säugling bis zum Senioren – Orthopäden und Unfallchirurgen sorgen dafür, dass sich Menschen in jeder Lebensphase schmerzfrei bewegen können und bis ins hohe Alter mobil bleiben. Medizinische und technische Innovationen bieten den Fachärzten immer neue Möglichkeiten, Menschen mit Erkrankungen und Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane noch besser zu behandeln. Doch auch bewährte Diagnose- und Therapie-Konzepte haben in Orthopädie und Unfallchirurgie unverändert einen hohen Stellenwert. Wie Fortschritt und Tradition sich in Orthopädie und Unfallchirurgie vereinen lassen, diskutieren Experten vom 25. bis 28. Oktober 2016 auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin. Mit mehr als 10.000 Teilnehmern aus dem In- und Ausland ist der DKOU der größte europäische Kongress dieser Fachrichtung.**

„Orthopädie und Unfallchirurgie werden zunehmend von Innovation und Hightech geprägt“, sagt Professor Dr. med. Heiko Reichel, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) mit Blick auf den DKOU 2016.

Computergestützte Chirurgie und minimal-invasive Operationstechniken entwickeln sich fortlaufend weiter und bieten Fachärzten immer neue Möglichkeiten, Patienten noch besser zu versorgen. „Dennoch dürfen wir altbewährte Methoden nicht aufgeben und müssen auch diese – wenn sinnvoll – weiterentwickeln“, betont der Ärztliche Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm.

### **Gelenkersatz gehört zu den erfolgreichsten Eingriffen**

Ein Beispiel für die erfolgreiche Kombination von Tradition und Fortschritt sieht Reichel in der Behandlung der Volkskrankheit Arthrose. 220 000 künstliche Hüftgelenke haben Orthopäden und Unfallchirurgen bundesweit im Jahr 2014 eingesetzt. Dank minimal-



invasiver Techniken bleibt die Muskulatur während dieses Eingriffs weitgehend geschont, was die Rehabilitation deutlich beschleunigt. „Der Gelenkersatz gehört zu den chirurgischen Eingriffen mit den höchsten Erfolgsquoten und verhilft Betroffenen zu mehr Mobilität und so zu mehr Lebensqualität“, betont Reichel. Auf dem DKOU 2016 würden zudem exzellente Langzeitergebnisse gelenkerhaltender Eingriffe präsentiert, die zeigen, dass es in vielen Fällen inzwischen gelingt, die Arthrose zu verhindern oder zu verzögern. Dabei sei das Skalpell aber die letzte Instanz zur Behandlung von Gelenkbeschwerden, ergänzt Reichel „Es gibt viele erfolgreiche Methoden, um Bewegungsfunktionen mit Medikamenten und Physiotherapie zu erhalten und wiederherzustellen – die Chirurgie sollte erst zum Einsatz kommen, wenn diese Maßnahmen nicht greifen.“

## **Traumaforschung: Unfallopfer und Schwerstverletzte besser versorgen**

Weltweit erleiden jedes Jahr 20 bis 50 Millionen Menschen schwere Verletzungen infolge eines Verkehrsunfalls. „Bei der Versorgung von Menschen mit körperlichen und psychischen Traumata hat sich in Deutschland in den letzten Jahren viel getan, sie ist jedoch noch zu segmentiert“, erklärt Professor Dr. med. Florian Gebhard, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU). Der Ärztliche Direktor der Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Ulm ist auch Präsident der Deutschen Traumastiftung, die im vergangenen Jahr gegründet wurde. Ziel der Stiftung ist es, Trauma-Patienten eine umfassende und interdisziplinäre Versorgung zu gewährleisten. Dazu gehört neben der körperlichen Behandlung und Nachsorge auch die seelische. Für unfallgeschädigte Senioren hat die DGU Anfang dieses Jahres außerdem das AltersTraumaRegister<sup>®</sup> ins Leben gerufen. „Durch den demografischen Wandel erwarten wir, dass sich die Zahl der Knochenbrüche bei älteren Menschen mindestens verdoppeln wird“, so Gebhard. „Mithilfe des Registers können wir die Behandlungsergebnisse messen und zentral erfassen, wo Handlungsbedarf besteht“, sagt Gebhard. Die neuesten Erkenntnisse aus der Traumaforschung, der Einsatz neuer Technologien und die optimale Versorgung von Schwerstverletzten sind deshalb wichtige Themenschwerpunkte auf dem DKOU 2016.

## **Klug entscheiden in Orthopädie und Unfallchirurgie**



Vier von fünf Menschen in Deutschland leiden mindestens einmal in ihrem Leben an Rückenschmerzen. Bei 80 Prozent der Betroffenen können Orthopäden keine körperliche Ursache feststellen. Die aktuelle Leitlinie zum unspezifischen Rückenschmerz empfiehlt, teure bildgebende Untersuchungen wie ein MRT oder ein CT frühestens nach sechs Wochen anhaltender Schmerzen vorzunehmen. „Bei den meisten Patienten klingt Schmerz mit rein konservativen Maßnahmen wie Bewegungs-, Physio- oder Wärmetherapie und Medikamenten innerhalb dieses Zeitraumes ab – Spritzen oder Operationen bringen keine zusätzliche Entlastung“, sagt Dr. med. Manfred Neubert vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Trotzdem wird immer wieder bei Patienten ohne Warnsignale innerhalb der Sechs-Wochenfrist eine Kernspintomographie veranlasst. Besonders wichtig ist in diesem Zusammenhang das aufklärende Gespräch mit dem Patienten über mögliche Alternativen zur Schmerzbekämpfung. „Das Arzt-Patienten-Gespräch muss den Patienten und seinen Arzt in die Lage versetzen, gemeinsam eine gute Entscheidung zu treffen“, sagt der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Sonneberger Orthopädiezentrum in Bremen. Aber es gibt auch neue Entwicklungen: Minimal-invasive und endoskopische Interventionen schließen die Lücke zwischen rein konservativer Behandlung und den klassischen Operationen. Hier könnte sich durchaus eine Perspektive für die Zukunft ergeben, wodurch die Zahl der Rückenoperationen zurückgehen könnte. Die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen bleibt weiterhin ein wichtiger Baustein. Auch deswegen findet im Rahmen des DKOU 2016 wieder ein Patiententag statt.

Der gemeinsame Kongress der DGOOC, DGU und des BVOU findet vom 25. bis 28. Oktober 2016 auf dem Messegelände Süd in Berlin statt. Die Anmeldung zum DKOU 2016 ist im Internet möglich. Unter [www.dkou.de](http://www.dkou.de) können Interessierte die Vorträge außerdem live verfolgen. Nähere Informationen sind bei Intercongress GmbH, Wilhelmstraße 7, 65185 Wiesbaden, Tel. 0611 977-160, [dkou@intercongress.de](mailto:dkou@intercongress.de) erhältlich.



## **Pressemitteilung zum DKOU 2016**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie  
25. bis 28. Oktober 2016, Messegelände Süd, Berlin

## **Immer mehr Knieverletzungen bei Frauen: Orthopäden und Unfallchirurgen fordern geschlechtsspezifische Prävention**

**Berlin, 25. Oktober 2016 – Die Zahl der Verletzungen von Frauen durch Sportunfälle oder Stürze ist in den vergangenen Jahren deutlich stärker gestiegen als bei Männern. Zu diesem Ergebnis kommt eine gemeinsame Studie der AOK Baden-Württemberg und des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Junge Frauen verletzen sich vor allem am Knie, während Seniorinnen immer öfter Brüche im Hüft- und Kniebereich erleiden. Orthopäden und Unfallchirurgen sehen angesichts dieser Ergebnisse dringenden Handlungsbedarf und fordern Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen, um einen weiteren Anstieg der Verletzungsraten zu verhindern. Warum Frauen sich häufiger verletzen und wie sich Unfälle vermeiden lassen, erklären Experten auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2016 vom 25. bis 28. Oktober 2016 in Berlin.**

Um die Verletzungsraten bei Männern und Frauen zu ermitteln, haben die AOK Baden-Württemberg, das Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie der Universität Mannheim, das Sportinstitut der Universität Karlsruhe und der BVOU Daten von 3,8 Millionen Versicherten aus den Jahren 2008 bis 2013 ausgewertet und analysiert. Während dieses Zeitraums begab sich jeder zehnte Versicherte wegen einer Verletzung in ärztliche Behandlung. Vor allem die Knieverletzungen haben zugenommen, wie die Analyse zeigt: Bei den Frauen lag der Anstieg mit fast zehn Prozent dabei doppelt so hoch wie bei den Männern. „Insgesamt liegt die Verletzungsrate am Knie bei den Männern noch höher“, sagt BVOU-Präsident Dr. med. Johannes Flechtenmacher. „Die dramatische Zunahme bei den Frauen sollte jedoch Anlass geben, insbesondere Patientinnen besser über Verletzungsrisiken aufzuklären und geeignete Präventionsmaßnahmen umzusetzen.“



Bei jungen Männern und Frauen sind Sportunfälle der häufigste Grund für eine Verletzung – vor allem beim Skifahren, so die Ansicht des Experten: Die Fallzahl der Kniebandverletzungen bei Frauen lag zur Skisaison jedes Jahres um fast 30 Prozent höher als im Jahresmittelwert. „Falscher Ehrgeiz und Risikobereitschaft führen oft dazu, dass junge Menschen ihre Fitness überschätzen und stürzen“, so Flechtenmacher. „Wir brauchen Konzepte, um ein Bewusstsein für gesunden Sport zu schaffen, und Trainingsmethoden, um geschlechtsspezifische Schwachstellen zu stärken.“

Knochenbrüche im Kniebereich kommen bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig vor. Während Männer aber in jedem Alter gleich häufig einen Bruch erleiden, nimmt das Risiko bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr um das Siebenfache zu. Grund dafür ist eine geringere Knochendichte nach den Wechseljahren, mit der ein höheres Sturzrisiko einhergeht. Auch die Gefahr für einen Bruch an der Hüfte oder am Oberschenkelhals steigt mit zunehmenden Alter: Die European Association of Orthopaedics and Traumatology erwartet, dass sich die Zahl der Brüche in diesem Bereich bis 2050 verdoppeln wird. „Um zu verhindern, dass immer mehr ältere Menschen durch eine Verletzung ihre Selbstständigkeit verlieren, brauchen wir bessere Methoden zur Früherkennung der Osteoporose und zur Sturzprophylaxe“, fordert Flechtenmacher.

Die Studie von AOK, BVOU und Partnern ist die bislang größte deutsche Analyse von Knie- und Unterschenkelverletzungen bei Männern und Frauen. „Die Ergebnisse zeigen, dass wir das Geschlecht unserer Patienten bei der Behandlung nicht mehr außer Acht lassen dürfen und an geschlechtsspezifischen Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationskonzepten arbeiten müssen“, betont Dr. med. Manfred Neubert, Kongresspräsident des DKOU 2016. Weitere Unterschiede zwischen Verletzungen bei Männern und Frauen diskutieren Orthopäden und Unfallchirurgen auf der heutigen Pressekonferenz.

## **Zurück in die Zukunft: orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung gestern – heute – morgen**

Professor Dr. med. Heiko Reichel, Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RKU

Das diesjährige Motto des DKOU lautet „Zurück in die Zukunft“ – und das nicht von ungefähr. Das Motto spiegelt den Spannungsbogen zwischen Tradition und Moderne in Orthopädie und Unfallchirurgie wider. Neue Implantate und Techniken, computergestützte Planungs- und Operationsverfahren entwickeln sich rasend weiter. Andererseits sollten altbewährte Methoden nicht in Vergessenheit geraten, sondern, wo immer sinnvoll, angewendet und weiterentwickelt werden. Die heutige Orthopädie und Unfallchirurgie basiert auf großen Traditionen gerade aus dem deutschsprachigen Raum. Stellvertretend seien die Prinzipien der konservativen Frakturbehandlung, die Sonografie der Säuglingshüfte oder das Konzept des femoroacetabulären Impingements genannt – alles entdeckt oder entwickelt durch deutschsprachige Orthopäden und Unfallchirurgen. Deren Innovationen, die Zusammenführung der ehemals getrennten Bereiche O & U zu einem gemeinsamen Fach und die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen wie zum Beispiel das Traumanetzwerk haben dazu beigetragen, dass heute die orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung in Deutschland weltweit als beispielhaft gilt.

Wie Innovationen von gestern die Behandlungsparadigmen von heute bereits verändert haben, lässt sich gut an einigen kinderorthopädischen Beispielen darstellen. So werden Klumpfüße, die noch vor zehn Jahren überwiegend operiert werden mussten, heute nahezu ausschließlich nach dem Ponseti-Prinzip konservativ behandelt. Kindliche Beinlängen- und Beinachsenabweichungen, die noch vor wenigen Jahren eine operative Korrektur durch Knochendurchtrennung erforderten, können heute mittels kleiner Klammern oder Plättchen wachstumslenkend ausgeglichen werden. Eine „Revolution“ gar hat die Einführung der Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte ausgelöst: Während früher kindliche Hüftfehlstellungen oft nur verspätet erkannt und behandelt werden konnten – sodass häufig lebenslanges Hinken und Früharthrosen resultierten –, können heute Hüftdysplasien unmittelbar nach der Geburt mittels Ultraschall sicher diagnostiziert und ohne Operation durch Nachreifung des Gelenkes im Sitz-Hock-Gips oder in einer Beuge-Spreiz-Schiene ausbehandelt werden. Operationen bei Kleinkindern mit Hüftverrenkung sind durch das flächendeckende Ultraschallscreening inzwischen zur absoluten Rarität geworden. Man kann davon ausgehen, dass die Zahl der notwendigen Hüftendoprothesen bei Patienten unter 50 Jahren zukünftig erheblich sinken wird, da mindestens 15 Prozent derzeit noch auf unbehandelte Hüftdysplasien zurückzuführen sind.

Die Anforderungen an O & U werden sich zukünftig durch den demografischen Wandel erheblich verändern. Erkrankungen und Verletzungen des muskuloskeletalen Systems liegen schon heute in allen Ländern der westlichen Welt in der Spitzengruppe. Zusätzlich kommen nun die geburtenstarken Jahrgänge von 1955 bis 1969, die sogenannten Babyboomer, langsam in die Jahre. Mit ihrem Älterwerden steigt der Bedarf an orthopädisch-unfallchirurgischer Versorgung kontinuierlich an, diese heute 50- bis 60-Jährigen stehen sinngemäß schon vor den Türen unserer Praxen und Kliniken. Interessant sind die Ergebnisse einer Studie des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsforschung (ZEGV) über die zukünftige Entwicklung der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgung: Bis 2050 wird es zu einem Anstieg an Arzt-Patienten-Kontakten wegen Arthrose (plus 18 Prozent), Osteoporose (plus 25 Prozent) und Frakturen großer Röhrenknochen (plus elf Prozent) kommen. Dies ist eng mit der Zunahme älterer Patienten über 65 Jahre assoziiert. O & U wird durch die alternde Bevölkerung in den nächsten Jahren eine erheblich ansteigende Versorgungslast zu tragen haben.

Wie die Studie auch zeigt, wird dieser Trend aber nicht dauerhaft anhalten: Schon ab 2040 wird sich der Bevölkerungsrückgang auch auf das Fach O & U auswirken. Es stellt sich die Frage, wie die vorübergehende Zunahme des Versorgungsbedarfs durch die Ärzte im Fach O & U abgedeckt werden kann und wie es danach weitergeht. Denn: Was machen Ärzte, die nach Abschluss ihres Studiums ab 2020 in den Beruf eintreten und bei einer über vierzigjährigen Berufstätigkeit ab dem Jahr 2040 auf eine langsam und ab 2050 auf eine deutlich abnehmende Bevölkerung treffen? In anderen europäischen Ländern wird deshalb bereits eine Bedarfsplanung praktiziert. So orientiert sich in den Niederlanden die Zahl der zur Weiterbildung für Orthopädie und orthopädische Chirurgie zugelassenen Assistenten an den zur Verfügung stehenden Weiterbildungsplätzen und dem Versorgungsbedarf. Beides wird regelmäßig durch eine unabhängige Stelle überprüft und vom Staat finanziell unterstützt. Die Weiterbildung von Fachärzten sollte in Deutschland zukünftig ebenfalls bedarfsgerecht gesteuert werden.

### **Literatur**

Petzold T, Haase E, Niethard FU, Schmitt J: Orthopädisch-unfallchirurgische Versorgung bis 2050. *Der Orthopäde* 45 (2016) 167-173.

Niethard FU: Bedarfsanalyse – Bedarfsplanung. *Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten*, Heft 1 (2016) 14-16.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2016)

## **Innovationen in O & U: Wie sieht der OP der Zukunft aus?**

Professor Dr. med. Florian Gebhard , Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Ulm

Der Kernort jeglicher chirurgischen Tätigkeit ist der Operationssaal. Hier werden, in unterschiedlicher Art und Weise für die verschiedenen operativen Disziplinen, die jeweils spezifischen chirurgischen Leistungen erbracht. Operationssäle sind grundsätzlich Räume, die hohe Anforderungen an Sterilität stellen und die Aufgabe haben, ein Umfeld vorzuhalten, das es den Chirurgen ermöglicht, optimal den Patienten zu behandeln. Zudem sind moderne Aspekte zu berücksichtigen wie Ergonomie, Lichtverhältnisse, Raumtemperatur, Luft-/Feuchtigkeitssteuerung und Ähnliches. Vor jedem chirurgischen Eingriff stehen heute eine Vielzahl bildgebender Verfahren zur Verfügung, die es in vielen komplexen Fällen dem Operateur ermöglichen, vor der Operation die wichtigsten Schritte und Manöver zu simulieren. Sozusagen eine virtuelle Operation durchzuführen vergleichbar einem „Flight Simulator“. Der Operationssaal wird sehr gerne verglichen mit dem Cockpit eines Flugzeugs. Checklisten sorgen vor dem Start beziehungsweise vor der Operation dafür, dass die notwendigen und wichtigen Maßnahmen ergriffen werden. In zunehmendem Maße wird die chirurgische Tätigkeit während der Operation beeinflusst durch sogenannte Unterstützungssysteme (enabling technologies). Dies sind technische, meist computerbasierte Lösungen für Geräte oder Visualisierungsprogramme, die den Chirurgen zusätzlich mit Daten informieren, die das operative Fortkommen verbessern oder sicherer gestalten können. Auch dies kann gut verglichen werden mit Flugunterstützungssystemen im Reiseflug. Während der Operation, sozusagen während des Fluges, liefern diese Systeme ständig Daten an den Chirurgen (Piloten ), damit er seine chirurgische Maßnahme präzise und schonend durchführen kann. Diese Systeme sind heute schon für verschiedene Teilaspekte/Teilschritte verschiedener Operationen verfügbar. Im Bereich O & U trifft das insbesondere für Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen zu. Die Herausforderung des OP der Zukunft besteht darin, diese sich in zunehmendem Maße entwickelnden technischen Möglichkeiten so zugänglich zu machen, dass sie nicht zusätzlich Probleme im Sinne von Datenmanagement und Daten-Handling für die Chirurgen bedeuten, sondern intuitive Unterstützung und Sicherheit bieten. Hier sind intelligente Systeme gefragt, die aufeinander abgestimmt sind und miteinander kommunizieren können und somit letztendlich die Gesamtheit eines OP-Saals darstellen und nicht ein Sammelsurium von Einzelapplikationen, ganz im Sinne eines Cockpits. Dieses Jahr wird auf dem DKOU vor allem die intraoperative muskuloskeletale Bildgebung im Zentrum stehen, die es dem Chirurgen ermöglicht, in dreidimensionalen Bildern zu operieren und damit genauer, präziser und weichteilschonender agieren zu können. Wichtige Entwicklungsschritte wurden hierzu in Ulm seit 2012 entwickelt.

Der perfekte OP der Zukunft wird sicherlich ein Projekt mit einem Horizont von zehn Jahren sein. Auch seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gibt es hier bereits Förderungen in diese Richtung. In den letzten vier Jahren hat das Forschungs- und Industriekonsortium OR.NET an Systemen für den vernetzten OP-Saal gearbeitet. Die Notwendigkeit der Bündelung von Informationen ist der Kern eines integrierten OPs der Zukunft, um die medizinische Versorgung im Gebiet der operativen Medizin zu verbessern. Wie rasch dies jedoch umgesetzt werden kann, hängt von den verschiedenen technischen Herausforderungen ab. Hier gilt es abzuwarten, wie rasch in Zukunft industrielle Standards geschaffen werden können, diese Systeme nahtlos innerhalb eines OP-Saals zu vernetzen, und wie diese von den Chirurgen angenommen werden.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2016)

## **Frauen sind anders: geschlechtsspezifische Unterschiede bei Erkrankungen und Verletzungen in O & U**

Dr. med. Manfred Neubert, Kongresspräsident DKOU 2016, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Sonneberger Orthopädiezentrum, Bremen

In den zurückliegenden Jahren ist zunehmend klar geworden, dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Häufigkeit gewisser Erkrankungen und Symptome hat und dass es nicht selten mit darüber entscheidet, wie gut eine Behandlung anspricht.

Das trifft auch auf einige orthopädische Erkrankungen zu. Bei der Kniearthrose ist das Geschlecht ein Risikofaktor. Welche Unterschiede gibt es bei den orthopädischen Erkrankungen zwischen Männern und Frauen?

### **Arthrose:**

- Frauen leiden häufiger unter Kniearthrose als Männer. In Deutschland hat nach Angaben des Robert Koch-Instituts in Berlin jede zweite Frau und jeder dritte Mann über 60 eine Arthrose (2).
- 65 Prozent der Patienten, die hierzulande mit einem Kunstgelenk versorgt werden, sind Frauen. Das zeigen die Zahlen aus dem neuen „Weißbuch Gelenkersatz“ (3).
- Frauen haben bei einer Kniearthrose vor und nach der Operation mehr Schmerzen als Männer (4).
- Frauen zeigen nach der Implantation einer Knieprothese mehr Einschränkungen bei der Funktion und der Lebensqualität und erholen sich schlechter (5). Allerdings lassen sich amerikanischen Untersuchungen zufolge Frauen oft später operieren als Männer, sodass ihre Arthrose weiter fortgeschritten ist.
- Bei Frauen wird der Knorpel im Knie viermal schneller abgebaut (6).
- Die vor knapp zehn Jahren eingeführte Knieprothese für Frauen, das sogenannte Frauen- oder Genderknie, erzielt keine besseren Ergebnisse als die Unisex-Prothesen. Das haben verschiedene Metaanalysen gezeigt (7).
- Nach einer kanadischen Untersuchung raten Ärzte Männern häufiger zu einer Operation als Frauen. Ob das in Deutschland auch so ist, ist bisher nicht untersucht worden (16).

### **Erkrankungen und Frakturen an der Hand:**

- 90 Prozent der Patienten mit einer Arthrose der Fingergelenke (Heberden-Arthrose) sind Frauen.
- Typisch für Frauen ist auch die Tendovaginitis de Quervain durch Überbeanspruchung des Daumens. Diese Erkrankung wird auch als Hausfrauendaumen bezeichnet. Es handelt sich dabei um eine Sehnenscheidenentzündung im ersten Strecksehnenfach des Handgelenks (1).
- Drei Viertel der Knochenbrüche an der Mittelhand entfallen allerdings auf die Männer. Sie brechen sich auch häufiger die Fingerknochen als Frauen (11).

### **Osteoporose:**

- Frauen leiden häufiger unter einer Osteoporose als Männer. Bei Männern wird diese Krankheit allerdings seltener diagnostiziert und behandelt (12). 16 Prozent der Frauen im Alter über 50 Jahre, aber nur vier Prozent der Männer in diesem Alter leiden an einer Osteoporose.

- Frauen brechen sich zwar häufiger den Schenkelhals wegen einer Osteoporose, sterben aber seltener daran als Männer. Für Männer ist das Risiko, im Jahr nach einer Schenkelhalsfraktur zu sterben, doppelt so hoch wie für Frauen (11).

### **Traumatische Verletzungen:**

Männer erleiden mehr traumatische Verletzungen als Frauen. Bei Frauen sind allerdings die Stressfrakturen im Erwachsenenalter häufiger.

### **Chronische Schmerzen:**

Das Schmerzempfinden ist bei Frauen ausgeprägter als bei Männern, unter den Patienten mit chronischen Schmerzen sind ebenfalls mehr Frauen als Männer.

Unterschiede gibt es auch bei der Narkose, der Wirkung der Medikamente und der Rehabilitation.

### **Was weiß man über die möglichen Ursachen für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede?**

Die genauen Ursachen sind nicht bekannt. Als mögliche Gründe werden anatomische Unterschiede bei den Knochen, Sehnen und Bändern genannt, Unterschiede bei der Knochenqualität sowie hormonelle oder genetische Faktoren.

- Anatomische Unterschiede kommen zum Beispiel bei der Kniearthrose und den Verletzungen des vorderen Kreuzbands in Betracht. Bei Frauen ist der Abstand zwischen den beiden Kondylen geringer als bei Männern. Das könnte ein Grund sein (13).
- Weil der Knorpel Rezeptoren für Östrogen enthält, ist auch untersucht worden, ob der Rückgang des weiblichen Geschlechtshormons nach der Menopause einen Einfluss auf die Inzidenz der Kniearthrose bei Frauen hat. Das scheint nicht der Fall zu sein. Eine Hormonersatztherapie bietet auch keinen nennenswerten Schutz vor Arthrose (15).
- Der Östrogen-Mangel nach der Menopause führt allerdings zur Osteoporose. Diese Krankheit gilt bei Frauen als Hauptursache für Knochenbrüche im Alter. Die bis vor einigen Jahren propagierte Östrogensersatztherapie zur Behandlung der Osteoporose bei Frauen nach der Menopause ist wegen eklatanter Nebenwirkungen allerdings verlassen worden (Brustkrebsrisiko).
- Männer haben von Anfang an 35 bis 42 Prozent mehr Knochenfläche als Frauen, allein wegen ihrer Körpergröße. Über die Zeit geht der innere, trabekuläre Knochen bei Männern und Frauen gleich schnell verloren, aber die kompakte Knochenhülle, der kortikale Knochen wird bei Frauen schneller resorbiert.

### **Instabilität des Knöchels:**

Frauen haben häufiger laxe Bänder an den Knöcheln als Männer. Nach einer Metaanalyse von Doherty verstauchen sich Frauen zweimal häufiger den Knöchel (9). Von den Schülern einer amerikanischen Highschool und den Studenten eines amerikanischen Colleges hatten mehr Frauen eine chronische Instabilität des Bandapparates am oberen Sprunggelenk als Männer (10).

### **Was bedeutet das für die Versorgung?**

Orthopäden sollten stärker für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede und ihre möglichen Konsequenzen sensibilisiert werden, um Frauen und Männer gleichberechtigt versorgen zu können. Allerdings ist die klinische Relevanz dieser Unterschiede nicht in allen Fällen klar.

In den Vereinigten Staaten ist das Thema geschlechtsspezifische Unterschiede bei Erkrankungen des Bewegungsapparates seit einigen Jahren auf der Agenda. Die „Centers for Disease Control and

Prevention“ und das National Institute of Health (NIH) haben Studien gesponsert, die zeigen, dass die Arthrose bei Männern und Frauen unterschiedlich häufig und unterschiedlich schwer ist. Die American Academy of Orthopaedic Surgeons macht sich für das Thema besonders stark. Dass es einen Einfluss des Geschlechts bei der Arthrose gibt, ist seit 1956 bekannt.

Vieles spricht dafür, dass in Zukunft immer mehr Frauen zu versorgen sein werden. Und zwar, weil sie eher eine Kniearthrose entwickeln als Männer und weil sie in Deutschland durchschnittlich fünf Jahre länger leben. Wenn Frauen tatsächlich schlechter mit einer Prothese zurechtkommen als Männer, hätte das Konsequenzen für die Rehabilitation und die Unabhängigkeit der Frauen. Es wäre vermutlich klug, diesen möglichen Zusammenhang durch eigene Versorgungsstudien zu klären. Die aktuelle Lebenserwartung für ein neugeborenes Mädchen beträgt in Deutschland derzeit 82 Jahre und zehn Monate, für einen neugeborenen Jungen 77 Jahre und neun Monate.

Das Geschlecht ist ein Risikofaktor für eine Kniearthrose, genauso wie die Adipositas. Es wäre wichtig zu wissen, warum Frauen eher eine Kniearthrose entwickeln als Männer. Nur wenn man die genauen Ursachen kennt, kann man diese Einflüsse bei der Prävention berücksichtigen. Hier ist mehr Forschung nötig.

#### Quelle:

- (1) Wolf JM et al: Male and Female Differences in Musculoskeletal Disease. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, (2015) 23:339-347.
- (2) www.rki.de
- (3) Weißbuch Gelenkersatz
- (4) Ritter MA et al. The clinical effect of gender on outcome of total knee arthroplasty. J. Arthroplasty, (2008) 23: 331-336.
- (5) Singh JA et al. Predictors of moderate-severe functional limitations after primary total knee arthroplasty (TKA): 4701 TKAs at 2-years and 2935 TKAs at 5-years. Osteoarthritis Cartilage (2010) 18:515-521.
- (6) Hanna FS et al. Women have increased rates of cartilage loss and progression of cartilage defects at the knee than men: A gender study of adults without clinical knee osteoarthritis. Menopause (2009) 16: 666-670
- (7) Johnson AJ. et al: Do we need gender-specific total joint arthroplasty? Clin Orthop Relat Res (2011) 469: 1852-1858.
- (8) Joseph AM et al. A multisport epidemiologic comparison of anterior cruciate ligament injuries in high school athletics. J. Athl. Train, (2013) 48: 810-817.
- (9) Doherty C. et al: The incidence and prevalence of ankle sprain injury: A systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies. Sports Med. (2014) 44:123-140.
- (10) Tanen L. et al.: Prevalence of chronic ankle instability in high school and division I athletes. Foot Ankel Spec (2014)7: 37-44
- (11) Men vs. Women, did you know the differences extend down to their bone & joints? www.OrthoInfo.org
- (12) Cawthon PM: Gender differences in osteoporosis and fractures- Clin Orthop.Relat Res. (2011) 469: 1900-1905.
- (13) Souryal TO et al. Intercondylar notch size and anterior cruciate ligament injuries in athletes: A prospective study. Am J Sports Med. (1993) 21:535-539.
- (14) Riggs BL et al. Population based analysis of the relationship of whole bone strength indices and fall related loads to age- and sex-specific patterns of hip and wrist fractures. J bone Miner Res (2006), 21:315-323.
- (15) Cirillo DJ et al. Effect of hormone therapy on risk of hip and knee joint replacement in the Women's Health Initiative. Arthritis Rheum (2006) 54: 3194-3204
- (16) Borkhoff CM et al. The effect of patient's sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. CMAJ (2008) 178:681-687.
- (17) Srikanth VK et al. A meta-analysis of sex differences prevalence, incidence and severity of osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage; (2005) 13, 769-781.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2016)

## **Frauen sind anders: geschlechtsspezifische Unterschiede bei Erkrankungen und Verletzungen in O & U**

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

Eine gemeinsame Studie der AOK Baden-Württemberg und des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) zu Knieverletzungen zeigt, dass die Verletzungszahlen für Frauen in den vergangenen Jahren stärker gestiegen sind als die für Männer. Frauen haben häufiger Rückenschmerzen, Rheuma und Kniearthrose, mehr Schmerzen und profitieren weniger von einem neuen Gelenk. Männer brechen sich seltener den Schenkelhals, sterben aber eher an den Folgen.

Obwohl wir Tag für Tag sehen, wer uns aufsucht und mit welchen Beschwerden, ist der Einfluss des Geschlechtes in Orthopädie und Unfallchirurgie bisher fast nur achselzuckend zur Kenntnis genommen worden. Was sollte man denn am Geschlecht auch ändern können? Ich möchte Ihnen anhand der von der AOK Baden-Württemberg und dem BVOU erhobenen Verletzungszahlen für das Knie in einem großen deutschen Bundesland zeigen, wie relevant die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Unfällen sind und dass wir gut daran täten, möglichst schnell alters- und geschlechtsadaptierte Präventionssysteme zu entwickeln und diese auch zu implementieren. Wenn wir nichts tun, ändert sich nämlich auch nichts. Weil viele Unfälle mit riskantem Sport zu tun haben, brauchen wir auch dringend eine bessere Aufklärung über riskantes Sportverhalten. Weder Frauen noch Männer sollten sich zu einer sportlichen Aktivität drängen lassen, für die sie nicht entsprechend vorbereitet sind.

### **Wie sah unsere Studie aus?**

Wir haben zwischen 2008 und 2013 pseudonymisierte und damit rein fallbezogene Daten von 3,8 Millionen Versicherten der AOK Baden-Württemberg (BW) ausgewertet. Ich präsentiere Ihnen Daten für Kniebandverletzungen, für Meniskusrisse und für Knochenbrüche am Knie. Bevor ich zu den einzelnen Verletzungen komme, zwei Bemerkungen vorweg. Erstens: Verletzungen sind häufig! Von den Versicherten der AOK BW war 2013 jeder Zehnte wegen einer Verletzung in ärztlicher Behandlung. Die Verletzungen an Kniegelenk und Unterschenkel standen nach den Verletzungen am Kopf, an der Hand und am Fuß mit knapp 14 Prozent auf Platz vier. Wir reden hier also nicht über Marginalien. Zweitens: Die Zahl der Knieverletzungen nimmt seit Jahren zu, vor allem bei den Frauen. Zwischen 2008 und 2013 stieg die altersstandardisierte Inzidenzrate für Frauen um 9,7 Prozent, für Männer um 4,6 Prozent – das ist ein Unterschied von fünf Prozent.

### **Beginnen wir mit den Kniebandverletzungen:**

Kniebandverletzungen treten vor allem bei jungen Männern auf. Beim „starken Geschlecht“ kommen 284 Verletzungen auf 100 000 Einwohner, bei Frauen 152 Verletzungen auf 100 000 Einwohner. Zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr verletzen sich Männer 3,2 Mal häufiger an den Kniebändern als Frauen. Aber: Bei Frauen sind die Kniebandverletzungen in den vergangenen Jahren mit 19,8 Prozent stärker gestiegen als bei Männern mit zehn Prozent. Bei den jüngeren Frauen ist dieser Anstieg noch deutlicher. Zwischen 2008 und 2013 stieg die Inzidenz bei den 20- bis 24-jährigen Frauen und den 45- bis 49-jährigen Frauen um 46,2 Prozent beziehungsweise 49,2 Prozent. Jüngere Frauen verhalten sich also seit Jahren so, dass sie sich zunehmend an den Kniebändern verletzen. Wir wissen aus der Literatur, dass das vordere Kreuzband für Frauen ein vulnerabler Punkt ist. Frauen verletzen sich dort zwei- bis achtmal häufiger als Männer. Hier kann neuromuskuläres Training hilfreich sein. Wir müssen die Frauen aber darauf aufmerksam machen. Schwedische Wissenschaftler haben zum Beispiel ein Fünf-Punkte-Programm entwickelt, das sich auch in Deutschland implementieren ließe.

Und noch etwas ist bei den Kniebandverletzungen im Hinblick auf das Geschlecht interessant. Im ersten Quartal – also dann, wenn alle Skifahren gehen – war die Inzidenz für Frauen um 28,5 Prozent höher als im Jahresmittelwert. Frauen verletzen sich also offensichtlich häufig beim Skifahren.

### **Nun zum Meniskusriss:**

Meniskusrisse treten bei beiden Geschlechtern vor allem in der zweiten Lebenshälfte auf und sind dann auch nicht selten degenerativ bedingt, also nicht unmittelbar Folge einer Verletzung. Bei Männern kommen 336 Meniskusrisse auf 100 000 Einwohner, bei den Frauen 244 auf 100 000 Einwohner. Bei Männern gibt es einen Altersgipfel zwischen 15 und 30 Jahren. Das sind Sportverletzungen. Zwischen 55 und 59 Jahren ist die Zahl der Meniskusrisse bei beiden Geschlechtern ähnlich.

### **Zu den knienahen Frakturen:**

Absolut gesehen liegen beide Geschlechter gleichauf. Die altersstandardisierte Inzidenz für Männer beträgt 78,6 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner, für Frauen 70,4 Erkrankungen pro 100 000 Einwohner. Während sich die Männer in jedem Alter gleich häufig einen Knochenbruch am Knie zuziehen, schnellte die Verletzungszahl für Frauen mit dem 50. Lebensjahr um das Siebenfache nach oben. Das hat mit der Osteoporose und der verminderten Bruchfestigkeit der Knochen nach der Menopause zu tun. Das unterstreicht die Bedeutung der Sturzprophylaxe und der Osteoporose-Prävention. Die Zahl der knienahen Frakturen ist zwischen 2008 und 2013 für Frauen auch insgesamt um 9,7 Prozent gestiegen, für Männer um 5,7 Prozent.

### **Was lernen wir daraus?**

Während die von Berufsgenossenschaften und sonstigen Unfallversicherungsträgern erfassten Wege- und Arbeitsunfälle durch Umsetzung präventiver Maßnahmen deutlich gesunken sind, zeigt unsere Studie, dass die Kniegelenkverletzungen im privaten Bereich deutlich zugenommen haben, insbesondere bei den Frauen. Es gibt zwei Altersgipfel für Verletzungen. Männer verletzen sich eher früher im Leben, Frauen später. Die Jungen verletzen sich zumeist beim Sport, die Älteren bei einem Sturz. Beides verweist auf wichtige Handlungsfelder: Bei den Jüngeren gilt es, ein Bewusstsein für einen gesunden Sport zu schaffen. Falscher Ehrgeiz, Risikosportarten, mangelndes Training begünstigen Verletzungen. Hier sind Aufklärung sowie alters- und geschlechtsspezifische Trainingsmethoden geboten. Der zweite Altersgipfel verweist auf das höhere Sturzrisiko älterer Menschen, vor allem der Frauen. Dabei verletzen sie sich nicht nur am Knie und am Sprunggelenk, sondern auch an der Hüfte und am Oberschenkelhals. Die „European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology „(EFORT) geht davon aus, dass sich die Zahl der Frakturen an Hüfte und Oberschenkelhals bis 2050 gegenüber den heutigen Zahlen verdoppeln wird. Die Daten aus unserer Studie beziffern erstmals die Verletzungsinzidenzen am Knie für eine Kohorte von 3,8 Millionen Versicherten in Deutschland. Eine so große Kohorte ist für diese Indikation noch nie in den Blick genommen worden. Unsere Daten zeigen auch, welche ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen dafür in Anspruch genommen worden sind und dass eine alters- und geschlechtsadaptierte Prävention sowie eine vermehrte Aufklärung geboten sind.

Dafür sollten wir an neuen Konzepten arbeiten, die Behandlung weiterentwickeln und die Rehabilitation stärken. Wir brauchen auch Parameter, um Risikopatienten frühzeitig zu identifizieren, und eine Analyse der Kosten und des Nutzens. Es ist an der Zeit, dass auf diesem Gebiet etwas geschieht.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2016)

## **Auf Nummer sicher: Welche Herausforderungen stellen sich in der Infektionsprophylaxe für O & U?**

Professor Dr. med. Heike von Baum, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene im Universitätsklinikum Ulm, Sektion Klinikhygiene, Ulm

Wurden noch vor wenigen Jahrzehnten Patienten mit schweren Grundleiden, chronischen Erkrankungen oder sehr hohem Alter kategorisch als „inoperabel“ erklärt, so ist die operative Medizin heute in der Lage, auch sogenannte Hochrisikopatienten auf höchstem Standard zu versorgen. Während die technischen Probleme sozusagen im Griff sind, bringen viele dieser Patienten aufgrund ihrer Grund- und Begleiterkrankungen ein erhöhtes Infektionsrisiko mit. Ein Beispiel hierfür sind Wundheilungsstörungen bei Patienten mit schwerem Diabetes oder bei Personen, die regelmäßig Cortisonpräparate einnehmen. Die Herausforderung für die Infektionsprophylaxe besteht darin, Patienten mit sogenannten Risikofaktoren für eine spätere Infektion zu identifizieren und Gegenmaßnahmen einzuleiten. Das heißt, der Blutzucker beim Diabetiker sollte gut eingestellt sein, der Zigarettenkonsum vor der Operation reduziert werden und eine Besiedelung mit möglichen Problemkeimen, wie beispielsweise dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA), bereits bei der Aufnahme ins Krankenhaus erkannt werden.

Bei der ambulanten Vorstellung oder stationären Aufnahme wird in vielen Kliniken ein sogenanntes Aufnahmescreening der Patienten auf das Vorliegen multiresistenter Erreger durchgeführt. Im Zuge dessen werden mithilfe von Wattetupfern Nase und gegebenenfalls Rachen und Schamregion abgestrichen. Wird ein multiresistenter Erreger festgestellt, so ergeben sich hieraus möglicherweise Konsequenzen. In solchen Fällen werden Patienten möglicherweise im Einzelzimmer untergebracht und Mitarbeiter sowie Besucher müssen Schutzkleidung tragen. Weiterhin kommen Strategien zur vollständigen Entfernung eines Krankheitserregers oder zumindest einer Keimzahlverringerung infrage. Hierzu gehören die Applikation von antibakteriellen Substanzen in die Nase oder die Ganzkörperwaschung mit Antiseptika. Alle diese Maßnahmen beinhalten einen höheren personellen und logistischen Aufwand für die Kliniken.

Lohnt sich das? Wenn wir den bekanntesten multiresistenten Erreger betrachten, den schon erwähnten MRSA, so zeigte sich, dass die Anzahl der schweren Infektionen mit MRSA in den letzten Jahren zurückging, gleichzeitig war ein stetiger Anstieg der Screening-Untersuchungen auf MRSA zu verzeichnen. Ein Zusammenhang scheint plausibel; nämlich, dass bei frühzeitigem Erkennen einer Besiedelung mit dem Erreger Gegenmaßnahmen eingeleitet werden können, die eine Weiterverbreitung im Krankenhaus einschränken. Ein weiterer Aspekt ist die passgerechte antibiotische Therapie des Patienten.

Weniger positiv sieht es leider bei den sogenannten gramnegativen Erregern aus, zu denen Bakterien des Darmtraktes und sogenannte Pfützenkeime gehören. Dabei handelt es sich um Keime, die sich auch mit geringem Nährstoffangebot vor allem in feuchten Umgebungen vermehren. Bei diesen Erregern ist ein stetiger Anstieg zu beobachten. Demgegenüber gibt es kaum neue Antibiotika – auch nicht in der Entwicklung –, die bei Multiresistenz gezielt diese Bakteriengruppen angreifen könnten. „Zurück in die Zukunft“ bedeutet daher für die Infektionsprophylaxe auch eine Rückbesinnung und Stärkung der sogenannten Basishygiene, also beispielsweise die sorgfältige Händedesinfektion und hygienisch tadelloses Arbeiten. In diese gängigen Präventionskonzepte sollte der Patient als aktiver Partner zunehmend einbezogen werden – auch das ist zukunftsweisend.

*Es gilt das gesprochene Wort!*  
(Berlin, Oktober 2016)

## Curriculum Vitae

Universitätsprofessor Dr. med. Heiko Reichel  
Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),  
Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik am RKU Ulm

\* 1960



### 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, wie AKH Wien, Mayo Clinic Rochester, Massachusetts 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 und Unfallchirurgen
2009	Tagungspräsident der Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie
Seit 2008	Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)
2015	Präsident der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

2016                      Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

**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

## Curriculum Vitae

Universitätsprofessor Dr. med. Florian Gebhard  
Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Ulm



\* 1960

### Beruflicher Werdegang:

1979–1985	Studium der Humanmedizin, LMU München
1985	Approbation als Arzt
1985	Promotion, Ludwigs-Maximilian-Universität (LMU) München
12/1985–02/1987	Stabsarzt und Taucherarzt, Pionier-Lehrbataillon München
02/1987–09/1989	Bundeswehr-Zentralkrankenhaus Koblenz, Abteilung für Unfallchirurgie/Verbrennungsmedizin (Dr. L. Klammer)
1988	Bereichsbezeichnung Sportmedizin
10/1989–06/1993	Bundeswehrkrankenhaus Ulm, Chirurgische Abteilung (Professor Dr. W. Hartel)
1993	Facharztanerkennung Chirurgie
07/1993–06/1996	Universität Ulm, Abteilung für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Professor Dr. L. Kinzl)
1995	Facharztanerkennung Unfallchirurgie
1995	Bereichsbezeichnung Handchirurgie
07/1996–09/1996	Universität Freiburg, Abteilung für Unfallchirurgie (Professor Dr. E. H. Kuner)
10/1996–12/2006	Universität Ulm, Abteilung für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Professor Dr. L. Kinzl)
1998	Habilitation, Erteilung der Lehrbefugnis durch die Medizinische Fakultät der Universität Ulm im Fach Chirurgie
2001	Europäisches Facharztexamen (EBSQ Traumatology)
2003	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
2003	Außerplanmäßiger Professor, Universität Ulm
2006	Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2007	Arzt für spezielle operative Unfallchirurgie
Seit 01/2007	Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, W3-Professur für Unfallchirurgie
01.10.2010	Prodekan Medizinische Fakultät

**Auszeichnungen:**

- Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes 1979–1985
- Posterpreis CAOS
- Posterpreis DGU

**Journale und Gesellschaften:**

- Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (2006–2008)
- Mitglied des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Stellvertretender Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Rechnergestütztes Operieren der DGU
- Editorial Board Langenbeck's Archives of Surgery
- Mitglied des Beirates der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“
- Editorial Board AOTS

**Gutachtertätigkeit**

- Deutsche Forschungsgemeinschaft
- Zeitschriften: Der Unfallchirurg, Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie, European Journal of Trauma, Langenbecks Arch Surg, Clin Orthop, JORES und andere

**Forschungsschwerpunkte:**

- systemische inflammatorische Wirkung des stumpfen Thoraxtrauma
- computer-assistierte OP-Techniken in der Unfallchirurgie
- Versorgungsforschung osteoporotischer Frakturen

## Curriculum Vitae

Dr. med. Manfred Neubert  
Kongress-Präsident DKOU 2016, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Sonneberger Orthopädiezentrum, Bremen

\*1952



### Beruflicher Werdegang:

1971–1978 Studium der Humanmedizin, Christian-Albrechts-Universität Kiel  
1979–1986 Facharztweiterbildung Chirurgie (DRK- Anschar Krankenhaus Kiel, Friedrich Ebert Krankenhaus Neumünster, Klinikum Bremen Mitte)  
1980/81 Stabsarzt bei der Bundeswehr  
1986–1988 Weiterbildung Unfallchirurgie und Oberarztstätigkeit Klinikum Bremen Mitte  
1988–1993 Oberarzt Sportklinik Stuttgart und Orthopädische Klinik Langen-Debstedt  
Seit 1993 Niedergelassen in Orthopädischer Gemeinschaftspraxis mit Beleg-/Konsiliararztstätigkeit Paracelsus Klinik Bremen

### Qualifikationen/Ernennungen:

1980 Promotion  
1986 Facharztanerkennung Chirurgie  
1987 Teilgebietsanerkennung Unfallchirurgie  
1989 Zusatzbezeichnung Sportmedizin  
1992 Facharztanerkennung Orthopädie, Zusatzbezeichnung Chirotherapie  
1997 Anerkennung der Fakultativen Weiterbildung, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Internationale Weiterbildungen in England und den USA u. a. Podiatry Institute Atlanta

### Auszeichnungen/Funktionen in Fachgesellschaften:

1990 AGA Instruktor  
2001 Zertifikat der GFFC  
Seit 2004 Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Bremen  
Seit 2004 Obmann des BVOU Bremen  
Seit 2000 Tätigkeit in verschiedenen Gremien von KV und Ärztekammer in Bremen  
Vorsitzender Ausschuss ambulantes Operieren de KV HB

### Mitgliedschaften in Fachgesellschaften:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

*Kongress-Pressekonferenz zur Eröffnung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)  
Dienstag, 25. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA)

Deutsche Vereinigung Schulter- und Ellenbogenchirurgie

Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie

Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin

Deutscher Sportärztebund

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

## Curriculum Vitae

Dr. med. Johannes Flechtenmacher  
Präsident des 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 nichtbakteriellen 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 Orthopaedics 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 Orthopaedic Research Society (ORS)
- Ab 1993 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- Ab 1993 Deutsche Gesellschaft für Bindegewebforschung
- Ab 1996 Berufsverband der Ärzte für Orthopädie

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Heike von Baum, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene im  
Universitätsklinikum Ulm, Sektion Klinikhygiene, Ulm

### **Beruflicher Werdegang:**

	Medizinstudium und Facharztweiterbildung, Universitätsklinikum Heidelberg; Fellowship Department of Internal Medicine, Commonwealth University of Virginia, Richmond, USA
1996	Anerkennung als Fachärztin für Innere Medizin
2002	Anerkennung als Fachärztin für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
2003	Anerkennung als Infektiologin / Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI)
2005	Habilitation für das Gebiet Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Universität Ulm
Seit 2002	Leiterin der Sektion Klinikhygiene, Universitätsklinikum Ulm
2002–2012	Leiterin der Central Study Unit des Kompetenznetzwerkes CAPNETZ
Seit 2011	Mitglied der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch Institut



## **Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2016**

**Termin:** Mittwoch, 26. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Choosing Wisely – Gemeinsam klug entscheiden in O & U**

### **Themen und Referenten:**

#### **Indikationsqualität vor Behandlungsqualität:**

##### **Gemeinsam klug entscheiden in der Medizin**

*Dr. med. Manfred Neubert*

Kongress-Präsident DKOU 2016, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU),  
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Sonneberger Orthopädiezentrum, Bremen

#### **Was bedeutet „Gemeinsam klug entscheiden“ in O & U?**

*Professor Dr. med. Uwe Niethard*

Ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie  
(DGOOC), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

#### **Ein Wort sagt mehr als 1000 Bilder: Wie sieht kluge Diagnostik und Therapie bei Rückenschmerz aus?**

*Professor Dr. med. Bernd Kladny*

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

#### **Wann ist die OP sinnvoll? Individuelle Therapieentscheidungen in der Wirbelsäulenchirurgie**

*Professor Dr. med. Frank Kandziora*

Vorsitzender der Sektion Wirbelsäule der DGOU, Chefarzt am Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und  
Neurotraumatologie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main

#### **Gemeinsam klug entscheiden – mit dem Patienten**

*Ursula Helms*

Geschäftsführung NAKOS – Nationale Kontakt-Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung  
von Selbsthilfegruppen, Berlin

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2016, Stuttgart

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

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

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## **Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2016**

**Termin:** Donnerstag, 27. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Trauma rasch, wirkungsvoll und nachhaltig versorgen**

### **Themen und Referenten:**

#### **Die Feuerwehr der Medizin: Notfallversorgung darf sich nicht rechnen müssen**

*Professor Dr. med. Florian Gebhard*

Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU),  
Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und  
Wiederherstellungschirurgie, Ulm

#### **Schwerstverletzte optimal versorgen: Neue S3-Leitlinie Polytrauma**

*Professor Dr. med. Bertil Bouillon*

Schatzmeister der DGU, Vorstand Berufsverband Deutscher Chirurgen Nordrhein (BDC-Nordrhein),  
Seminarleiter DEGUM, Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie  
Köln-Merheim, Kliniken der Stadt Köln  
Inhaber des Lehrstuhl Unfallchirurgie und Orthopädie der Universität Witten/Herdecke

#### **Mehr als ein Notfall: Der Mensch im Mittelpunkt der Traumaforschung**

*Professor Dr. Anita Ignatius*

Direktorin des Instituts für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik  
Universitätsklinikum Ulm

*Professor Dr. med. Jörg Fegert*

Ärztlicher Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Ulm

#### **Alt, immobil, pflegebedürftig? Nach dem Trauma zurück ins Leben**

*Professor Dr. med. Ulrich Liener*

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Alterstraumatologie der DGU, Ärztlicher Direktor der Klinik  
für Orthopädie und Unfallchirurgie am Marienhospital Stuttgart

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2016, Stuttgart

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

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

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## **Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2016**

**Termin:** Freitag, 28. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

## **Forschen, fördern, versorgen: Highlights vom DKOU 2016**

### **Themen und Referenten:**

#### **Interpersonelle Kompetenz entscheidet über den Behandlungserfolg: Erste Erfahrungen aus O & U**

*Professor Dr. med. Florian Gebhard*

Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Ärztlicher Direktor Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Ulm

*Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Generalsekretär der DGU, Ärztlicher Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie der BGU Frankfurt am Main

#### **Gelenkerhalt vor Gelenkersatz: Gelenkfunktionen wirkungsvoll erhalten**

*Professor Dr. med. Heiko Reichel*

Kongresspräsident des DKOU 2016, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm am RRU

#### **Leben ist Bewegung – schmerzfrei mobil bleiben**

*Dr. med. Manfred Neubert*

Kongress-Präsident DKOU 2016, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Sonneberger Orthopädiezentrum, Bremen

#### **Nachwuchs fördern, Forschung vorantreiben: Forschungshighlights vom DKOU 2016**

*Dr. rer. nat. Melanie Haffner-Luntzer*

Preisträgerin der DGOU, Institut für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik, Universitätsklinikum Ulm

**Moderation:** Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2016, Stuttgart

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

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

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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



## Bestellformular Fotos:

### **Pressekonferenz zur Eröffnung des DKOU 2016**

#### **Zurück in die Zukunft**

**Termin:** Dienstag, 25. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

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

- Professor Dr. med. Heiko Reichel
- Professor Dr. med. Florian Gebhard
- Dr. med. Manfred Neubert
- Dr. med. Johannes Flechtenmacher
- Professor Dr. med. Heike von Baum

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

**Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.**

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

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

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

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