



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018

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

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

Themen und Referenten

Digitalisierung in der Endoprothetik:

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

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert

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

Das Kreuz mit dem Kreuz: Behandlungsmöglichkeiten bei Kreuzschmerzen

Professor Dr. med. Bernd Kladny

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

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

Joachim Schander, Patient

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

Pressekontakt für Rückfragen:

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

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018

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

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

Inhalt:

Pressemitteilungen

Redemanuskripte

Lebensläufe der Referenten

*Falls Sie das Material in digitaler Form wünschen, stellen wir Ihnen dieses gerne zur Verfügung. Bitte kontaktieren Sie uns per E-Mail unter:
schoeffmann@medizinkommunikation.org*

Pressekontakt für Rückfragen:

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

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Pressemitteilung zum DKOU 2018

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

Welche Behandlung ist bei Rückenschmerz sinnvoll – und wann?

Berlin, 24. Oktober 2018 – Fast jeder Mensch leidet mindestens einmal im Leben an Kreuzschmerzen. Wie man diagnostisch vorgeht und wie man behandelt, ist im Wesentlichen abhängig von der Schmerzursache. Maßgeblich hierfür sind zwei Leitlinien. Die Nationale VersorgungsLeitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz wurde unter Beteiligung von Orthopäden und Unfallchirurgen überarbeitet und 2017 aktualisiert. Neu erschien zur Ergänzung in 2018 die unter Federführung von Orthopäden und Unfallchirurgen erstellte Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. Wie Arzt und Patient bei Kreuzschmerzen am besten vorgehen, erklären Experten auf der heutigen Pressekonferenz, die im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2018 in Berlin stattfindet.

Am Anfang jeder Behandlung steht eine ausführliche Befragung und eine fachkundige körperliche Untersuchung. „Wir überprüfen gezielt mögliche Warnzeichen, die auf eine abwendbare gefährliche Erkrankung als körperliche Ursache für den Schmerz hindeuten“, erklärt Professor Dr. med. Bernd Kladny, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Bei 85 bis 90 Prozent der Betroffenen lassen sich solche Warnzeichen nicht finden. „Dann brauchen wir auch zunächst keine bildgebende Untersuchung wie Röntgen oder Magnetresonanztomografie“, erklärt Professor Kladny. Die beste Therapie bei nicht spezifischen Schmerzen ist Bewegung. Bei Bedarf kann der Patient Schmerzmittel oder Entzündungshemmer einnehmen, damit er sich wieder bewegen kann. „So verschwinden die meisten akuten nicht spezifischen Kreuzschmerzen nach vier bis sechs Wochen auch wieder“, sagt Professor Kladny.

Nach vier bis sechs Wochen leitliniengerechter Therapie soll bei anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder fortschreitenden Kreuzschmerzen überprüft werden, ob es nicht doch einer Bildgebung bedarf. Dies gilt auch dann, wenn der Arzt bei der Erstuntersuchung den sicheren Verdacht hat, dass eine körperliche Ursache vorliegt. In Ergänzung zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz gibt die neue Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz Hinweise, wann eine organische Ursache in Betracht zu ziehen ist und welche Behandlungsoptionen sich ergeben. Besonders geht die Leitlinie ein auf den Verschleiß der



Wirbelbogengelenke, verschleißbedingte Erkrankungen der Bandscheibe, den Morbus Bechterew, Schmerzen durch den Kontakt der Dornfortsätze, einen zu engen Knochenkanal, Wirbelgleiten und Knochenunterbrechung, Störungen von Muskeln und Faszien und sogenannte „Blockierungen“.

Diese krankhaften Veränderungen können Schmerzen verursachen, müssen aber nicht. „Wichtig ist immer, dass der Befund der Bildgebung zusammen mit Vorgeschichte, Symptomen und klinischem Befund des Patienten gewertet wird. Nur dann lässt sich Kreuzschmerz erklären, Bilder allein sagen wenig“, betont Professor Kladny. Findet man Warnhinweise oder hat einen sicheren Anhalt für eine spezifische Erkrankung, bedarf es der fachkundigen Behandlung der zugrundeliegenden Ursache.

Die Behandlung muss nicht zwangsläufig eine Operation sein – im Gegenteil: Wenn keine Alarmsignale wie Lähmungserscheinungen, Blutvergiftungen oder fehlende Kontrolle über Darm und Blase auftreten, ist die konservative Therapie – mit Schmerz-, Bewegungs-, Physiotherapie und anderen Verfahren – der Standard. Erst wenn die nicht chirurgischen Verfahren keine Linderung bringen, können Arzt und Patient die Vor- und Nachteile einer Operation besprechen. „Um Kreuzschmerzen effektiv zu behandeln, braucht es einen klar festgelegten stringenten Plan“, betont Professor Dr. Dr. med. Werner Siebert, einer der Kongresspräsidenten des DKOU 2018.

Die Nationale VersorgungsLeitlinie „Nichtspezifischer Kreuzschmerz“ und die S2K-Leitlinie „Spezifischer Kreuzschmerz“ sind im Internet erhältlich.

<https://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz>

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/033-051.html>



Pressemitteilung zum DKOU 2018

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

Schneller wieder mobil dank Digitalisierung: So halten Kunstgelenke 20 Jahre oder länger

Berlin, 24. Oktober 2018 – Roboterarme, 3D-Drucker und computerassistierte Planungssysteme sorgen dafür, dass Patienten nach der Gelenkersatzoperation immer schneller wieder mobil werden. Implantate können zudem maßgeschneidert für den Patienten hergestellt werden – dadurch funktionieren sie möglicherweise besser und halten vielleicht länger als nicht angepasste Implantate. Telemedizin kann die Nachbehandlung und Rehabilitation unterstützen. Die Digitalisierung ist eines der Kernthemen auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2018 in Berlin. Experten beleuchten dieses Thema auf der heutigen Pressekonferenz, die im Rahmen des Kongresses stattfindet.

„Je besser ein Kunstgelenk an die komplexe Anatomie aus Knochen, Gelenkkapsel, Sehnen und Bänder angepasst ist, umso besser sollte es auch funktionieren“, erklärt Professor Dr. Dr. Werner Siebert, Kongresspräsident des DKOU 2018 für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Bisher mussten Chirurgen dafür eine „konfektionierte“ Prothese einsetzen und relativ viel Knochen entfernen, bis die Endoprothese optimal passte. Heute nutzen Orthopäden und Unfallchirurgen spezielle Schablonen, die für den Patienten individuell angefertigt werden und Planungssysteme, mit denen sie die ideale Lage des Implantats schon vor dem Eingriff bestimmen können.

Bessere Gelenke durch 3D-Schablonen und Chirurgie-Roboter

Mithilfe von 3D-Druckern erstellen Spezialisten einen Schnittblock aus Kunststoff in der „Negativform“ des Gelenks. Dieser wird während der Operation auf die Gelenkoberfläche gesetzt und zeigt dem Operateur die Lage der anatomischen Strukturen an, die für die Positionierung des Implantats wichtig sind. Zusätzlich helfen Roboterarme dem Operateur, die richtige Ausrichtung des Implantats exakt einzuhalten. Dank der Schablone und einer gewebeschonenden Operationstechnik, wird während des Eingriffs weniger umliegendes Gewebe beschädigt – der Patient erholt sich dadurch schneller. Noch wichtiger sei aber, dass das maßgeschneiderte Kunstgelenk hoffentlich länger hält,



betont Siebert: „Die meisten Endoprothesen funktionieren dank dieser Methoden hervorragend und geben ihren Trägern die Lebensqualität zurück, die sie vorher nicht mehr hatten.“

Telemedizinische Betreuung in der Rehabilitation

Auch für die Genesungsphase nach dem Eingriff bietet die Digitalisierung innovative Lösungen, die derzeit in ersten Ansätzen getestet werden: Telemedizin unterstützt den Rehabilitationsprozess und erlaubt eine Intensivierung, während die Übungen mit telemedizinischen Systemen digital überwacht werden. Wenn der Patient die Übungen nicht korrekt ausführt oder Schmerzen dabei hat, kann er erneut in die Klinik bestellt werden. „Hier gibt es noch viele Möglichkeiten, die Rehabilitation weiter zu verbessern und den Patienten noch schneller mobil zu machen“, sagt Siebert mit Blick auf den DKOU 2018. „Die Endoprothetik ist ein hervorragendes Beispiel dafür, wie die Digitalisierung die Medizin für den Patienten verbessert.“ Über diese und weitere Fortschritte in der Endoprothetik berichten Experten auf der heutigen Pressekonferenz im Rahmen des DKOU 2018. Dort erzählen auch zwei Patienten von ihrer persönlichen Endoprothesen-Erfahrung.

REDEMANUSKRIFT

Digitalisierung in der Endoprothetik

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert

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

Die Kunstgelenke und insgesamt die Endoprothetik, haben im 20. Jahrhundert Orthopädie und Unfallchirurgie revolutioniert. Nicht umsonst wird in einem Übersichtsartikel im Jahr 2007 in der hoch angesehenen Zeitschrift „The Lancet“ der Ersatz des arthrotischen oder durch Unfall zerstörten Hüftgelenks mit einem Kunstgelenk als die „Operation des Jahrhunderts“ bezeichnet (The Lancet 2007; 370(9597): 1508–1519). Sicher sind die Ergebnisse in der Endoprothetik heute schon hervorragend durch qualitätssichernde Maßnahmen wie Endocert der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Mit Zentren für Endoprothetik haben wir die Qualität in allen Endoprothetikbereichen weiter verbessern können.

Auch die Digitalisierung hat hier Einzug gehalten. Die Genauigkeit bei der Implantation von Endoprothesen ist einer der Faktoren, die den Erfolg mitbestimmen. Hier sind Techniken wie Navigation und computerassistiertes Operieren heute ein Standard, der sicherlich weitergeholfen hat, die Ergebnisse zu verbessern. Patientenindividuelle Implantationsinstrumente und sogar patientenindividuelle Implantate haben für Arzt und Patient die Operation sicherer, genauer und im Ergebnis vorhersagbarer gemacht.

Die Digitalisierung hat auch in der operativen Medizin am Bewegungsapparat Einzug gehalten. Entsprechende Implantationsschablonen, aber selbst Implantate, werden nach Maß im 3-D-Drucker patientenindividuell hergestellt und dies wird sowohl bei der Primär-Endoprothetik, dem Erst-Einsatz des Gelenkes verwendet, als auch bei schwierigen Revisionsoperationen, zum Beispiel beim Beckenteilersatz und Extremitätensersatz bis hin zur großen Tumororthopädie. Es ergeben sich dadurch kürzere Operationszeiten und schnellere Genesung des Patienten durch geringere Belastung und bessere Passgenauigkeit. Selbst das Wiederaufleben der passiven und aktiven Robotik zeigt, dass hier noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden sind.

Die Planung erfolgt heute oft dreidimensional an computerassistierten Planungssystemen und diese Planung kann dann exakt in die Operation umgesetzt werden mithilfe von patientenindividuellen Schablonen, Navigationstechniken und nicht zuletzt auch Roboterarmen, die dem Arzt assistieren, die richtigen Achsenwinkel und Rotationen exakt einzuhalten. Diese Möglichkeiten in Kombination mit gewebeschonenden Operationstechniken haben heute auch dazu geführt, dass wir in der Lage sind, aufgrund besserer Vorbereitung der Patienten, verbesserter, gewebeschonender und individuell angepasster Operationstechnik und einem exakt ausgetüftelten Rehabilitationsprogramm, die Patienten kürzer im Krankenhaus zu halten bei gleich guten oder besseren Ergebnissen als früher.

Es gelten immer objektive Kriterien. Der Patient wird nicht nach Tagen entlassen, sondern wird entlassen, wenn er bestimmte Tests besteht, bestimmte Kriterien und bestimmte Ergebnisse erreichen kann und damit das Ziel des Eingriffs so weit hergestellt ist, dass er wieder das Krankenhaus verlassen und ambulant oder in einer Rehabilitationseinrichtung schon frühzeitig weiterbehandelt werden kann.

Auch der Fortschritt der Rehabilitationsmaßnahmen kann heute digital überwacht werden. Erste Einsätze lassen den Arzt digital überwachen, ob der Patient seine Übungen korrekt durchführt und ob es Störungen gibt, die ein erneutes Einbestellen und Unterstützen des Patienten in die Klinik oder Praxis erforderlich machen. Hier stehen uns noch viele Möglichkeiten offen, die eine schnellere Genesung für den Patienten erbringen werden. Insbesondere in der Endoprothetik sind wir schon weit fortgeschritten, sodass Begriffe wie „Rapid Recovery“ und „Hip-in-a-Day“ inzwischen insbesondere in den USA, aber auch in den skandinavischen Ländern schon weitere Verbreitung gefunden haben. Letzten Endes muss aber immer beachtet werden, dass nicht die Entlassung des Patienten nach einem Tag das Entscheidende ist, sondern dass das Kunstgelenk für den Patienten 20 und mehr Jahre erfolgreich funktioniert und ihm die Lebensqualität zurückgibt, die er vorher nicht mehr hatte.

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

REDEMANUSKRIFT

Das Kreuz mit dem Kreuz: Behandlungsmöglichkeiten bei Kreuzschmerzen

Professor Dr. med. Bernd Kladny

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

Seit Jahren führen Kreuzschmerzen die Statistiken der Anlässe für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation an. Der Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) weist Rückenschmerzen hinter Atemwegserkrankungen als zweithäufigste Einzeldiagnose für Krankschreibungen aus. Hochgerechnet auf die erwerbstätige Gesamtbevölkerung sind dadurch rund 35 Millionen Ausfalltage in der Arbeit bedingt. Zusätzlich bedeuten Kreuzschmerzen eine erhebliche Beeinträchtigung der individuellen Lebensqualität.

Medizinisch unterscheidet man zwischen spezifischen Kreuzschmerzen und nicht spezifischen Kreuzschmerzen.

Bei **nicht spezifischem Kreuzschmerz** ist der Schmerz nicht mit krankhaften organischen Ursachen in Verbindung zu bringen. Davon ist bei immerhin 60 bis 80 Prozent der Patienten auszugehen. Für nicht spezifische Kreuzschmerzen gilt die Nationale VersorgungsLeitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz. An der zweiten Auflage (2017) arbeitete ein Expertengremium aus 28 Fachgesellschaften und Organisationen über zwei Jahre. Formuliert wurden 90 Empfehlungen zu Diagnostik, Therapie und Prävention (<http://www.leitlinien.de/nvl/kreuzschmerz/>). Auf eine allgemein sehr gut verständliche Patientenleitlinie sei hingewiesen.

In der Diagnostik stehen immer eine ausführliche Befragung und sorgfältige körperliche Untersuchung im Vordergrund. Mit hoher Wahrscheinlichkeit können dabei ohne Bildgebung ernsthafte spezifische Erkrankungen ausgeschlossen werden, wenn deutliche Warnzeichen („red flags“) fehlen.

Bei erstmalig aufgetretenen **akuten nicht spezifischen Kreuzschmerzen** ohne Warnhinweise sollen sich Patienten nicht schonen und möglichst aktiv bleiben. Bewegung und Bewegungstherapie spielen eine wichtige Rolle. Von allen Therapieverfahren, die die Passivität fördern (zum Beispiel Massage, Elektrotherapie und so weiter) wird abgeraten. Die Schmerzen haben eine gute Prognose und verschwinden bei einem Großteil von 80 Prozent innerhalb von vier Wochen. Bei stärkeren Schmerzen ist selbstverständlich eine medikamentöse Schmerztherapie möglich. Bestehen aktivitätseinschränkende Schmerzen länger als vier bis sechs Wochen oder nehmen gar zu, dann ist die Durchführung einer bildgebenden Diagnostik ebenso in Erwägung zu ziehen wie beim Vorliegen von Warnzeichen.

Trotz der großen Bedeutung der Kernspintomografie ist die Röntgendiagnostik nicht gänzlich verzichtbar. Jede Bildgebung muss aber immer in Einklang mit der Befragung, den Symptomen und den körperlichen Untersuchungsbefunden gebracht werden.

Gerade bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen können psychische und soziale Faktoren erheblichen Einfluss haben (biopsychosoziales Modell). **Chronische nicht spezifische Kreuzschmerzen**, also Schmerzen, die bereits länger als drei Monate anhalten, brauchen multimodale, interdisziplinäre Behandlungsprogramme (Arzt, Bewegungstherapeut, Psychologe) mit hoher Therapieintensität. Bei **spezifischen Kreuzschmerzen** lassen sich die Beschwerden und Untersuchungsbefunde sowie die Bildgebung in Einklang mit krankhaften organischen Veränderungen an der Wirbelsäule bringen. Die Warnzeichen („red flags“) führen zu solchen, oft auch seltenen Erkrankungen wie Tumoren und Entzündungen.

Seit Beginn dieses Jahres ergänzt die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz, die von 13 medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden zusammen mit Patientenvertretern herausgegeben wurde, die Nationale VersorgungsLeitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz. Die Leitlinie hat nicht den Umgang mit Kreuzschmerzen bei ernsthaften, bedrohlichen Erkrankungen zum Gegenstand, da diese in der Regel sicher erkannt werden und klare Therapievorgaben existieren.

Die Leitlinie bezieht sich im Wesentlichen auf eine Vielzahl an Ursachen für spezifische Schmerzen, die keine ernsthafte bedrohliche Erkrankung darstellen. Dem Mediziner sollen Anhaltspunkte für mögliche spezifische Ursachen gegeben werden, bei denen eine Abgrenzung zu nicht spezifischen Kreuzschmerzen nicht immer einfach ist. Die Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz ist heranzuziehen, wenn sich der Zustand nach wenigen Wochen nicht bessert oder frühzeitig der sichere Verdacht auf einen spezifischen Kreuzschmerz besteht.

Spezifische Erkrankungen brauchen eine spezifische Behandlung, die sich an der gestörten Struktur und Funktion der Wirbelsäule orientieren muss. Notfallsituationen (Blutvergiftung, fehlende Kontrolle über Blasenfunktion und Stuhlgang sowie fortgeschrittene Lähmungen) bedürfen einer umgehenden Abklärung und gegebenenfalls Operation innerhalb von sechs Stunden. Bei allen anderen Veränderungen ist eine **nicht operative Behandlung** Standard. Die ambulante Durchführung der Therapie hat immer Vorrang. Es soll an der Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass die Möglichkeiten einer sinnvollen konservativen Therapie eingeschränkt sind, da die zeitaufwendige Diagnostik, Aufklärung und konsequente nicht operative Therapie, gerade im ambulanten Bereich, in unseren Vergütungsstrukturen nicht immer ausreichend abgebildet sind. In Deutschland gibt es sinnvolle Programme zur konservativen Behandlung von Patienten mit Kreuzschmerzen, die allerdings nur für bestimmte Kostenträger oder regional zur Verfügung stehen. Eine flächendeckende Umsetzung für alle Kostenträger, unabhängig von regionalen Regelungen, ist dringend anzustreben.

Neben der ambulanten konservativen Therapie besteht bei Notfällen oder einem Versagen der ambulanten Maßnahmen auch die Möglichkeit zur stationären Einweisung.

Abhängig vom Ansprechen der konservativen Behandlung, den Patientenvorstellungen und der Prognose stehen heute sinnvolle **operative Verfahren** zur Verfügung. Die Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff kann nur individuell im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zusammen mit dem Patienten gestellt werden. Zur Absicherung gibt es die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen. Diese kann aber nur von einem Organspezialisten (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Neurochirurgie) abgegeben werden, der auch mit spezifischen Wirbelsäulenerkrankungen im Hinblick auf die erforderlichen operativen Verfahren vertraut ist. Diagnostik und Behandlung von Kreuzschmerzen bedürfen eines klar festgelegten stringenten Plans. Die Grundlagen dafür sind in aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien festgelegt.

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

REDEMANUSKRIFT

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

Joachim Schander, Patient, Kassel

Künstliche Gelenke geben Millionen von Menschen die Chance, sich wieder schmerzfrei zu bewegen. Wie erfolgreich der Gelenkersatz heutzutage ist, zeigt die Geschichte von Joachim Schander. Der mittlerweile 73-jährige Architekt aus Kassel war zeit seines Lebens ein sehr ambitionierter Freizeitsportler. Er nahm 16 Mal an einem Marathon teil und absolvierte über 200 Volksläufe in kürzeren Distanzen. Dafür lief er jede Woche rund 50 Kilometer in drei bis vier Trainingseinheiten. Zudem war er als Schwimmer, Skifahrer, Ruderer und Windsurfer aktiv.

Vor 15 Jahren spürte Schander beim Lauftraining zum ersten Mal Schmerzen in der Hüfte. Eine Untersuchung bei seinem Arzt Professor Dr. med. Werner Siebert, Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel, zeigte Verschleiß im rechten Hüftgelenk. Schanders rechtes Bein ist etwa acht Millimeter kürzer als das linke. Dadurch wurde es während des Trainings immer etwas stärker belastet. Professor Siebert empfahl ihm, vom Laufen aufs Radfahren umzusteigen. Das lief eine ganze Weile gut, bis die Schmerzen vor vier Jahren unerträglich wurden: Innerhalb weniger Tage konnte Schander kaum noch Treppen steigen und nicht mehr weiter als 300 Meter gehen. Sein Arzt riet zum sofortigen Gelenkersatz. Siebert operierte in einem minimal-invasiven Schlüsselloch-Verfahren, das die Muskeln weitestgehend schont.

Am Morgen nach dem Eingriff hatte Schander schon keine Schmerzen mehr und konnte sein operiertes Bein voll belasten. Innerhalb weniger Tage konnte Schander im Park der Klinik walken. Nach acht Tagen wurde er aus der Klinik entlassen und begann fünf Tage später wieder mit seiner Arbeit im Architekturbüro. 14 Tage nach dem Eingriff konnte er wieder Rad fahren. Zusätzlich absolvierte er täglich eine dreistündige ambulante Reha. Diese unterbrach er nur für einen Ausflug nach Paris – ein Geschenk an seine Frau. Auch die 700 Treppenstufen bis zur mittleren Plattform des Eiffelturms meisterte er ohne Schmerzen.

Auch heute ist Joachim Schander wieder sportlich aktiv. Das Laufen hat er auf Rat von Professor Siebert aufgegeben. Dafür fährt er mehrmals wöchentlich mit dem Rad und macht Krafttraining. Auch Ski Alpin steht seit Dezember 2014 wieder zweimal im Jahr auf seinem Sportprogramm. Dabei horcht er bewusst auf Schmerzsignale seines Körpers, die bis heute aber ausblieben. Schanders Patientengeschichte zeigt, wie künstliche Gelenke ein bewegtes und schmerzfreies Leben ermöglichen können. Voraussetzung sind eine positive Grundeinstellung und eine aktive Mitarbeit in der Reha.

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



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018

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

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

Themen und Referenten

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

Dr. med. Gerd Rauch

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

Verletzungsprävention im Profi-Fußball

Professor Dr. med. Tim Meyer

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

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

Finn Lemke

Handballprofi bei der MT Melsungen, Deutsche Handball-Nationalmannschaft

Neues bei der Therapie und der Rehabilitation von vorderen Kreuzbandverletzungen

Dr. med. Christian Schoepp

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

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

Privatdozent. Dr. med. habil. Raymond Best

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

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

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

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

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

Pressekontakt für Rückfragen:

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

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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



Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2018

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

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

Themen und Referenten

Vergreisung der Gesellschaft: Herausforderungen für O und U

Professor Dr. Dr. med. Werner E. Siebert

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

Qualität und Patientensicherheit messbar machen:

Fachgesellschaft und Industrie gründen gemeinsam ein Osteosyntheseregister

Professor Dr. med. Joachim Windolf

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

Steigende Krankheitslast und Ärztemangel: Zukunftsaufgaben für O und U

Dr. med. Gerd Rauch

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

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

Pressekontakt für Rückfragen:

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

Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:

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

Curriculum Vitae

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



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

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

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

*Pressekonferenz zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)
Mittwoch, 24. Oktober 2018, 12.30 bis 13.30 Uhr, Berlin*

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

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie (DGOOC), stellvertretender Generalsekretär
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
(DGOU), Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie an
der Fachklinik Herzogenaurach

* 1960



Beruflicher Werdegang:

- 1981–1987 Studium der Medizin an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- 1988 Promotion
- 1994 Facharzt Orthopädie einschließlich: Röntgendiagnostik des Gebietes, einschließlich des Strahlenschutzes
Sonografie des Gebietes, einschließlich der Säuglingshöften
- 1995 Orthopädische Rheumatologie
- 1996 Habilitation: „Die Früharthrose des Kniegelenkes – eine Studie zu Histomorphometrie und Bildgebung des Gelenkknorpels und des subchondralen Knochens“, Orthopädische Universitätsklinik Erlangen
(Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 1997 Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst
- 2003 außerplanmäßiger Professor der Universität Erlangen-Nürnberg
- 2006 Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berufliche Tätigkeit:

- 1988–1989 wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 1989–1990 wissenschaftlicher Assistent an der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (Direktor: Professor Dr. H. Tscherne) im Rahmen der Rotation als Assistenzarzt der Klinik für Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (Direktor: Professor Dr. A. Berger)
- 1990–1994 wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- 1994–1996 Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)
- Seit 1996 Chefarzt Fachklinik Herzogenaurach, Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie

Ausgewählte Aktivitäten der letzten Jahre:

- Leitung Qualitätszirkel Osteologie an der Fachklinik Herzogenaurach
- Beirat Zeitschrift Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis
- Beirat Zeitschrift Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin
- Beirat Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (ZfOU)
- Fachbeirat Technische Orthopädie
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Fertigstellung 2011)
- Mitglied der Kommission zur Erarbeitung der Neuauflage der Nationalen Versorgungsgleitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz (2017)
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz (2018)

Wichtige Ämter:

2004–2013	Leitung der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC (Sektion 3)
2009–2017	2. Vorsitzender des Verbandes Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) Landesverband Bayern
2009	Präsident der VSO (Vereinigung Süddeutscher Orthopäden e.V.) und Tagungspräsident des Jahrestreffens der VSO e. V., Baden-Baden 2009
2009–2013	Leitung der Sektion Rehabilitation – Physikalische Medizin – der DGOU
2011	3. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2012	2. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2013	Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU e.V.)
2013	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2014	1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC e.V.)
2015	Mitglied geschäftsführender Vorstand des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU e. V.)
2015	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU e.V.)
2016–2017	stellvertretender Generalsekretär der DGOU e. V.

- Seit 2015 Vizepräsident der Deutschen Hüftgesellschaft (DHG e. V.)
Seit 2015 Mitglied Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH e. V.)
Seit 2015 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie (DGOOC e.V.)
2018–2019 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
(DGOU e.V.)

Besondere Auszeichnungen:

- 2009 Verleihung der Hubert-Waldmann-Plakette durch den Berufsverband für Orthopädie
und Unfallchirurgie (BVOU) für außerordentliche Verdienste um das Fachgebiet als
höchste Auszeichnung des Berufsverbandes

2016 korrespondierendes Mitglied Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología

Curriculum Vitae

Joachim Schander
Dipl.-Ing. Architekt, Kassel

* 1945



1966 Abitur an der Albert-Schweitzer-Schule in Kassel
1966–1972 Studium der Architektur an der Technischen Hochschule Darmstadt
1971–1975 Freier Mitarbeiter im Architekturbüro G. Beyer in Kassel
1976–2008 Partner im Büro Beyer, Basaczek, Schander, Haake in Kassel GbR
2008 Einzelunternehmen Architekten BSH – J. Schander
2016 bis heute Architekten BSH J. Schander – C.Schander GbR

Verheiratet in zweiter Ehe seit 1993

zwei Kinder aus erster Ehe – Stefanie Schander und Carsten Schander

Unser Architekturbüro wurde 1954 gegründet und beschäftigt sich mit Kommunalbau, Krankenhausbau, Schulbau, Gewerbebau, Justizbauten und Wohnungsbau von mittleren bis zu Großprojekten.

Hobbys / Interessen:

- Ski Alpin seit 1968 bis heute
- Windsurfen ab 1978 bis 1992
- Segeln/Regattasegeln von 1987 bis heute
- Volkslauf/Marathon 1979 bis 2002
- Mountain-Bike ab 2003 bis heute
- Reisen