



Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2015

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

Fit und mobil im Alter – O und U machen es möglich

Themen und Referenten:

Reha vor Pflege: wie Patienten nach einem Eingriff wieder fit werden

Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

Kongress-Präsident DKOU 2015, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e. V., Chefarzt an der Theresienklinik Bad Krozingen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Akupunktur, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Sportmedizin

Vermeidung von Kniegelenkproblemen: aktuelle Zahlen und Vorbeugung

Dr. med. Sabine Knapstein

Fachärztin/ Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement, Ernährungsmedizin, WB Sportmedizin, Referatsleiterin med. Qualitätsförderung & Arztkommunikation, AOK Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement

Osteoporose: altersadaptiertes Kraft-Ausdauertraining mit Osteoporose-Patienten

Universitäts-Professor Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer

Vizepräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V., Professor für Orthopädie und Unfallchirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Centrum für Sportwissenschaften und Sportmedizin; Ärztlicher Direktor und Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Medical Park Berlin Humboldtmühle; Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische Medizin, Chirotherapie, Sozialmedizin, Rettungsmedizin Osteologie (DVO), Gesundheitsökonom (ebs)

Heilen mit den Händen – bei welchen Volkskrankheiten hilft die Manuelle Medizin?

Dr. med. Hermann Locher

Leiter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC); Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tettang

Adipositas und ihre Auswirkung auf O und U

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

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

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2015, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart
Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167
giesselmann@medizinkommunikation.org
www.dkou.de

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Pressekonferenz des DKOU 2015

Fit und mobil im Alter – O und U machen es möglich

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

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*

Pressekontakt für Rückfragen:
Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
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



Fallpauschalen liefern falsche Anreize Kliniken entlassen Patienten immer früher in die Reha

Berlin, 22. Oktober 2015 – Akut-Kliniken verlegen ihre Patienten nach einer Operation aus Kostengründen immer früher in Rehabilitations-Kliniken. Diese versorgen die Neuankömmlinge mit Schmerzmitteln und Antibiotika und übernehmen mit dem Wundmanagement zunehmend Aufgaben analog zum Krankenhaus. In Einzelfällen werden Patienten in Abstimmung zwischen Operateur und Reha-Mediziner auch zurück in die Klinik geschickt, wenn Komplikationen den Reha-Erfolg gefährden. Die Rahmenbedingungen für Reha-Leistungen bedürfen daher dringend einer Neuordnung, fordern Experten im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), der vom 20. bis 23. Oktober in Berlin stattfindet.

Jede dritte genehmigte Reha-Maßnahme bezieht sich auf orthopädische Erkrankungen, etwa um Schmerzen nach einer Rücken-, Schulter-, Hüft- oder Knieoperation zu mindern. „Für viele Senioren ist eine Reha die einzige Chance, in ihr altes Leben zurückzukehren“, so Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt, einer der Kongresspräsidenten des DKOU 2015. Und nicht nur der Patient profitiert davon: Einer Studie des Prognos-Instituts zufolge erhält die Volkswirtschaft für jeden in die Rehabilitation investierten Euro fünf Euro zurück.

Bedingt durch das deutsche Gesundheitssystem kämpfen Reha-Einrichtungen jedoch zunehmend mit Problemen. „Immer häufiger entlassen Akut-Kliniken ihre Patienten zu früh“, warnt Hesselschwerdt. Besonders häufig handele es sich dabei um betagte Patienten, die ein neues Hüft- oder Kniegelenk bekommen haben. Ihr durchschnittlicher Aufenthalt in der Akut-Klinik hat sich zwischen 2003 und 2011 um etwa fünf Tage reduziert. Dieser Trend setzt sich fort, wie aktuelle Zahlen des Barmer GEK Krankenhausreports 2015 zeigen.

Den falschen Anreiz für die frühe Klinikentlassung schaffen nach Meinung der Orthopäden und Unfallchirurgen die Fallpauschalen, nach denen Klinikleistungen vergütet werden. Die Konsequenzen tragen die Patienten und Reha-Kliniken: „Etwa jeder vierte Patient benötigt ein umfangreiches medizinisches Monitoring in engem Austausch mit dem Operateur. Vereinzelt sind auch Rückverlegungen bei Komplikationen notwendig“, sagt Hesselschwerdt, Chefarzt der Theresienklinik in Bad Krozingen, einer Reha-Klinik. „Auf diesen erhöhten medizinischen und pflegerischen Aufwand sind wir eingestellt, er wird jedoch nicht in den Reha-Sätzen abgebildet“, kritisiert Hesselschwerdt und fordert verbindliche Kriterien zur Festlegung der Reha-Fähigkeit frisch operierter



Patienten: „Wir brauchen einen Index, der den Zustand der Patienten erfasst und der an einen bestimmten Reha-Satz gekoppelt ist, analog dem neurologischen Phasenmodell.“

2012 haben die Krankenkassen in Deutschland etwas mehr als eine Million medizinische Reha-Maßnahmen finanziert, knapp 700.000 Anträge wurden abgelehnt. Die Kassen geben nur 2,9 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Rehabilitations-Leistungen aus – ein Zehntel der Kosten, die sie für Krankenhausbehandlungen ausgeben. „Ein unausgeglichenes Verhältnis“, finden die DKOU-Präsidenten. „Vor allem wenn man bedenkt, dass wir in der Reha einmalig etwa 4.000 Euro benötigen, um einen älteren Patienten wieder fit zu bekommen, wohingegen ein Jahr stationäre Pflege 40.000 Euro kostet.“

Wie Orthopäden und Unfallchirurgen bessere Rahmenbedingungen für die Rehabilitation schaffen wollen, diskutieren die Experten anlässlich des DKOU 2015 in Berlin, der vom Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) ausgerichtet wird.

Quellen:

„Reha vor Pflege!“ physiopraxis; Ausgabe 04, 2015

W. von Eiff et al. „REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation“
Rehabilitation 2011; 50(4): 214–221

[Barmer GEK Report Krankenhaus 2015](#)

[Prognos Deutschland Report 2020 | 2030 | 2040](#)

Terminhinweis:

Vortrag auf dem DKOU 2015

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2015, 14.30 bis 16.00 Uhr, Raum London 3

Physiotherapie: „Fast track recovery – Akut Reha und Reintegration“

Weitere Informationen:

Das Phasenmodell der Neuro-Rehabilitation in Deutschland

<http://www.bv-neurologe.de/themen-bdn/rehabilitation-bdn.html>



Arbeit mit den Händen gegen chronische Schmerzen Manuelle Medizin kann umfangreiche Diagnostik und Medikamente ersparen

Berlin, 22. Oktober 2015 – Bei jedem zweiten Patienten mit Schmerzen am Bewegungsorgan können Orthopäden und Unfallchirurgen keine strukturelle Ursache finden. Ihnen soll die Manuelle Medizin, die auch die Osteopathie beinhaltet, helfen. Bisher kommt das alternative Verfahren, bei denen der Arzt ausschließlich mit den Händen behandelt, vor allem bei Kreuzschmerzen zum Einsatz. Experten zufolge könnten weit mehr Schmerzpatienten davon profitieren. Ihnen bleiben zudem aufwendige Diagnosemethoden wie etwa Röntgen- und Kernspinnuntersuchungen erspart. Bei welchen Beschwerden die ärztliche Handgrifftechnik nachweislich hilft, erörtern Experten auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU).

Chronische Schmerzen an Muskeln und Skelett sind der häufigste Grund für Arbeitsausfälle. Allein die Diagnose Rückenschmerz verursacht laut Angaben der Techniker Krankenkasse bis zu 40 Millionen Fehltagen im Jahr. Bei der Hälfte der Patienten mit Schmerzen am Bewegungsorgan liegt jedoch keine strukturelle Ursache vor – wie zum Beispiel ein eingeklemmter Wirbel oder ein Bandscheibenvorfall.

„Mithilfe spezieller Handgriffe, die sich an der Neurophysiologie des Körpers orientieren, erkennt der ausgebildete Orthopäde die eigentliche Ursache“, erklärt Dr. med. Hermann Locher, Leiter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Oft handele es sich um übertragene Schmerzen aus Fehlfunktionen der Wirbelsäule oder Blockaden des Gewebenetzes, das alle Knochen, Muskeln und inneren Organe verbindet. „Diese Funktionsstörungen können manuell aufgelöst werden“, so Locher, der allein in den letzten 30 Jahren bereits mehr als 50.000 Rückenschmerzpatienten behandelt hat. Aufwendige Untersuchungen wie etwa ein Herzkatheter, eine Angiografie oder Röntgen würden in manchen Fällen dadurch unnötig. „Auch Schmerzmedikamente, Muskelrelaxanzien oder Psychopharmaka können so eingespart werden“, sagt Locher.

Auslöser der Blockierungen seien häufig eine Überbelastung beim Sport oder Bewegungsmangel durch überwiegend sitzende Tätigkeit. Aber auch psychosoziale Faktoren wie Stress oder Konflikte können zur Schmerzquelle werden. „Deswegen ist es wichtig, dass wir den Menschen als Ganzes betrachten und seine Lebenssituation in die Behandlung miteinbeziehen“, betont Locher.



Die Manuelle Medizin ist ein fester Bestandteil in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Mehr als die Hälfte der Orthopäden und Unfallchirurgen absolvieren zudem eine Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“. Niedergelassene Orthopäden wenden die Methode bei jedem dritten Patienten an. „Weniger häufig findet die Manuelle Medizin derzeit noch in den anderen Fächern wie etwa der Allgemeinmedizin oder der Kinderheilkunde Anwendung“, so Locher.

Die nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz empfiehlt die Manuelle Medizin bereits bei nicht spezifischen, akuten wie auch bei chronischen Kreuzschmerzen. Auch in den Leitlinien zu Kopf- und Brustschmerztherapie ist die Manuelle Medizin verankert. „Es wäre wünschenswert, die Manuelle Medizin und somit auch die Osteopathie in weitere Leitlinien mitaufzunehmen – vor allem die, die Schmerzen am Bewegungsorgan betreffen“, so Locher. Denn zahlreiche Funktionsstörungen im Kopfbereich könnten ebenfalls manuell therapiert werden, beispielsweise Gleichgewichtsstörungen oder Schluckstörungen.

Bei welchen Krankheiten die Manuelle Medizin nachweislich hilft und auch präventiv eingesetzt werden sollte, diskutieren Orthopäden und Unfallchirurgen anlässlich des DKOU 2015 in Berlin, der von der DGOOC, der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ausgerichtet wird.

Terminhinweis:

Vortrag auf dem DKOU 2015

Termin: Freitag, 23.10.2015, 9.00 bis 10.30 Uhr, Raum Paris 1

Forum: „Translationale Forschung und ihre praktische Anwendung in Manueller Medizin/Osteopathie“

Weitere Informationen:

Pressemitteilung der DGOU/5.2.2015: „Orthopäden und Unfallchirurgen lehnen den eigenständigen Beruf des Osteopathen ab“

Reha vor Pflege: wie Patienten nach einem Eingriff wieder fit werden Rehabilitation braucht bessere Rahmenbedingungen

Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt, BVOU-Kongresspräsident, Chefarzt an der Theresienklinik Bad Krozingen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Akupunktur, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Sportmedizin

In Deutschland fehlen eine differenzierte Vergütung, die Einbeziehung der Pflegeversicherung in die Finanzierung der Rehabilitation und evidenzbasierte Versorgungskonzepte. Die Orthopäden mahnen daher Verbesserungen an.

Patienten erhalten durch die Rehabilitation Fähigkeiten und Fertigkeiten zurück, die ihnen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Wer sich allein versorgt, braucht keine Pflege. Damit der von der Politik formulierte Grundsatz „Reha vor Pflege“ allerdings tatsächlich umgesetzt werden kann, brauchen die Rehabilitationsträger entsprechende Rahmenbedingungen. Derzeit werden in Deutschland nur 2,9 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Rehabilitationsleistungen ausgegeben. Die Pflegeversicherung finanziert keine Leistungen, obwohl sie selbst am meisten davon profitiert. Wir brauchen eine Vergütung, die sich nach der Schwere der Fälle richtet, und eine anteilige Finanzierung von Leistungen zur Vermeidung von Pflege durch die Kranken- und Pflegeversicherung, wie es unlängst auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gefordert hat.

Dass sich eine Reha lohnt, zeigen verschiedene Analysen. Die Rentenversicherungen haben berechnet, dass sich die Aufwendungen für die Reha schon ab dem vierten Monat nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz rechnen. Einer Studie des Prognos-Instituts zufolge erhält die Volkswirtschaft für jeden in die Rehabilitation investierten Euro fünf Euro zurück. Derzeit werden die Reha-Kliniken nur teilweise mit festen Tagessätzen vergütet. Bei vielen Krankenkassen werden die Anschluss-Rehabilitationen nach Akut-Klinikaufenthalten mit Fallpauschalen abgegolten, die einen festen Zeitkorridor zwischen 18 und 28 Tagen abdecken. Es wird nicht zwischen mobilen selbstständigen Patienten und immobil pflegeaufwendigen unterschieden. Der Case Mix soll es richten, das Problem mit den „schlechten Risiken“ haben die Krankenkassen elegant auf die Reha-Kliniken abgewälzt. Wir brauchen Reha-Sätze, die den tatsächlichen Betreuungsaufwand abbilden. Ich plädiere für einen Index, der den Zustand der Patienten erfasst und der an einen bestimmten Reha-Satz gekoppelt ist. Es ist an der Zeit, dass nachgebessert wird, vor allem angesichts des demografischen Wandels.

Die Vergütung nach Fallpauschalen hat dazu geführt, dass die Akut-Kliniken die Patienten aus Kostengründen immer früher entlassen. Bei Patienten, die ein künstliches Gelenk erhielten verkürzte sich die Verweildauer am stärksten. Die mittlere Verweildauer verkürzte sich bei den Patienten nach einer Hüft-Totalendoprothese (TEP) um 4,8 Tage (-28 Prozent gegenüber 2003) und bei den Patienten nach einer Knie-TEP um 5,5 Tage (-30 Prozent gegenüber 2003). Bei Patienten nach einem Bandscheiben-bedingten Eingriff konnte eine Verkürzung um 2,4 Tage (-22 Prozent gegenüber 2003) festgestellt werden (1).

Die frühzeitige Entlassung aus der Akutklinik hat zur Folge, dass die Patienten bei der Aufnahme in einer Rehabilitationseinrichtung mehr Schmerzmittel und Antibiotika benötigen als früher und andere akute Versorgungsleistungen wie etwa ein professionelles Wundmanagement zur Verfügung stehen müssen. Die Reha-Kliniken sind auf diesen erhöhten medizinischen und pflegerischen Aufwand eingestellt, aber diese Aufwendungen werden in den aktuellen Reha-Sätzen nicht abgebildet. Bedingt durch die frühe Entlassung aus der Klinik sind engmaschiges Monitoring und regelmäßiger Austausch mit den Operateuren erforderlich. Während die Patienten vor der DRG-Einführung noch länger im Akuthaus bleiben konnten und Wundheilungsverzögerungen sowie postoperative Komplikationen noch im Krankenhaus mitbehandelt wurden, treten sie jetzt bereits in der Reha-Klinik auf, da der Patient schon längst verlegt wurde. Hier gilt es, gemeinsam innerhalb der Fachgruppe verbindliche Kriterien zur Reha-Fähigkeit festzulegen und bestehende zu aktualisieren.

In Deutschland werden die meisten Reha-Maßnahmen von den Renten- und Krankenversicherungen finanziert. Die Rentenversicherungen sind für die Berufstätigen zuständig, die Krankenkassen für die Nicht-Berufstätigen. Alles, was die Krankenkassen zur Vermeidung der Pflege bezahlen, geht zulasten ihres Budgets, den Nutzen streicht die Pflegeversicherung ein. Weil die Krankenkassen untereinander im Wettbewerb stehen und ihr Budget nicht übermäßig belasten wollen, sind sie wenig geneigt, Leistungen zu bezahlen, die einer anderen Sozialversicherung zugutekommen. Eigentlich gehört die Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger. Man könnte darüber nachdenken, Leistungen, die unmittelbar der Vermeidung von Pflege dienen, von den Krankenkassen und der Pflegeversicherung gemeinsam finanzieren zu lassen. So wie es der Sachverständigenrat vorgeschlagen hat.

2012 wurden in Deutschland etwas mehr als 1 Million medizinische Reha-Maßnahmen finanziert. Knapp 700.000 Anträge wurden abgelehnt. 32 Prozent der genehmigten Maßnahmen bezogen sich auf orthopädische Erkrankungen, 15 Prozent auf Suchterkrankungen, 14 Prozent auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und 11 Prozent auf Krebserkrankungen. Weil ein Drittel der Reha-Maßnahmen in der Orthopädie anfällt, müssen wir uns auch für bessere Rahmenbedingungen einsetzen. Wir brauchen aber auch mehr evidenzbasierte Versorgungskonzepte. Schaut man auf die aktuellen Zahlen der Barmer GEK, nach denen 2014 etwa 18 Millionen Menschen in Deutschland wegen Rückenschmerzen ambulant behandelt wurden, besteht kein Zweifel am Bedarf.

Quelle:

- (1) W. von Eiff et al. „REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation“. *Rehabilitation* 2011; 50(4): 214–221

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Oktober 2015

Gelenkprobleme: Deshalb gehen die Weltmeister im Sitzen gesundheitlich in die Knie

Privatdozentin Dr. med. Sabine Knapstein, Fachärztin/ Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement, Ernährungsmedizin, WB Sportmedizin, Referatsleiterin med. Qualitätsförderung & Arztkommunikation, AOK Baden-Württemberg, AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement, Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement

Ob beim Fußballspielen, beim Skifahren oder auf dem Weg zum Bus: für eine ernsthafte Knieverletzung genügt oft schon ein kleiner Fehltritt. Solche Verletzungen – das gilt im Übrigen für alle Gelenkverletzungen – zählen zu den wesentlichen Risikofaktoren für das Entstehen einer Arthrose. Daher sind aus medizinischer Sicht Zahlen zur Häufigkeit von Gelenkverletzungen besonders interessant. Gemeinsam mit dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) ermittelt die AOK Baden-Württemberg für eine aktuell laufende Studie die Häufigkeit verschiedener Knieverletzungen bei ihren rund 4 Millionen Versicherten in den Jahren 2008 bis 2013 mit dem Ziel, Maßnahmen zur Vorbeugung entwickeln zu können. Die Veröffentlichung der Studie ist für 2016 geplant.

Was auffällt: Bei Männern ist das Risiko für eine Knie-Distorsion jeweils im zweiten Quartal eines Jahres besonders hoch. Wenn sie – oft ohne entsprechende Vorbereitung und ohne fachliche Anleitung - wieder über den Fußballplatz sprinten. Knie-Distorsionen und Knie-Bandverletzungen bei Frauen ereignen sich meist im ersten Quartal, also im Winter. Hierzu muss man wissen, dass Frauen wesentlich beweglichere und flexiblere Gelenke haben als Männer. Ist es rutschig und glatt, verlieren sie daher eher den Halt, können sich nicht immer abfangen. Knie-Distorsionen und Knieband-Verletzungen sind die Folge. Dieser Effekt wird noch verstärkt, weil man gerade im Winter weniger trainiert, damit unsere Fähigkeit zur Koordination und zum Halten der Balance nachlässt. Grundsätzlich ist körperliche Aktivität und Bewegung sehr wichtig für den Knorpel im Knie: Sie vermehrt die Flüssigkeit im Gelenk, schmiert den Knorpel somit für den besseren Bewegungsablauf. Wer lange sitzt, erhöht zwangsläufig sein Verletzungsrisiko. Und im Durchschnitt sitzen wir in Deutschland 7,5 Stunden am Tag, damit liegen wir weltweit an der Spitze – aus medizinischer Sicht ein eher trauriger Rekord.

Voraussetzung einer effektiven Prävention ist eine veränderte Versorgung: Der Patient muss wissen, wie das Knie funktioniert und wie man Verletzungen effektiv vorbeugen kann. Dazu zählt nicht nur das richtige Aufwärmen und Dehnen direkt vor dem Sport sowie die richtige Übungsanleitung, sondern eine ausreichend lange Vorbereitung auf die Sportsaison und eben auch das richtige Training der Bein-, insbesondere der Wadenmuskulatur sowie der Bänder. Sinnvoll sind zudem Balanceübungen im Alltag – unsere Kinder sind uns da weit voraus, für sie ist das selbstverständlich.

Dieses Wissen – da sind wir uns mit den Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie einig - muss aber bei den Menschen auch ankommen. Das hat für uns einen hohen Stellenwert, weshalb wir die

Aufklärung im Rahmen des Orthopädievertrags, den wir in Baden-Württemberg geschlossen haben, auch vergüten. Der Arzt behandelt daher nicht mehr nur das Knie, sondern hat auch die Zeit, den Patienten gezielt zu beraten. Zusätzlich kann er bei Bedarf über das grüne Rezept einen entsprechend qualifizierten Präventionsberater in die Patientenberatung mit einbeziehen, der wiederum zudem den Patienten in geeignete evidenzbasierte Bewegungsangebote vermitteln kann.

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

Dr. Olaf Schneider, Referat Versorgungsanalyse, AOK Baden-Württemberg

PD Dr. med. Sabine Knapstein, Fachärztin/ Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement,

Es gilt das gesprochene Wort!

Berlin, Oktober 2015

Osteoporose: Altersadaptiertes Kraft-Ausdauertraining mit Osteoporose-Patienten

Universitäts-Professor Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer, Vizepräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V., Professor für Orthopädie und Unfallchirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Centrum für Sportwissenschaften und Sportmedizin; Ärztlicher Direktor und Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Medical Park Berlin Humboldtmühle; Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische Medizin, Chirotherapie, Sozialmedizin, Rettungsmedizin Osteologe (DVO), Gesundheitsökonom (ebs)

Die Osteoporose zählt zu den zehn wichtigsten Volkskrankheiten weltweit. Etwa ein Drittel aller postmenopausalen Frauen und etwa jeder zehnte Mann sind betroffen. Von den sieben Millionen Patienten mit Osteoporose in Deutschland haben etwa drei Millionen erste krankheitsbedingte Wirbelkörpereinbrüche hinter sich. Jährlich erleiden 70.000 Menschen neue Wirbelkörpereinbrüche, etwa 130.000 Menschen Oberschenkelhalsfrakturen, sowie 200.000 weitere Knochenbrüche. Die jährlichen Kosten der Betreuung von Patienten mit Osteoporose werden auf fünf Milliarden Euro in Deutschland geschätzt, bei steigender Tendenz.

Ursächlich für die Knochenbrüche sind neben der verminderten Knochenfestigkeit vor allem Stürze. Entscheidend für die Verhinderung von Knochenbrüchen ist eine frühzeitige Identifikation von Risikopatienten. Die wesentlichen Risikofaktoren sind eine geringe Knochenmasse und -festigkeit, ein erhöhtes Alter, eine vermehrte Sturzneigung und vorausgegangene Knochenbrüche. Ebenso bedeutend ist die frühzeitige Einleitung von therapeutischen Maßnahmen. Hierzu zählen eine adäquate Nahrungszufuhr einschl. Vitamin D und Calcium und ggf. Medikamenten zur Verhinderung des Knochenabbaus bzw. zur Unterstützung des Knochenaufbaues. Hierzu zählt aber vor allem körperliche Belastung und Training zur Verbesserung der Muskelkraft und -leistung sowie der neuromuskulären Koordination, um dadurch die Sturzgefahr zu verringern.

Aus großen epidemiologischen Studien weiß man heutzutage, dass bereits im Kindes- und Jugendalter der Grundstock der Knochensubstanz der alten Jahre angelegt wird. Wenn in diesem Alter der „Bone Stock“ nicht genügend aufgebaut wird sind die späteren Erwachsenen deutlich gefährdet. Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens deutlich an Knochenmasse und -festigkeit verlieren, aber je höher der Ausgangswert umso besser.

Die große Frage ist jedoch in welchem Umfang kann zwischenzeitlich verlorene Substanz wieder auftrainiert werden bzw. zumindest das Risiko für Knochenbrüche möglichst klein gehalten werden. Aktuelle Studien vor allem aus Deutschland und Australien belegen den positiven Effekt von multimodalen Rehabilitationsprogrammen und körperlichem Training auf die Knochengesundheit.

So wird auf dem DKOU 2015 eine Machbarkeitsstudie für ein intensives individualisiertes Training bei alten Menschen vorgestellt. Hierbei wurde der Effekt eines modifizierten Step-Aerobic Trainings (sechs Monate zweimal wöchentlich jeweils eine Stunde) bei betagten Osteoporosepatienten

(Durchschnittsalter 75 Jahre) untersucht. In der Interventionsgruppe zeigte sich eine deutliche Steigerung der willkürlichen Kraft mit verbesserter neuronaler Aktivierung der Wadenmuskulatur. Diese Untersuchungsergebnisse sprechen für eine gute Trainierbarkeit auch des alten Menschen. Auswirkungen auf Knochenstoffwechsel und Veränderungen der Knochenstruktur müssen allerdings noch weiter untersucht werden.

Grundsätzlich kann aber aufgrund der nun vorliegenden Studien postuliert werden, dass körperliches Training aufgrund seines positiven Effekts auf Frakturrisikofaktoren wie Sturzrisiko, Sturzenergie oder Knochenfestigkeit als wesentliches Element der Osteoporoseprophylaxe und-therapie eingesetzt werden sollte. Allerdings scheint eine hohe Intensität des Trainingsprogrammes mit einer Trainingshäufigkeit von mindestens zweimal/Woche/Jahr nötig zu sein, um die Knochendichte an LWS und proximalem Femur positiv zu beeinflussen. Bei frisch operierten Patienten ist eine kurzfristig eingeleitete intensive multimodale Rehabilitationsmaßnahme mit einer deutlichen Reduktion von Folgefrakturen einhergehend. Aus diesem Grunde sind die Aktivitäten der AG Alterstraumatologie und des Fragility Fracture Networks (FFN) sehr zu begrüßen, da hier eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung von Patienten mit Fragilitätsbrüchen angestrebt wird, die mittel- und langfristig eine verbesserte Mobilität und Lebenserwartung bedingt.

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Oktober 2015

Heilen mit den Händen – bei welchen Volkskrankheiten hilft die Manuelle Medizin?

Dr. med. Hermann Locher, Leiter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Der Titel ist provokant. Was Heilen im medizinischen Sinne bedeuten möchte, ist eine schwierige Frage, die auch dort ansetzen muss, wo nach der Definition die **Krankheit** beginnt. Unstrittig ist, dass Krankheiten sehr häufig dort beginnen, wo **Funktionsstörungen**, also reversible Vorgänge, zu finden sind. Eine Fettleber ist ein Funktionsstörung, eine Leberzirrhose eine Krankheit. Eine Gelenkblockierung oder ein Muskelspasmus sind Funktionsstörungen, ein Bandscheibenvorfall oder eine Neuropathie sind Krankheiten, auch wenn sie ausheilen können.

Die **Manuelle Medizin versucht** weit im Vorfeld der Krankheit **Funktionsstörungen zu erkennen** und sie mithilfe spezieller, differenzierter und an neurophysiologischen Erkenntnissen orientierter Handgriffe aufzulösen. Dieses Vorgehen setzt eine subtile Analyse möglicher Störungsmuster in allen Geweben und im psychosozialen Umfeld des Patienten voraus. Eine frühe Einbeziehung der persönlichen Lebenssituation des Patienten ist unverzichtbar, weil psychosoziale Faktoren, Faktoren aus der Arbeitswelt und aus der Biografie wesentliche modulierende Elemente von Funktionsstörungen sind, die sich zu schmerzhaften Erkrankungen fortentwickeln können. Manuelle Medizin hat demnach **präventive, diagnostische und therapeutische Elemente**.

Ärztliche Osteopathie ist eine der Wurzeln, ein Bestandteil und in speziellen Techniken eine Erweiterung der Manuellen Medizin. Oft ist eine begriffliche Trennung beider Wörter nicht mehr möglich und man wird in Zukunft im ärztlichen Bereich von **Manueller Medizin/Osteopathie** sprechen. In den Heilhilfsberufen (Gesundheitsfachberufe) ist Osteopathie eine von Ärzten delegierbare Leistung, die sehr zuwendungsintensiv physische und psychische komplexe Prozesse im Fokus hat und sich großer Beliebtheit erfreut. Die Anwendungen erfordern keine aktive Anstrengung des Patienten und sind überwiegend angenehm, weshalb auch viele Heilpraktiker und Lientherapeuten diese Techniken einsetzen. Im seriösen klinischen Alltag bleibt jedoch unter allen Umständen eine fachärztliche Diagnose und Differenzialdiagnose absolut zwingende Voraussetzung für jegliche Form ernst gemeinter (manueller/osteopathischer) Therapie. Es handelt sich um die identischen Argumente dafür, dass ein **Primärzugang von Heilhilfsberufen** zum Patienten aus fachärztlicher Sicht absolut **indiskutabel** ist.

Für jahrtausendealte Erfahrungen, die den Manuellen Behandlungstechniken zugrunde liegen, konnten in den letzten 20 Jahren substanzielle Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, der Membranbiochemie und der Hirnforschung herangezogen werden, wodurch sich auch sehr komplexe Beobachtungen schlüssig erklären lassen. Hierfür können folgende Beispiele benannt werden: Die Beobachtung, dass die **Stimulation propriozeptiver Nervenfasern** durch Berührung, Mobilisation

von Gelenken oder Dehnung von Muskelrezeptoren direkten hemmenden Einfluss auf die Schmerzübertragung im Rückenmarkshinterhorn hat, hat die Indikationsstellung für Manuelle Therapieverfahren auch in die Schmerztherapie erweitert. Die **Beschreibung von Sensibilisierungsvorgängen** in Rückenmark und Gehirn sowie die **Phänomene der Konvergenz** (d. h. aus verschiedenen Organsystemen, wie etwa Inneren Organen, Muskulatur, Gelenken, Haut, laufen afferente Nervenfasern in einem Rückenmarkssegment zusammen) erklären zum Beispiel den übertragenen Schmerz, die Head'sche Zone und sogenannte pseudoradikuläre Ausstrahlungen, was für die Therapieplanung und -steuerung eine wichtig Grundlage bildet. Die **translationale Forschung** ist fester Bestandteil der Manuellen Medizin geworden, was sich in einer neu gestalteten gemeinsamen Jahrestagung des Wissenschaftlichen Vereins Muskel und Schmerz und Mitglieder Wissenschaftlicher Manualmedizinischer Gesellschaften herauskristallisiert.

Zahlreiche dysfunktionelle Syndrome im kranialen Bereich (**z. B. bestimmte Kopfschmerzformen, Gleichgewichtsstörungen, Schluckstörungen und trigeminoneuralgiforme Gesichtsschmerzen**) lassen sich durch sogenannte zervikotrigeminale Konvergenzen erklären und auf dem Boden der Funktionsanalyse sehr erfolgreich manuell behandeln. Zervikotrigeminale Konvergenzen entstehen dadurch, dass Nervenfasern aus dem N. trigeminus im verlängerten Mark (Medulla oblongata) und Nervenfasern aus den Segmenten C2 und C3 sehr nahe beieinanderliegen und Informationen austauschen können, sodass Informationen aus dem Trigeminalggebiet das Halsmark beeinflussen und Halsmarkinformationen in den trigeminalen Komplex hineinwirken.

Schmerzen am Bewegungsapparat haben in mehr als der Hälfte der Fälle keine strukturelle Ursache. Stattdessen erkennen wir bei der Anamnese am häufigsten Überbelastung in Beruf und Sport, Bewegungsmangel und psychosoziale Konflikte als nicht strukturelle Auslöser. Oft lassen sich organzentrierte Schmerzempfindungen nach Ausschluss struktureller Ursachen (Beispiel: eingengter Wirbelkanal nach einem Bandscheibenvorfall oder ein eingeklemmter Wirbel) als **übertragene Schmerzen** aus **Wirbelsäulenfehlfunktionen und Blockierungen** identifizieren und manuell auflösen, was oft umfangreiche weitere Diagnose- und Therapiemaßnahmen ersparen kann: Wenn etwa nach dem oben genannten Basisausschluss lebensbedrohlicher Erkrankungen erfolgreich manuell behandelt werden kann, werden oft Untersuchungen wie Herzkatheter, Angiographie, Kernspintomogramm, weitere Röntgenuntersuchungen und Szintigramme unnötig. Auch Medikamente, wie beispielsweise Analgetika, Muskelrelaxanzien und Neuroleptika, können mithilfe einer professionell durchgeführten Manuellen Medizin sehr oft eingespart werden.

Chronifizierte **Funktionsstörungen im Atlas- oder ISG-Bereich** bedingen oft konsekutive, zum Teil erhebliche Koordinationsstörungen im Achsen- und Bewegungsorgan, die nur mit den Techniken der Manuellen Medizin aufgespürt und beseitigt werden können.

Insgesamt ist das **Heilen mit den Händen** im Sinne Manueller Medizin/Osteopathie **fester täglicher Bestandteil der klinischen Arbeit in Orthopädie/Unfallchirurgie, Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, HNO und Physikalisch-Rehabilitativer Medizin**. Die Verfahren der Manuellen Medizin werden in einer orthopädischen Praxis, in der der Arzt diese Zusatzbezeichnung trägt und sich regelmäßig fortgebildet hat, zirka bei jedem dritten Patienten angewendet. In den anderen genannten Fächern weniger häufig.

Es wäre wünschenswert, dass vor allem die diagnostischen Methoden der Manuellen Medizin häufiger angewendet werden, weil dadurch wie oben ausgeführt viel unnötige Diagnostik unterbleiben könnte, allen voran die Röntgen- und kernspintomographischen Untersuchungen.

Die Leistungen der Manuellen Medizin sind in EBM und GOÄ sowie in der BG-Gebührenordnung abgebildet. Private Kassen und einige gesetzliche Kassen unterstützen auch osteopathische Behandlungen.

Die Manuelle Medizin bekommt durch die Unterlegung mit neuen Ergebnissen der translationalen Forschung eine **naturwissenschaftliche Dimension**, die bei der Schmerzanalyse und Schmerzdiagnostik höchst effiziente Wege und Lösungsansätze aufzeigen kann. Die Manuelle Medizin ist in der **nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz** daher bereits sowohl für den akuten wie auch den chronischen Rückenschmerz auf dem Boden von **hochrangiger Evidenz** empfohlener Bestandteil des Behandlungsalgorithmus. Auch für andere Leitlinien, die Schmerzen beim Bewegungsvorgang behandeln, wäre es aufgrund evidenzbasierter Studien empfehlenswert, die Manuelle Therapie in die Behandlungsempfehlungen aufzunehmen. Die **European Union of Medical Specialists (UEMS)** hat für die Manuelle Medizin eine eigene Struktur eingerichtet (Multidisciplinary Joint Committee Manual Medicine), die einer fachärztlichen Sektion entspricht und die im Europaparlament der Fachärzte (UEMS-Council) durch Hermann Locher vertreten ist.

Quellen:

W. von Heymann, H. Locher. „Manuelle Medizin und Orthopädie“. *Der Orthopäde* 2013. 42:834–841. DOI 10.1007/s00132-013-2094-0, Online publiziert: 20. September 2013

A. Schulz, H. Locher. „Schmerz am Bewegungsorgan verstehen, untersuchen und diagnostizieren“. *Orthopäde* 2013. 42:854–857. DOI 10.1007/s00132-013-2093-1, Online publiziert: 4. Oktober 2013

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2010), Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz. <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz>

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Oktober 2015

Übergewicht erhöht das Arthrose-Risiko Gewichtsabnahme entlastet vor allem die Knie

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

Jedes Pfund belastet die Knie beim Gehen mit dem vierfachen Druck. Übergewicht und Fettleibigkeit sind daher neben dem Alter die wichtigsten Risikofaktoren für eine Knie-Arthrose. Orthopäden und Unfallchirurgen fordern mehr Anreize für eine gesunde Ernährung. Notfalls auch eine Zuckersteuer.

Arthrose gilt als eine Alterserkrankung. Das Risiko, während des Lebens an einer symptomatischen Kniegelenks-Arthrose zu erkranken, beträgt etwa 45 Prozent (3). Aber auch junge Menschen können eine Knie-Arthrose bekommen, wenn sie stark übergewichtig sind. Denn ein hohes Gewicht setzt nicht nur dem Herzen und den Gefäßen zu, sondern auch den Gelenken. Wir müssen diese Zusammenhänge ernst nehmen und mehr für die Prävention der Knie-Arthrose tun, indem wir den Patienten zur Gewichtsabnahme raten. Abgenutzter Knorpel ist ein für alle Mal verschwunden. Der Körper ist nicht in der Lage, ihn zu reparieren oder zu ersetzen. Deshalb ist es so wichtig, von Anfang an dafür zu sorgen, dass der Knorpel intakt und gesund bleibt.

Die Bedeutung von Übergewicht und Fettleibigkeit als Risikofaktor für eine Knie-Arthrose hat unlängst auch eine Metaanalyse von Victoria Silverwood und ihren Kollegen von der Keele-Universität in Staffordshire, England, bestätigt. Diese wurde in der Fachzeitschrift „Osteoarthritis and Cartilage“ veröffentlicht (1). Übergewicht beginnt bei einem Body-Mass-Index von 25, Fettleibigkeit oder Adipositas bei einem BMI von 30. Silverwood und ihre Kollegen haben 46 Studien ausgewertet und zeigen, dass sich das Risiko für eine Knie-Arthrose bei Übergewicht verdoppelt, bei Fettleibigkeit fast verdreifacht. Wir müssen mit den betroffenen Patienten über geeignete Strategien zur Gewichtsabnahme sprechen. Jedes Kilo zählt. Wer 2,3 Kilo abnimmt, entlastet seine Knie beim Gehen um 20 Kilo. Daher zählen auch kleine Erfolge. Diese Zahlen zur Druckbelastung des Knies durch Übergewicht haben Messier und seinen Kollegen bereits vor zehn Jahren in Arthritis and Rheumatism veröffentlicht (2).

Obwohl der Zusammenhang zwischen Belastung und Verschleiß also schon lange bekannt ist, tun sich die Orthopäden und Unfallchirurgen schwer, mit den Patienten darüber zu sprechen. Ich möchte meine Kollegen daher ausdrücklich ermuntern, diesem Gespräch nicht auszuweichen. Auch wenn diese Aufklärung unangenehm ist und niemand gerne über unangenehme Lebensstiländerungen spricht, sollten die Patienten ausdrücklich zu Bewegung und Gewichtsabnahme aufgefordert werden. Oft hängt beides zusammen. Weil die Menschen so schwer an ihrem Übergewicht tragen, bewegen sie sich kaum, und weil sie sich kaum bewegen, nehmen sie weiter zu. Beides fördert Arthrose.

Aber auch die Politik ist in der Pflicht. Wir müssen etwas gegen den steigenden Zuckerkonsum tun. Notfalls mit einer Zuckersteuer, etwa für süße Getränke. Wie erfolgreich Preissignale sein können, hat die Tabaksteuer gezeigt. Durch die Erhöhungen hat sich der Anteil der jugendlichen Raucher in den zurückliegenden zehn Jahren nahezu halbiert. Auch die britischen Ärzte und die Weltgesundheitsorganisation haben sich vor Kurzem für eine deutliche Reduzierung des Zuckerkonsums ausgesprochen. Die britischen Ärzte würden dies gerne mit einer Zuckersteuer tun, die WHO nennt nur Ziele. Wer gesund leben möchte, sollte höchstens zehn, am besten sogar nur fünf Prozent der täglichen Kalorien in Form von Zucker zu sich nehmen.

Allerdings können Orthopäden und Unfallchirurgen Menschen mit Adipositas verlorene Beweglichkeit zurückgeben. Mit ihrem Können und ihrem Engagement versorgen sie auch sehr übergewichtige Patienten: durch neue Zugangswege, mit neuen Implantaten und anderen Mobilisierungskonzepten. Die Versorgung mit modernen Endoprothesen gibt auch Menschen mit Übergewicht die Chance, sich wieder mehr und schmerzfrei zu bewegen und zu einem gesünderen Lebensstil zu finden. Besser ist allerdings, wenn erst gar keine Knie-Arthrose auftritt.

Literatur:

- (1) Silverwood V et al. "Current evidence on risk factors for knee osteoarthritis in older adults: a systematic review and meta-analysis". *Osteoarthritis and Cartilage*, April 2015, Volume 23, Issue 4, Pages 507–515, dx.doi.org/10.1016/j.joca.2014.11.019
- (2) Messier SP et al. *Arthritis and Rheumatism*: DOI 10.1002/art21139
- (3) Murphy L. Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. *Arthritis. Rheum.* 2008; 59: 1207–1213

Es gilt das gesprochene Wort!
Berlin, Oktober 2015



Kongress-Pressekonferenz des DKOU 2015

Termin: Freitag, 23. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Preisgekrönte Forschungs-Highlights aus O und U

Themen und Referenten:

Kongress-Rückblick

Universitäts-Professor Dr. med. Rüdiger Krauspe

Kongress-Präsident DKOU 2015, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik, Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Professor Dr. med. Michael Nerlich

Kongress-Präsident DKOU 2015, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfallmedizin am Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg; Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Regensburg

Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

Kongress-Präsident DKOU 2015, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt an der Theresienklinik Bad Krozingen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Akupunktur, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Sportmedizin

Innovationspreis 2015 – Schnell vernetzt: Eine neue Telekooperations-Plattform ermöglicht den sicheren Online-Austausch von Bildern und Dokumenten für Ärzte und Patienten

Professor Dr.-Ing. Martin Staemmler, Preisträger, Health Informatics, University of Applied Sciences Stralsund

Themistocles-Gluck-Preis 2015 – Auf die Position kommt es an: Computermodell sagt Erfolg einer Hüftendoprothese vorher

PD Dr. med. Michael Müller, Preisträger, Oberarzt und Sektionsleiter für Revisionsendoprothetik /septische Chirurgie sowie Hüft- und Beckenchirurgie am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung 2015 – Neues interdisziplinäres Reha-Programm hilft Patienten mit chronischen Rückenschmerzen

Jana Semrau, Preisträgerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sportwissenschaft und Sport/Lehrstuhl für Sportwissenschaft mit dem Schwerpunkt Bewegung und Gesundheit, Friedrich-Alexander Universität, Erlangen-Nürnberg

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2015, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
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



Weitere Termine

Patiententag zum Thema Arthrose

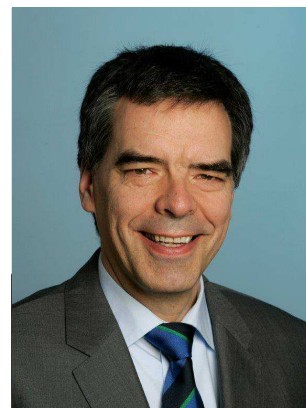
In Kooperation mit der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V. sowie der Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) sowie der Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2015.

Termin: 22.10.2015, 18.00 bis 20.00 Uhr

Ort: Messe Berlin, Eingang Süd, Jafféstraße (S-Bahnhof Messe Süd), Großer Saal

Curriculum Vitae

Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt
Kongress-Präsident DKOU 2015, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt an der Theresienklinik Bad Krozingen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Akupunktur, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie, Rehabilitationswesen, Sozialmedizin, Sportmedizin



Beruflicher Werdegang:

| | |
|-----------|--|
| 1982–1989 | Studium der Humanmedizin, Universität des Saarlandes und Freie Universität Berlin |
| 1989 | Ärztliche Prüfung |
| 09/1990 | Promotion |
| 12/1990 | Approbation |
| 1989–1990 | AIP Unfallchirurgie des Winterberg-Krankenhauses Saarbrücken (CA: Professor Dr. L. Zwank) |
| 1990–1994 | AIP/Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Homburg/Saar (Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. H. Mittelmeier) |
| 1994–1995 | Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Homburg/Saar (Direktor: Professor Dr. Dr. h.c. H. Mittelmeier) |
| 1996–1997 | Oberarzt an der Orthopädischen Klinik der Bliestal-Kliniken Blieskastel (CA: Dr. G. F. Finkbeiner) |
| 1997–2004 | Chefarzt an der Abteilung Orthopädie und Rheumatologie am Reha-Zentrum Roter Hügel Bayreuth |
| Seit 2004 | Chefarzt der Orthopädisch-Traumatologisch-Rheumatologischen Rehabilitationsabteilung der Theresienklinik Bad Krozingen |

Fortbildungen/Weiterbildungen:

| | |
|---------|--|
| 01/1992 | Zusatzbezeichnung Chirotherapie |
| 11/1992 | Fachkunde im Strahlenschutz |
| 09/1993 | Zusatzbezeichnung Sportmedizin |
| 06/1994 | Anerkennung als Arzt für Orthopädie |
| 11/1995 | Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie |
| 01/1996 | Sonographie (Säuglingshüfte/Bewegungsorgane) |
| 01/1996 | Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie |
| 12/1996 | Fachkunde in Laboruntersuchungen Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen |
| 07/1997 | Zusatzbezeichnung Sozialmedizin |

01/2007 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
12/2009 Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie und Balneologie
04/2011 Zusatzbezeichnung Akupunktur

Mitgliedschaften:

Seit 1991 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie
(DGOT, jetzt DGOOC)
Seit 1994 Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Seit 1997 Arbeitsgemeinschaft Leitender Konservativer Orthopäden und
Unfallchirurgen (ALKOU)
Seit 1999 Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)
Seit 2008 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Curriculum Vitae

PD Dr. Sabine Knapstein

Fachärztin/ Psychotherapie, Ärztliches Qualitätsmanagement,
Ernährungsmedizin, WB Sportmedizin, Referatsleiterin med.
Qualitätsförderung & Arztkommunikation, AOK Baden-Württemberg,
AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung Fachbereich Integriertes
Leistungsmanagement



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 1977–1979 | Studium Politologie, Soziologie, Chemie, Biologie – Universitäten Oldenburg, Münster |
| 1979–1985 | Studium Humanmedizin, Promotion – Universitäten Bonn und Toulouse, Frankreich |
| 1986–1993 | Facharztausbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Marienhospital Düsseldorf und Universitätsklinik Mainz |
| 1986–1989 | Berufsbegleitende Weiterbildung in Psychotherapie – Düsseldorf |
| 1987 | Gastärztin Mayo-Klinik, Rochester, USA |
| 1991 | Gastärztin bei George Engel, Rochester, New York |
| 2002 | Zusatzbezeichnung Ärztliches Qualitätsmanagement |
| 2006 | Abschluss Habilitation, Universität Mainz |
| 2008 | Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin |
| Seit 2003 | AOK Baden-Württemberg Hauptverwaltung, Stuttgart |
| Seit 2011 | Referatsleiterin „Medizinische Qualitätsförderung“ in der ambulanten biopsychosozial ausgerichteten Versorgung der Selektivverträge |
| Seit 2014 | Berufsbegleitende Weiterbildung in Sportmedizin, Universität Frankfurt |

Neben ärztlicher Tätigkeit in der Maximalversorgung: Versorgungsforschung und Projektleitung zur Krankheitsbewältigung und medizinischen Interaktion v. a. in der Tumorbehandlung mit dreifacher erster Preisauszeichnung für Innovation, Integration und Vortrag – ausgewählt für Drittmittelprojekt aus Stiftungsmitteln über drei Jahre – nationale und internationale Vorträge und Veröffentlichungen

Curriculum Vitae

Universitäts-Professor Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer
Vizepräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V., Professor für Orthopädie und Unfallchirurgie, Charité Universitätsmedizin Berlin, Centrum für Sportwissenschaften und Sportmedizin, Ärztlicher Direktor und Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Medical Park Berlin Humboldtmühle, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Physikalische Medizin, Chirotherapie, Sozialmedizin, Rettungsmedizin Osteologie (DVO), Gesundheitsökonom (ebs)



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|---|
| 2012 | Ernennung zum Ärztlichen Direktor Medical Park Berlin Humboldtmühle |
| 2009 | Ruf auf die Stiftungsprofessur Muskuloskeletale Prävention, Rehabilitation und Versorgungsforschung am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie in Kooperation mit dem Centrum für Sportwissenschaft und Sportmedizin Berlin (CSSB) an der Charité Universitätsmedizin Berlin und der Humboldt Universität Berlin |
| 2008 | Ernennung zum Chefarzt Orthopädie und Unfallchirurgie, Medical Park Berlin Humboldtmühle |
| 2002 | Ernennung zum Geschäftsführenden Oberarzt, Orthopädische Klinik der Universität Ulm |
| 1999 | Ernennung zum Oberarzt, Orthopädische Klinik der Universität Ulm |
| 1999 | Director of Development, International Steering Committee Bone and Joint Decade 2000-2010 |
| 1999 | Anerkennung als Gesundheitsökonom (ebs) |
| 1997-1999 | European Director Professional Education European Franchise Operating Committee (Europäischer Vorstand) Johnson & Johnson Orthopaedics, Großbritannien |
| 1996 | Anerkennung als Arzt für Orthopädie |
| 1992-1996 | Assistenzarzt in der Weiterbildung und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Orthopädischen Klinik der Universität Ulm (Professor Dr. med. W. Puhl) |
| 1991-1992 | Stipendiat der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) Department of Orthopaedics, University Hospital Lund (Professor Dr. med. L. Lidgren) |

1989-1991 Assistenzarzt in der Weiterbildung und wissenschaftlicher Mitarbeiter
der Unfallchirurgischen Klinik, Medizinische Hochschule Hannover
(Professor Dr. med. H. Tscherne)

Studium:

1981-1988 Studium der Humanmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
Tufts University Boston / USA
Harvard University Medical School, Boston, USA
1999 Studium der Gesundheitsökonomie,
European Business School (ebs), Oestrich-Winkel

Nationale Fachgesellschaften:

Seit 4/2012 Mitglied des Vorstandes
des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Seit 10/2012 Vorsitzender
Berliner Orthopädischen Gesellschaft (BOG) e.V.
Seit 11/2009 Vizepräsident
des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V.
Seit 11/2005 Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes
des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e.V.
Seit 1/2005 Seit 7/2005 Mitglied der Leitlinienkommission des Dachverbandes Osteologie
(DVO) e.V.
Seit 3/1999 Sekretär des Deutschen Netzwerkes der Bone and Joint Decade

Internationale Fachgesellschaften:

2015 President
Fragility Fracture Network 2015-2016
Seit 4/2012 Member of the Global Alliance for the Care of the Injured
der World Health Organisation (WHO)
Seit 2/2010 Member of the Musculoskeletal Topic Advisory Group
der World Health Organisation (WHO)
Seit 10/2010 Member of the International Coordinating Committee
der Bone and Joint Decade
Seit 11/2008 Convener, EFORT-EULAR Working Group Recommendations for prevention and
management of osteoporotic fractures

| | |
|-------------|---|
| Seit 6/2006 | Chairman Health Service Research Committee, European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) |
| Seit 6/2006 | Co-opted Member Executive Committee, European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) |
| Seit 9/2001 | Member of the Resource Group of the Bone and Joint Health Strategy Projects of the European Commission |
| Seit 3/2001 | Member of the Organisation Committee of the European Collaborative Database of Cost and Practice Pattern of Total Hip Replacement (EUROHIP) |

Kongresspräsidenschaften:

| | |
|------|---|
| 2013 | Kongresspräsident Deutscher Versorgungsforschungskongress DKVF 2013 (zusammen mit PD. D. Stengel und Professor E. Neugebauer) |
| 2013 | Congress President Fragility Fracture Network Conference Berlin 2013 |
| 2012 | Congress President Europäischer Orthopädenkongress – 12th EFORT Congress Berlin 2012 (zusammen mit Professor D. Wirtz) |
| 2012 | Congress President Fragility Fracture Network Conference Berlin 2012 |
| 2011 | Kongresspräsident Deutscher Kongress Orthopädie und Unfallchirurgie DKOU 2011 (zusammen mit Professor D. Kohn und Professor T. Pohlemann) |

Klinische Arbeitsschwerpunkte:

- Rehabilitation und Physikalische Therapie
- Konservative Orthopädie
- Osteologie
- Schmerztherapie
- Sportmedizin

Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte:

- Versorgungsforschung bei Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane
- Outcome-Messung bei Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane
- Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Erkrankungen und Verletzungen der Haltungs- und Bewegungsorgane
- Muskuloskeletale Rehabilitations- und Präventionsforschung

Curriculum Vitae

Dr. med. Hermann Locher

Leiter der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe Manuelle Medizin in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tett nang

*1954



Beruflicher Werdegang:

- | | |
|-----------|--|
| 1980 | Approbation und Promotion an der FU Berlin |
| 1980–1988 | Klinische ärztliche Tätigkeit in Unfallchirurgie, Anästhesiologie und Orthopädie sowie Manueller Medizin und Schmerztherapie |
| 1988 | Niederlassung als Orthopäde in Tett nang, Bodenseekreis |
| Seit 1993 | Gründungsvorstand und Vizepräsident der Interdisziplinären Gesellschaft für Orthopädische und Unfallchirurgische Schmerztherapie (IGOST) |
| Seit 1996 | Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) Vizepräsident der Deutsch-Amerikanischen Akademie für Osteopathie (DAAO) Direttore Scientifico der Associazione Italiana di Medicina Manuale (AIMM) Leiter des Arbeitskreises Manuelle Medizin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) |
| Seit 2008 | FA für Orthopädie und Unfallchirurgie Zusatzweiterbildungen Manuelle Medizin, Spezielle Schmerztherapie, Akupunktur und Sportmedizin Mitglied der Kommission Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums Mitglied der Kommission wissenschaftliche Bewertung der Osteopathie der Bundesärztekammer Umfangreiche Autoren-, Vortrags-, Lehr- und Forschungstätigkeit zum Thema Manuelle Medizin und Schmerztherapie in Europa Präsident der European Scientific Society of Manual Medicine (ESSOMM) Präsident des MJC Manual Medicine der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) |
| Seit 2010 | Akademischer Lehrauftrag an der TU München für Manuelle Medizin und Schmerztherapie |

Curriculum Vitae

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Kongresspräsident des DKOU 2014, 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 | Dissertation: „Die diagnostische Wertigkeit der pathohistologischen Beurteilung bei chronischen nichtbakteriellen Arthritiden“ |
| 1989–1991 | Facharztausbildung Chirurgie |
| 1991–1992 | Facharztausbildung Orthopädie |
| 1992–1993 | Rush Medical College, Chicago, USA |
| 1993–1996 | Rehabilitationskrankenhaus Ulm, Abteilung Orthopädie, Orthopädische Klinik mit Querschnittgelähmtenzentrum der Universität |
| 1996 | Facharztprüfung Orthopädie |

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 für Orthopädie |
| Seit 2007 | Landesvorsitzender Baden Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie |
| Seit 2011 | Ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht Stuttgart |
| Seit 2014 | Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie |

Mitgliedschaften:

| | |
|-----------|---|
| Seit 1993 | Orthopaedic Research Society (ORS) |
| Seit 1993 | Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) |
| Seit 1993 | Deutsche Gesellschaft für Bindegewebforschung |
| Seit 1996 | Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie |
| Seit 2010 | DGOOC |
| Seit 2015 | DGOU |



Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz des DKOU 2015

Fit und mobil im Alter – O und U machen es möglich

Termin: Donnerstag, 22. Oktober 2015, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Leitung: Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt

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

- o Dr. med. Hans-Jürgen Hesselschwerdt
- o PD Dr. Sabine Knapstein
- o Universitäts-Professor Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer
- o Dr. med. Hermann Locher
- o Dr. med. Johannes Flechtenmacher

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

Kathrin Gießelmann/Lisa Ströhlein
Pressestelle DKOU 2015
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