



Vorab-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Dienstag, 17. Oktober 2017, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum IV, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

Bewegung ist Leben – Highlights des DKOU 2017

Themen und Referenten

Marathon mit Kunstgelenk? Optimal bewegen bei orthopädischen Erkrankungen

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Aus dem Schockraum zurück ins Leben: Wie sieht vollständige Rehabilitation von Schwerstverletzten aus?

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Vom Wachstumsschmerz bis zur Sportverletzung: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gehört in die Hand des Spezialisten

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Neueste Daten aus O & U: Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Matthias Psczolla

Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken (ANOAK), Oberwesel, Facharzt für Orthopädie und für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Manuelle Medizin/Chirotherapie und Spezielle Schmerztherapie.

Aktiv gegen Schmerzen: ein neues Bewegungsprogramm bei rheumatischen Erkrankungen

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle

Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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



Vorab-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Dienstag, 17. Oktober 2017, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum IV, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

Bewegung ist Leben – Highlights des DKOU 2017

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:
schoeffmann@medizinkommunikation.org*

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messegelände Süd, Berlin

DKOU 2017: „Bewegung ist Leben“ Orthopäden und Unfallchirurgen setzen sich für aktiven Lebensstil ein

Berlin, 17. Oktober 2017 – Jedes Jahr verletzen sich 1,25 Millionen Bundesbürger beim Sport so schwer, dass sie ärztlich versorgt werden müssen¹. Überbelastung, hohe Risikobereitschaft und eine mangelnde Vorbereitung auf das Training führen immer wieder zu Unfällen. Gleichzeitig leben in Deutschland viele Millionen Menschen, die sich aufgrund einer Erkrankung nicht mehr schmerzfrei bewegen können. Auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) stellen Experten vom 24. bis 27. Oktober Therapien vor, mit denen sie Beweglichkeit bis ins hohe Alter erhalten und verlorene Beweglichkeit wiederherstellen können. Mit mehr als 10.000 Teilnehmern aus dem In- und Ausland ist der DKOU der größte europäische Kongress dieser Fachrichtung.

„Orthopädie und Unfallchirurgie haben in den vergangenen Jahren neue Methoden entwickelt, die Unfallopfer und Verletzte immer schneller wieder mobil machen“, sagt Professor Dr. med. Ingo Marzi, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) mit Blick auf den DKOU 2017. Während Patienten früher wochenlang im Gips lagen, kennen Unfallchirurgen und Orthopäden heute modernere Verfahren, die den Patienten schneller wieder auf die Beine bringen.

Sportverletzungen vermeiden und behandeln

„Als Orthopäden und Unfallchirurgen begrüßen wir den hohen Stellenwert, den Sport mittlerweile in unserer Gesellschaft eingenommen hat“, betont Marzi, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt. „Immer wieder behandeln wir auch ältere Patienten, die ihr Leben noch aktiv gestalten können und sich bei Unfällen schmerzhaft Verletzungen zuziehen.“ Rekonstruktive Eingriffe werden daher bei immer älteren Patienten erfolgreich durchgeführt.

Mit Bewegung gegen die Schmerzen

„Sich schmerzfrei bewegen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes, selbstbestimmtes Leben“, erklärt auch Professor Dr. med. Andrea Meurer, Präsidentin der Deutschen



Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Erkrankungen der Gelenke können in jedem Lebensalter – bei Kindern ebenso wie bei älteren Menschen – die Beweglichkeit und damit die Lebensqualität einschränken. Die Betroffenen leiden an Schmerzen und fallen deswegen oft in eine Schonhaltung. Dadurch gerieten sie aber in einen Teufelskreis, so Meurer, die die Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim leitet: „Schont sich der Patient, wird weniger Gelenkflüssigkeit produziert und die Knorpel werden rau und spröde, was wiederum zu mehr Verschleiß und Schmerzen führt. Regelmäßiges, moderates Training hilft dagegen, die Gelenkfunktion länger zu erhalten.“ Dies gelte auch für Patienten, die bereits eine Endoprothese tragen: Bewegung stabilisiert das Zusammenspiel zwischen Kunstgelenk, Knochen und Muskeln.

Bewegung beugt Erkrankungen vor

In einer Forsa-Umfrage mit 1210 Teilnehmern gaben nur zwei Drittel der Befragten an, sich mindestens 30 Minuten am Tag per Fahrrad oder zu Fuß zu bewegen². Die meiste Zeit des Tages verbringen die Deutschen im Sitzen, davon fast drei Stunden täglich im Fernsehsessel.

„Bewegungsmangel ist, neben kalorienreicher Ernährung, der häufigste Grund für Übergewicht und Fettleibigkeit. Übergewicht verdoppelt das Risiko für eine Knie-Arthrose, Fettleibigkeit verdreifacht es“, sagt Professor Dr. med. Alexander Beck, Vorstandsmitglied im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). „Es ist daher unsere Aufgabe, den Patienten zu einer Gewichtsreduktion zu raten und sie darüber aufzuklären, wie sie mehr Bewegung in ihren Alltag integrieren können und wie sie gesund Sport treiben können“, betont der Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Juliusspital in Würzburg.

Im Rahmen des DKOU 2017 wird auch wieder ein Patiententag stattfinden.

Der gemeinsame Kongress der DGOOC, DGU und des BVOU findet vom 24. bis 27. Oktober 2017 auf dem Messegelände Süd in Berlin statt. Die Anmeldung zum DKOU 2017 ist im Internet möglich. Unter <http://dkou.org> können Interessenten ausgewählte Vorträge außerdem live verfolgen. Nähere Informationen sind bei Intercongress GmbH, Wilhelmstraße 7, 65185 Wiesbaden, Tel. 0611 977-160, dkou@intercongress.de erhältlich. Journalisten akkreditieren sich über die Pressestelle.

Quellen:

(1) Sportunfälle – Häufigkeit, Kosten, Prävention; Studie der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum, Lehrstuhl für Sportmedizin

(2) „Beweg dich, Deutschland!“ – TK Bewegungsstudie 2016



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messegelände Süd, Berlin

Viel bewegen, wenig belasten: Wie Patienten mit Knie-Arthrose sinnvoll Sport treiben

Berlin, 17. Oktober 2017 – Fast jeder dritte 45- bis 67-Jährige in Deutschland ist an Arthrose erkrankt. Bei den über 65-Jährigen trifft der Gelenkverschleiß bereits jeden Zweiten. Viele Betroffene schonen sich, weil sie Schmerzen haben oder verunsichert sind, welche Belastung sie ihren Gelenken zumuten können. Der richtige Sport im richtigen Maß kann helfen, das Fortschreiten einer Arthrose zu bremsen. Nach einer Operation verbessert Bewegung das Zusammenspiel zwischen Kunstgelenk, Muskeln und Knochen. Welche Sportarten bei orthopädischen Erkrankungen sinnvoll sind, erklären Experten auf der heutigen Pressekonferenz.

„Bei Gelenkproblemen gilt der sportliche Grundsatz: viel bewegen, wenig belasten“, erklärt Professor Dr. med. Andrea Meurer, Kongresspräsidentin des DKOU 2017. „Ideal sind zyklische Bewegungen, die das Gelenk ohne Krafteinsatz gleichmäßig durchbewegen.“ Eine Kombination aus Ausdauereinheiten, Dehn- und Kräftigungsübungen ist am wirkungsvollsten, um den ganzen Körper zu stärken und Verletzungen vorzubeugen. Die Expertin empfiehlt, täglich 30 bis 40 Minuten, mindestens jedoch zweimal pro Woche zu trainieren. Sportarten wie Squash, Hand-, Fuß- oder Volleyball, Joggen, Reiten, Ski alpin und Tennis sind aufgrund der abrupten Richtungswechsel und der hohen Stoßbelastung eher schädlich fürs Gelenk. Nur wer sie gut verträgt, darf sie in Maßen ausüben.

„Wichtig ist, dass Patienten auf ihr Körpergefühl achten und bei Schmerzen ihren Arzt zu Rate ziehen“, betont Meurer. „Generell gilt es, die Gelenke langsam an die Bewegung zu gewöhnen und Überbelastung zu vermeiden“, so die Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim. Bandagen oder spezielle Einlagen können die Knie zusätzlich schützen. Patienten mit Übergewicht sollten zunächst versuchen, ihr Gewicht zu reduzieren, denn überflüssige Pfunde erhöhen die Belastung für die Knie: Beim Gehen wirkt nämlich doppelt so viel Gewicht auf die Gelenke wie beim Stehen.



Auf keinen Fall sollten Patienten in eine Schonhaltung verfallen, so die Orthopädin. „Wer sich – etwa aus Angst vor Schmerzen – kaum noch bewegt, produziert weniger Gelenkflüssigkeit. Der Knorpel im Kniegelenk wird dann spröde, was zu noch mehr Verschleiß und Schmerzen führt.“ Mangelnde Aktivität erhöht zudem das Risiko für Übergewicht, Stürze oder eine Osteoporose. Wie Menschen mit orthopädischen Erkrankungen optimal in Bewegung bleiben, erklären Experten bei der heutigen Pressekonferenz.

Übersicht: Diese Sportarten sind gut fürs Kniegelenk

- Radfahren
- Nordic Walking
- Skilanglauf
- Schwimmen
- Aqua-Jogging und Wassergymnastik
- Rudern
- Aerobic
- Ausdauertraining auf dem Cross-Trainer
- Krafttraining im Fitnessstudio



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messegelände Süd, Berlin

Wächst der Knochen oder liegt eine ernsthafte Erkrankung vor? Wachstumsschmerzen bei Kindern sind eine Ausschlussdiagnose

Berlin, 17. Oktober 2017 – Bis zu einem Drittel aller Kinder zwischen 2 und 12 Jahren leidet hin und wieder unter Wachstumsschmerzen. Bevor diese Diagnose gestellt werden kann, müssen ernsthafte Erkrankungen ausgeschlossen werden, etwa eine Infektion, ein Knochenbruch, Rheuma oder gar ein Knochentumor. Eltern sollten bei anhaltenden Schmerzen ihrer Kinder daher unbedingt einen Orthopäden und Unfallchirurgen aufsuchen. Auf der heutigen Pressekonferenz erklären Experten, was man aktuell über Wachstumsschmerzen weiß.

Klagt ein Vorschul- oder Schulkind vorwiegend nachts über brennende, ziehende oder klopfende Schmerzen in beiden Beinen oder Armen, können wachsende Knochen die Ursache sein.

Üblicherweise treten die Beschwerden am Tag nicht auf. „Wachstumsschmerzen sind keine Gelenkschmerzen“, betont Professor Dr. Alexander Beck, Kongresspräsident des DKOU 2017 für den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). „Der Schmerz tritt typischerweise in den Waden, Kniekehlen, Schienbeinen oder an den Vorderseiten der Oberschenkel auf.“

Wachstumsschmerzen sind in der Orthopädie ein häufiges Erscheinungsbild, doch bislang nur unzureichend erforscht. Es gibt auch keine diagnostischen Tests, mit denen sich Wachstumsschmerzen zweifelsfrei belegen lassen. „Wichtig ist daher, bei wiederkehrenden Schmerzsymptomen einen Orthopäden oder Unfallchirurgen aufzusuchen, um ernsthafte Erkrankungen des Bewegungs- und Halteapparates auszuschließen“, erklärt Beck, Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Juliuspital in Würzburg. Denn auch rheumatische Erkrankungen, Knochentumore, Knocheninfektionen oder unbemerkte Knochenverletzungen verursachen ähnliche Symptome. Solche schwerwiegenden Erkrankungen können mit bildgebenden Verfahren wie der Magnetresonanztomographie oder Blutuntersuchungen festgestellt werden.

Warum viele Kinder beim Wachsen Schmerzen haben, ist unklar. Eine Vermutung ist, dass die Weichteile langsamer wachsen als die Knochen. So gerät die Knochenhaut bei einem Wachstumsschub unter Spannung und verursacht Schmerzen. Eine andere Theorie besagt, dass der junge Knochen beim Wachstum ermüdet und der Schmerz Ausdruck dieser Ermüdung ist. Auch



psychosoziale Faktoren könnten eine Rolle spielen, zum Beispiel, wenn Kinder über den Schmerz Konflikte mit den Eltern verarbeiten.

„Eine Therapie gibt es leider nicht“, bedauert Beck. „Eltern können den Schmerz mit Massagen oder einer Wärmflasche lindern. Manchen Kindern helfen auch Kühlpads. Wenn die Beschwerden sehr stark sind, kann auch ein leichtes Schmerzmittel verabreicht werden – aber nur in enger Absprache mit dem behandelnden Kinderorthopäden.“

Symptome des Wachstumsschmerzes im Überblick:

- Der Schmerz tritt erstmals im Vor- oder Grundschulalter auf.
- Die Beschwerden machen sich abends oder nachts bemerkbar, hauptsächlich in den Waden, Kniekehlen, Schienbeinen oder an den Vorderseiten der Oberschenkel, nicht in den Gelenken.
- Morgens sind die nächtlichen Beschwerden wie weggeblasen und das Kind kann sich uneingeschränkt schmerzfrei bewegen.
- Der Schmerz tritt in beiden Extremitäten gleichzeitig auf.
- Die Schmerzen treten nicht regelmäßig auf.
- Wachstumsschmerzen sind keine Belastungsschmerzen, sondern Ruheschmerzen.



Pressemitteilung zum DKOU 2017

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
24. bis 27. Oktober 2017, Messengelände Süd, Berlin

Innovations-Highlights aus Orthopädie und Unfallchirurgie: 17 Produkte bewerben sich um Prädikat „besonders innovativ“

Berlin, 17. Oktober 2017 – Von der Prothese aus dem 3-D-Drucker bis zum intelligenten Gelenk-Sensor: Mehr als 230 Firmen aus Pharma- und Medizintechnik nehmen an der Industrieausstellung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2017 teil. 16 Firmen werden auf der Plattform BrandNew@DKOU ihre neuesten Produkte präsentieren, um diese von den Kongressbesuchern bewerten zu lassen. Mit dem Prädikat „besonders innovativ“ will Europas größter Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie Produkte auszeichnen, die als besonders fortschrittlich gelten.

„Der medizinische Fortschritt lebt von der Innovationskraft der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie,“ sagt Professor Dr. med. Alexander Beck, Kongresspräsident des DKOU 2017. „Wir erwarten auch in Zukunft wichtige Innovationen, etwa dass mehr Informationen aus Bilddateien herausgelesen werden können, dass Endoprothesen zunehmend individualisiert werden und dass Patienten per App aufgeklärt werden.“

„Mit dem Format BrandNew@DKOU möchten wir einigen Firmen, die besonders zur Innovationskraft der Branche beitragen wollen, die Möglichkeit geben, ihre Produkte in einem besonderen Rahmen zu präsentieren“, so Kongresspräsident Professor Dr. med. Ingo Marzi. Die 17 Produkte der 16 teilnehmenden Firmen werden in Glasvitrinen ohne Standpersonal präsentiert. Die Kongressteilnehmer können diese mithilfe einer App mit dem Prädikat „besonders innovativ“ bewerten. Die besten drei Produkte erhalten eine Auszeichnung und werden nach dem Kongress in einem Newsletter ausführlich dargestellt.

„Ich freue mich, dass wir eine neue Plattform geschaffen haben, um den Kongressbesuchern zu zeigen, wie sich unser Fachgebiet stetig weiterentwickelt“, sagt die Kongresspräsidentin Professor Dr. med. Andrea Meurer.

Eine Liste aller teilnehmenden Firmen und Produkte ist unter <http://dkou.org/brandnew/> erhältlich.

Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Termin: Dienstag, 24. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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



Was O & U bewegt

Themen und Referenten

Familisierung: Familienfreundliche Arbeit in Zeiten des Ärztemangels

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Kreuzschmerz: Heilen ohne Messer – was hilft und was hilft nicht?

Professor Dr. med. Bernd Kladny

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

Wirbelsäule – operieren wir zu viel?

Professor Dr. med. Christian Knop

Präsident der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft, Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinikum Stuttgart

Kinder auf der Flucht: Neue Herausforderungen in der Orthopädie

Professor Dr. med. Thomas Wirth

Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Klinikum Stuttgart

Qualitätssiegel EndoCert: Deutsches Zertifizierungssystem macht Gelenkersatz immer sicherer

Dr. med. Holger Haas

Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Chefarzt am Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin des Gemeinschaftskrankenhauses Bonn

Gelenkersatz auf höchstem Niveau: Neue Zahlen aus dem Endoprothesenregister

Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Volkmar Jansson

Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik und Leiter des Endoprothetikzentrums des Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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 2017

Termin: Mittwoch, 25. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Nach einem Unfall: für jeden die richtige Behandlung

Themen und Referenten

Stürze, Brüche, Kopfverletzung: optimale Versorgung schwerverletzter Kinder

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Üben für den Ernstfall: Unfallchirurgie in Zeiten des Terrors

Professor Dr. med. Benedikt Friemert

Oberstabsarzt und Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Muskelverletzungen – Frühdiagnostik, Prävention und Therapiekontrolle

Professor Dr. med. Thomas J. Vogl

Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Interdisziplinäre Versorgung im Leistungsfußball

Professor Dr. med. Tim Meyer

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

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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 2017

Termin: Donnerstag, 26. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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

Was Arzt und Patient für ein bewegtes Leben tun können

Themen und Referenten

Fast wie normal? Was leistet die moderne Endoprothetik?

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Immer an der Seite: der Orthopäde als Partner des Spitzensportlers

Thomas Lurz

12facher Weltmeister im Freiwasserschwimmen, Würzburg

Hype mit Fragezeichen: Welchen Anforderungen müssen gute Fitness-Apps genügen?

Dr. med. Urs-Vito Albrecht, MPH

Stellvertretender Direktor des hannoverschen Standorts des Peter L. Reichertz Instituts für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)

Ein Leben lang schmerzfrei bewegen: Wie sieht ein gelenkschonender Lebensstil aus?

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 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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 2017

Termin: Freitag, 27. Oktober 2017, 11.00 bis 12.00 Uhr

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



Forschung in O & U

Themen und Referenten

O & U in Zeiten der Sparpolitik: Wie viel Qualität ist noch möglich?

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Forschung in O & U lohnt sich – für die Patienten und die Gesellschaft

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Gemeinsam entscheiden auf Augenhöhe: Vertrauen in der Arzt-/Patienten-Beziehung

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusospital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Den Gelenkverschleiß verstehen: auf der Suche nach Ursachen und Biomarkern der Arthrose

Professor Dr. rer. nat. Frank Zaucke

Dr. Rolf M. Schwiete Forschungsbereich für Arthrose an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Moderation: Anne-Katrin Döbler, Pressestelle DKOU 2017, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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

Manuskript der Referentin:

Marathon mit Kunstgelenk? Optimal bewegen bei orthopädischen Erkrankungen

Professor Dr. med. Andrea Meurer

Kongresspräsidentin des DKOU 2017, stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC);

Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim FFM

Aufgrund des demografischen Wandels nimmt die Zahl der Menschen mit orthopädischen Alterserkrankungen, die die Beweglichkeit einschränken, zu. Gleichzeitig möchten viele Patienten trotz hohem Alter noch sportlich aktiv sein und stellen dabei hohe Ansprüche an ihre eigene Sportfähigkeit. Aber welche Sportarten und welche Belastungen sind bei orthopädischen Erkrankung sinnvoll und welche können gar schaden?

Sport mit Endoprothese

Die Arthrose ist die häufigste orthopädische Erkrankung bei älteren Menschen. Die Gelenkchirurgie, insbesondere die Endoprothetik, stellt deshalb einen großen Teil der orthopädischen operativen Eingriffe dar. Mittlerweile kann jedes große Gelenk im menschlichen Körper durch ein künstliches Gelenk ersetzt werden. Diese sind in den letzten Jahren immer belastbarer geworden. Aber erträgt ein Kunstgelenk die gleiche sportliche Belastung wie ein natürliches, gesundes Gelenk? Grundsätzlich sollten Patienten mit einer Endoprothese sich möglichst viel bewegen, ohne das Gelenk dabei starken Druck- oder Stoßbelastungen auszusetzen. Zyklische Bewegungen ohne Krafteinsatz, die gleichmäßig das Gelenk durchbewegen, sind ideal. Gerade eine gut ausgebildete Muskulatur ist wichtig, um die Gelenke zu stabilisieren. Der Wechsel zwischen Ausdauer-, Dehn- und Kräftigungsübungen ist deshalb optimal. Die Deutsche Rheuma-Liga bietet beispielsweise Funktionstraining unter der Leitung von auf Arthrose und Endoprothetik spezialisierten Krankengymnasten an. Moderate körperliche Aktivität (Schwimmen, Radfahren) wirkt einer Inaktivitätsosteoporose entgegen und führt bei Prothesenpatienten zu einer verbesserten Osteointegration des knöchernen Prothesenlagers.

Gelenkschonende Sportarten

Die Beurteilung geeigneter Sportarten und -intensitäten hängt vorrangig vom betroffenen Gelenk, der gewählten OP-Technik, den implantierten Materialien sowie von Begleitpathologien ab.

Gelenkschonende Sportarten helfen dabei, beweglich zu bleiben. Ein gutes Gelenktraining bieten Radfahren, Schwimmen, Nordic Walking, Skilanglauf oder Aquafitness. Nicht zu empfehlen ist dagegen alles, was eine Mehrbelastung des künstlichen Gelenks erzeugt. Dazu zählen Sprünge oder Sportarten, die ein plötzliches Stop-and-go erfordern, wie Squash, Hand-, Fuß- oder Volleyball. Joggen, Reiten, Ski alpin und Tennis sollten nur ausgeübt werden, wenn sie gut vertragen werden. In einer retrospektiven Untersuchung zehn Jahre nach Hüftgelenkersatz zeigte sich bei aktiven Läufern und Reitern eine Verdoppelung des Risikos einer aseptischen Hüft-TEP-Lockerung. Vielen Patienten

hilft aber auch schon eine Gewichtsabnahme. Die überflüssigen Pfunde erhöhen die Belastung für die Gelenke und verstärken die Schmerzen im Gelenk bzw. die Belastung des künstlichen Gelenks. Zusammenfassend gilt also festzuhalten: die moderne Endoprothetik ermöglicht eine Vielzahl von körperlichen Aktivitäten, aber nicht alles was möglich ist, ist auch sinnvoll.

Sport bei Osteoporose

Ähnlich verhält es sich bei der Osteoporose – ebenfalls ein Krankheitsbild, das mit zunehmendem Alter häufiger auftritt. Durch sportliches Training, insbesondere durch die Kräftigung der Muskulatur, wie der Hüftstreckmuskulatur, der Hüft-Abduktoren und der Kniestrecker, wird der Knochen widerstandsfähiger und die Knochenmasse nimmt zu. Neben der gezielten Kräftigung sollte man auch die Gleichgewichtsfähigkeit trainieren. Dadurch werden die Standfestigkeit und die Bewegungssicherheit im Alltag erhalten und das Sturzrisiko reduziert.

Sport bei Krebs

Während Arthrose und Osteoporose klassische Alterserkrankungen sind, kennen Tumorerkrankungen des Bewegungsapparates keine klare Grenze zwischen Jung und Alt. Krebskranken wird heute grundsätzlich zu Sport und Bewegung geraten, da körperliche Aktivität nachgewiesenermaßen die Nebenwirkungen einer Chemo- oder antihormonellen Therapie reduziert. Sportmediziner der Deutschen Sporthochschule haben Tumorpatienten für einen Halbmarathon trainiert. Ein positiver Einfluss des Laufens ist die generelle Stärkung des Immunsystems und die Aktivierung körpereigener Killerzellen, die bösartige Tumorzellen vernichten. Wer regelmäßig Sport treibt, beugt außerdem einer Krebserkrankung vor. Man geht heute davon aus, dass sportlich aktive Menschen ihr Risiko, an Krebs zu erkranken, durchschnittlich um 20 bis 30 Prozent reduzieren können. Wenn dennoch Krebs auftritt, haben Patienten, die vor ihrer Erkrankung regelmäßig Sport getrieben haben, nachweislich ein geringeres Rückfallrisiko. Aber auch bislang eher inaktive Patienten können noch von einer Änderung ihres Lebensstils profitieren. Körperliche Aktivität nach einer Tumorerkrankung reduziert nachweislich die Gefahr eines Rückfalls und erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine dauerhafte Heilung. Dieser Effekt kann sich je nach Tumorart im gleichen Maße vorteilhaft auswirken wie eine Chemo- oder Antihormontherapie. Zwischen der Menge an Sport und der Anti-Krebs-Wirkung gibt es einen direkten Zusammenhang: Je mehr Bewegung, umso größer der Effekt. Krankengymnastik allein reicht also nicht aus. Als besonders vorteilhaft hat sich bisher ein kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining erwiesen, mit zusätzlichen Elementen zur Schulung von Flexibilität und Koordination.

Kindergerechter Sport bei körperlicher Behinderung

Sicher kennen viele den Satz: „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen.“ Und aus diesem Grund muss man auch die Thematik der Möglichkeiten der sportlichen Betätigung bei kinderorthopädischen

Krankheitsbildern differenziert betrachten. Beispielhaft sollen hier die Kinder mit einer körperlichen Behinderung genannt werden, da sie in der Regel auf Funktionsstörungen des Bewegungsapparates zurückzuführen sind. Kinder mit Behinderungen haben den gleichen Drang nach Bewegung wie Kinder ohne Behinderung. Die Freude beim Toben und Tollen wird auch von körperlicher Behinderung nicht getrübt. Im Gegenteil: Vor allem in der Bewegungserziehung im Behindertenbereich zeigt sich, dass Sport Barrieren überwinden hilft, Sozialverhalten und Sozialfähigkeit schult und ausbaut, Wahrnehmung trainiert und nicht zuletzt körperlichen Beeinträchtigungen entgegenwirkt. Sport- und Schwimmunterricht, Rhythmikeinheiten und Spiele im Freien leisten einen wichtigen Beitrag zur ganzheitlichen Förderung aller Kinder.

So zeigt sich zusammenfassend, dass sportliche Betätigung in allen Bereichen der Orthopädie einen wichtigen Beitrag zur Prävention leistet und zur Genesung beitragen kann.

Literatur:

- Buza J, Fink L, Levine W. Sports Activity After Total Joint Arthroplasty: Recommendations for the Counseling Physician. *Phys Sportsmed* 2013;41:9–21.
- Cassel M, Brecht P, Günther KP, Mayer F. Endoprothesen und Sport. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 2017;68:38–42.
- Franke H, Berg H, Halle M, Mayer f, Nowacki P, Predel G, Schramm TH, Zerbes H, Zimmer P. Bewegung und Sport mit Endoprothese. Empfehlung der Sektion Rehabilitation und Behindertensport der DGSP e.V. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin* 2006;57:VII–VIII.
- Mayer F, Dickhuth H. Physical activity after total joint replacement. *Int Sport J* 2008;9:39–43.
- Klausmeier V, Lugade V, Jewett BA, Collis DK, Chou LS. Is there faster recovery with an anterior or anterolateral THA? A pilot study. *Clin Orthop Relat Res* 2010;468(2):533–541.
- Wysocki A, Butler M, Shamliyan T, Kane RL. Whole-body vibration therapy for osteoporosis: state of the science. *Ann Intern Med* 2011;155(10):680–686.
- Lemanne D, Cassileth B, Gubili J. The role of physical activity in cancer prevention, treatment, recovery, and survivorship. *Oncology* 2013;27(6):580–585.
- http://www.gew-sportkommission.de/bayern/Seite_08.pdf

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Aus dem Schockraum zurück ins Leben: Wie sieht vollständige Rehabilitation von Schwerstverletzten aus?

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Kongresspräsident des DKOU 2017, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGO), Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Relevanz von Trauma: Zahlen

Laut Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gab es 2014 insgesamt 9,77 Millionen Unfallverletzte. Die meisten dieser Unfälle passieren dabei in der Freizeit (3,89 Mio.) und im Haushalt (3,15 Mio.), gefolgt von Schul- und Arbeitsunfällen (1,34 Mio./1 Mio.) sowie Unfällen im Straßenverkehr (0,39 Mio.). Tödliche Verletzungen wurden im Jahr 2014 insgesamt 22 717 Mal verzeichnet. In der Konsequenz bedeutet dies für die Unfallchirurgie, dass einerseits eine breite und flächendeckende Behandlung von Unfällen aller Art – auch mit leichteren Verletzungen – gesichert sein muss, aber andererseits selbstverständlich auch eine hochspezialisierte Behandlung lebensbedrohlicher Schwerstverletzter rund um die Uhr gewährleistet sein muss.

TraumaNetzwerk DGU® – eine weltweit einzigartige Versorgungsstruktur

Im TraumaRegister DGU® (TR-DGU) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) wurden für 2015 über 30 000 verletzte Patienten dokumentiert. Sie wurden nach einem schweren Unfall über den Schockraum eines Traumazentrums eingeliefert und mussten intensivmedizinisch behandelt werden. Die aufwändige Behandlung dieser Verletzten erfolgt in einem gestuften Versorgungskonzept mit lokalen, regionalen und überregionalen Traumazentren. Dieses Konzept bzw. die optimalen Bedingungen für die Versorgung von Schwerverletzten haben Unfallchirurgen im Weißbuch Schwerstverletztenversorgung 2006 erstmals definiert und im Rahmen der Qualitätsinitiative TraumaNetzwerk DGU® ab 2008 umgesetzt.

Damit sollten die unterschiedlichen Behandlungskonzepte und die Ausstattung an Personal, Geräten und medizinischem Zubehör in Deutschlands Unfallkliniken standardisiert werden. Ziel ist es, jedem Schwerverletzten an jedem Ort zu jeder Zeit bestmögliche Überlebenschancen zu bieten und auch außerhalb von Ballungszentren eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Die Teilnahme der Kliniken an der Initiative führte zu Änderungen in deren Organisations- und Personalstrukturen: beispielsweise wurden Schockraumleitlinien etabliert, Dienstpläne hinsichtlich der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit eines kompetenten Notfallteams verändert oder Ärzte im Schockraummanagement geschult. In vielen Kliniken wurde zudem die Ausstattung optimiert: beispielsweise Röntgenanlagen und Ultraschallgeräte für den Notfall-Behandlungsraum nachgerüstet, teleradiologische Systeme eingeführt und die Bereitstellung von Instrumenten für Notfalloperation und Blutkonserven vorgenommen.

Innerhalb von nur zehn Jahren ist der DGU damit die Etablierung einer bundesweit hochwertigen Schwerverletztenversorgung gelungen. Über 600 Traumazentren erfüllen die Qualitätsvorgaben der DGU.

Das Wesentliche am TraumaNetzwerk DGU® ist die Vernetzung der über 600 auditierten Kliniken zu regionalen Traumanetzwerken. So kommen im Schnitt auf ein überregionales Traumazentrum (ÜTZ) knapp zwei regionale Traumazentren (RTZ) und drei lokale Traumazentren (LTZ), so dass einerseits die breite Versorgung abgedeckt ist und andererseits die interne Verlegbarkeit und Kommunikation gesichert ist. Mittlerweile ist die gesamte Bundesrepublik flächendeckend mit über 50 regionalen TraumaNetzwerken überzogen, teils existieren diese Netzwerke in Grenzregionen auch länderübergreifend (z.B. in Kooperation mit den Niederlanden, der Schweiz und Österreich). Über Qualitätszirkel und in Kooperation mit den Rettungsleitstellen und den kommunalen Ärztlichen Leitern der Rettungsdienste lebt und aktualisiert sich das System.

S3-Leitlinie Polytrauma: Was ist wann von wem zu tun

Von besonderer Bedeutung bei der Schwerverletztenversorgung ist die S3-Leitlinie Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung. Die kürzlich erschienene 2. Auflage (2016) der über 400-seitigen Leitlinie dokumentiert aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und gibt über 250 Empfehlungen zur Versorgung von Patienten mit einem Polytrauma – vom Unfallort über den Schockraum bis hin in den OP. Für die über 600 Traumazentren, die an der Initiative TraumaNetzwerk DGU® teilnehmen, gelten diese Empfehlungen. Sie haben dazu beigetragen, dass die Klinik-Sterblichkeit in den vergangenen 20 Jahren deutlich gesunken ist. Die Leitlinie wird derzeit ins Englische übersetzt. Sie wird von der European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES) – der Europäischen Gesellschaft für Unfallchirurgie – als richtungweisend angesehen. Dies beruht nicht zuletzt auf der umfassenden internationalen Literaturlauswertung, die im Rahmen der Erstellung und Überarbeitung der Leitlinie erfolgt ist.

TraumaRegister DGU®: Grundlage für wissenschaftliche Analysen und Qualitätssicherung

Das TraumaRegister DGU® als Qualitäts- und Steuerungsinstrument belegt die qualitativ hervorragende Behandlung schwerstverletzter Patienten. Wissenschaftlich bietet das Register eine hervorragende Basis zur weiteren Verbesserung der Versorgung Schwerstverletzter. Aktuell werden jährlich etwa 20 Publikationen basierend auf Daten aus dem Register in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht – insgesamt sind es seit 1997 über 250. Mit mehr als 30 000 Fällen pro Jahr ist das TraumaRegister DGU® eines der weltweit größten klinischen Schwerverletztenregister.

Reha-Loch schließen: Gespräch mit den Kostenträgern suchen

Unfallchirurgen sehen sich in der Verantwortung, die Behandlung vom Unfallort bis hin zur Wiedereingliederung ins soziale und berufliche Umfeld zu sichern.

Während die Erstversorgung im Krankenhaus auf einem hohen Niveaus stattfindet, ist eine Lücke derzeit aber offenbar: Mit Ausnahme der Schädelhirnverletzen und Arbeits- sowie Wegeunfällen existiert keine gute Anschlussfinanzierung zur Rehabilitation schwerverletzter Patienten nach dem primären Krankenhausaufenthalt. Diese Lücke muss geschlossen werden, um die soziale und berufliche Reintegration zu verbessern. Eine von der DGU geplante Datenerhebung zum sogenannten „Reha-Loch“ soll Unfallchirurgen nun dazu dienen, mit verschiedenen Kostenträgern das Gespräch und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen.

AltersTraumaZentrum DGU® Selbstständigkeit statt Pflegeheim

Die Altersentwicklung in Deutschland schreitet rasch voran und immer ältere Menschen mit multiplen Vorerkrankungen und zahlreichen Medikamenten stürzen oder verletzen sich. Diese Patienten sind aber in vielerlei Hinsicht nicht mit einem schwerstverletzten jungen Unfallopfer zu vergleichen. Meist liegen initial nur geringe Krafteinwirkungen vor, die dann aber bereits zu relevanten Verletzungen führen. Insbesondere sind hier Verletzungen am Hüftgelenk (Schenkelhalsfrakturen), aber auch Wirbelsäulenfrakturen, oder Ober- und Unterarmbrüche zu nennen. Häufig kommt es im Rahmen der Einnahme „blutverdünnender“ Medikamente auch zu ausgedehnten Blutungen, wie zum Beispiel Hirnblutungen.

Die im Vergleich zum jüngeren Patienten deutlich erhöhte Rate an allgemeinen Komplikationen während des stationären Aufenthaltes (Lungenentzündungen, Herzinfarkt, Delir, erschwerte Mobilisation) darf keinesfalls unterschätzt werden und eine geriatrische Mitbehandlung verbessert den Outcome.

Um ältere Menschen nach einem Unfall optimal zu behandeln, hat die DGU Richtlinien erarbeitet und 2014 im Kriterienkatalog „AltersTraumaZentrum DGU®“ veröffentlicht. Im Zentrum steht ein multiprofessioneller Ansatz: Er stellt sicher, dass der Verletzte durch Unfallchirurgen und gleichzeitig auch von Geriatern (Altersmediziner) betreut wird. Damit ist es möglich, die Patienten besser zu versorgen und Probleme im Heilungsverlauf zu vermeiden, so dass sie ihre Mobilität möglichst zügig und dauerhaft wiedererlangen können. Denn gerade bei geriatrischen Patienten ist die Mobilität ausschlaggebend für ihre Selbstständigkeit und damit auch für ihre Lebensqualität. Ziel der Unfallchirurgen ist es, die schlechte Prognose nach einem Sturz im hohen Alter zu verbessern. Unfallkliniken, die die im Kriterienkatalog beschriebenen strukturellen und inhaltlichen Anforderungen erfüllen, können sich in Kooperation mit Geriatern als AltersTraumaZentrum DGU® zertifizieren lassen. Mittlerweile sind bereits 54 Alterstraumazentren eingerichtet. Über 100 Unfallkliniken haben die Zertifizierung derzeit beantragt. Auch die Daten der Alterstraumazentren

werden erfasst und erlauben so neben einer Qualitätssicherung auch eine wissenschaftliche Auswertung und Weiterentwicklung.

Kindertraumatologische Kompetenz im TraumaNetzwerk DGU®

Innerhalb der Initiative TraumaNetzwerk DGU® macht die Versorgung schwerverletzter Patienten im Alter zwischen 0 und 16 Jahren einen Anteil von circa vier Prozent aus. So wurden im Jahr 2015 laut TraumaRegister-Jahresbericht über 1 000 Patienten dieser Altersgruppe im TR-DGU erfasst (BASIS-Kollektiv). Dies benötigt besondere Kompetenz. Dazu hat die DGU bereits in der 2. Auflage des Weißbuches Schwerverletztenversorgung (2012) das „kindertraumatologische Referenzzentrum“ eingeführt: Danach gibt es in jedem zertifizierten TraumaNetzwerk DGU® eine Kooperation mit einem überregionalen Traumazentrum mit besonderer kindertraumatologischer Kompetenz. Darüber hinaus steht in der derzeit dritten Überarbeitung des Weißbuches auch die klarere Definition kindertraumatologischer Referenzzentren an. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) sollen diese dann besser ausgewiesen werden.

Weitere Informationen unter www.dgu-online.de:

- 1) DGU-Pressemitteilung vom 18.01.2017: Terrorgefahr: Mediziner fordern Ausstattung von Rettungswagen mit Tourniquets
- 2) 5-Punkte-Plan der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
http://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/2.Aktuelles/Presse/PDF/2016_5_Punkte_Plan_Website_Pressemitteilung_F.pdf
- 3) DGU-Pressemitteilung vom 27.09.2016: Terrorgefahr in Deutschland: Unfallchirurgen ergreifen Maßnahmen für den Ernstfall
- 4) DGU-Pressemitteilung vom 6.9.2016: Jahresbericht: TraumaRegister DGU® erfasst über 30.000 Schwerverletzte 2015
- 5) DGU-Pressemitteilung vom 21.01.2016: AltersTraumaRegister DGU® geht an den Start
- 6) Pressemitteilung vom 29.9.2015: Unfallchirurgen spannen Notfallnetz über ganz Deutschland

und unter folgenden Websites:

- 1) TraumaNetzwerk DGU
http://www.traumanetzwerk-dgu.de/de/startseite_tnw.html
- 2) AltersTraumaZentrum
http://www.alterstraumazentrum-dgu.de/de/startseite_atz.html
- 3) TraumaRegister DGU
http://www.traumaregister-dgu.de/de/startseite_tr.html
- 4) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – Unfallstatistik 2014
<http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Unfaelle/Gesamtunfallgeschehen/Gesamtunfallgeschehen.html>

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Vom Wachstumsschmerz bis zur Sportverletzung: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen gehört in die Hand des Spezialisten

Professor Dr. med. Alexander Beck

Kongresspräsident des DKOU 2017, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie im Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusospital in Würzburg, Leiter des zertifizierten EndoProthetikZentrums und regionalen Traumazentrums

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Aus der Tatsache, dass sie noch wachsen, ergeben sich spezifische Krankheitsbilder und Fragestellungen. Außerdem ist kein einziges Behandlungs- und Osteosyntheseverfahren exklusiv für Kinder entwickelt worden.

Niklas schreit. Es ist zwei Uhr in der Nacht und der Sechsjährige hat Schmerzen in den Waden und den Kniekehlen. Seine Mutter tröstet ihn, massiert die schmerzhaften Stellen und Niklas schläft wieder ein. Am nächsten Morgen turnt und springt der Sechsjährige herum als sei nichts gewesen. Seine Mutter ist beunruhigt. Das ist ein typisches Protokoll kindlicher Wachstumsschmerzen.

Diese sind ein häufiger Grund für den Besuch beim Arzt. Je nach Studie und Schätzungen haben drei bis 37 Prozent der Kinder zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Erwachsenwerdens Wachstumsschmerzen (1). „Diese haben keine organisch fassbare Ursache“, sagt Professor Dr. Alexander Beck,

Kongresspräsident für den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Juliusospital in Würzburg. „Wir müssen allerdings sehr genau prüfen, dass es keine anderen Ursachen für den Schmerz gibt. Das Entscheidende ist der Ausschluss einer ernsthaften Erkrankung oder Verletzung.

„Wachstumsschmerzen sind eine Ausschlussdiagnose“, so Beck weiter. Die Leistung der Orthopäden und Unfallchirurgen, die Kinder und Jugendliche behandeln, besteht demnach in der sorgfältigen Differenzialdiagnose. Sie müssen feststellen, ob eine Fraktur vorliegt, die vielleicht übersehen worden ist. Sie müssen eine Infektion ausschließen, einen gut- oder bösartigen Knochentumor, kindliches Rheuma, eine angeborene und noch unentdeckte Erkrankung der Hüfte, des Knies, des Unterschenkels oder Fußes. „Die Abklärung dieser Ursachen gehört in die Hand eines Spezialisten“, sagt Professor Beck, „weil es keine Krankheitsbilder sind, die zu den gängigen Diagnosen in einer Kinderarzt- oder Hausarztpraxis gehören.“

Typische Wachstumsschmerzen treten an beiden Beinen auf. Es sind keine einseitigen Schmerzen. Sie erzeugen ein schmerzhaftes und klopfendes Gefühl, das meistens in der Nacht auftritt und die Kinder aus dem Schlaf reißt. Wachstumsschmerzen sind auch keine Gelenkschmerzen. Der Schmerz tritt an den Waden auf, den Schienbeinen, den Kniekehlen und den Vorderseiten der Oberschenkel. Es gibt keine gesicherte wissenschaftliche Erklärung zu den Ursachen, nur Theorien. Eine dieser Theorien geht davon aus, dass die Weichteile langsamer wachsen als die Knochen und dass die Knochenhaut

bei einem Wachstumsschub derart unter Spannung gerät, dass daraus ein Schmerz resultiert (2). Eine andere Theorie besagt, dass der junge Knochen bei dem starken Wachstum ermüdet und dass der Schmerz Ausdruck dieser Ermüdungserscheinungen ist (3). Eine dritte Theorie nimmt an, dass die Kinder über die Schmerzen Konflikte mit den Eltern verarbeiten (4). Dabei kennt man Wachstumsschmerzen schon sehr lange. Der Begriff wurde 1832 von dem französischen Arzt Marcel Duchamp geprägt (5). In Anbetracht der Tatsache, dass die Diagnose Wachstumsschmerz außerordentlich häufig ist, ist die internationale Literatur dazu sehr dürftig.

Auch Knochenbrüche im Kindes- und Jugendalter erfordern spezielle Kenntnisse. Frakturen sind bei Kindern und Jugendlichen zwar in der Regel einfacher und heilen schneller als bei Erwachsenen, aber Kinder wachsen noch. Der kindliche Knochen ist einem ständigen Knochenumbau unterworfen. Zwar werden auch die Knochen der Erwachsenen ständig auf- und abgebaut, aber nicht in dieser Dynamik und nicht in diesem Ausmaß wie bei Kindern und Jugendlichen. „Man muss diese Dynamik und deren Wirkung auf das kindliche Skelett kennen, um Knochenbrüche bei Kindern und Jugendlichen gut versorgen zu können“, sagt Professor Beck. „Erschwerend kommt hinzu, dass kein modernes Behandlungsverfahren exklusiv für Kinder und Jugendliche entwickelt worden ist.“

Verschiedene Studien beziffern das Risiko, sich bis zum Abschluss des Wachstumsalters einen Knochenbruch zuzuziehen, auf 15 bis 45 Prozent. Jungen haben aufgrund ihrer größeren Risikobereitschaft ein größeres Verletzungsrisiko (6).

Die Tatsache, dass Kinder noch wachsen, hat Vor- und Nachteile für die Behandlung. Zu den Vorteilen gehört, dass geringe Abweichungen bei der Beinachse, die nach der Behandlung der Fraktur noch fortbestehen, durch das Wachstum korrigiert werden. Allerdings können auch Wachstumsstörungen auftreten, die dazu führen, dass der gebrochene Knochen schneller oder langsamer wächst. Das kann dann zu Beinlängendifferenzen führen.

Die meisten Kinder und Jugendlichen verletzen sich beim Sport. Die Gründe sind oft falsches Training, falsche Übungen und eine falsche Vorbereitung auf den Sport. „Wir müssen den Kindern und Jugendlichen schon frühzeitig vermitteln, dass man beim Sport auch einiges falsch machen kann und dass nur ein gutes Training vor Verletzungen und Überlastungen schützt“, sagt Professor Beck, der seit 2012 Verbandsarzt der Freiwasserschwimmer im Deutschen Schwimmverband ist. „Nur so sorgen wir dafür, dass den Kindern der Spaß an der Bewegung erhalten bleibt, dass sie sicher und verletzungsfrei trainieren. Damit sammeln sie positive Erfahrungen im gemeinsamen Sport und bei den Wettkämpfen und wachsen an diesen Erfahrungen.“

Literatur:

- (1) Uziel, Y, HashkesPJ. (2007). Growing Pains in Children. *Pediatric Rheumatology*. 5: 5.

- (2) Staheli LT (1992). Pain of musculoskeletal origin in children. *Curr Opin Rheumatol.* 4: 748–752.
- (3) Bennie PB (1984). Growing pains. *Arch Pediatr.* 1: 337–347.
- (4) Nash JM, Apley J. (1951). Growing pains: a clinical study of non-arthritis limb pains in children. 26. 134–140.
- (5) Duchamp M. (1832). *Maladiess de la croissance.*
- (6) Kraus et al. (2005). Häufigkeit von Frakturen der langen Röhrenknochen im Wachstumsalter. *Deutsches Ärzteblatt.* Jg.102, Heft 12.

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript des Referenten:

Neueste Daten aus O & U: Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Matthias Psczolla

Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken (ANOA), Oberwesel, Facharzt für Orthopädie und für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Manuelle Medizin/Chirotherapie und Spezielle Schmerztherapie.

Von den 70- bis 79-Jährigen in Deutschland, haben etwa 50 Prozent der Frauen und 33 Prozent der Männer eine Arthrose. Etwa 25 Prozent der Frauen und 17 Prozent der Männer in Deutschland haben chronische Rückenschmerzen. 25 Prozent der 70- bis 79-Jährigen Frauen und drei Prozent der gleichaltrigen Männer haben eine Osteoporose. In Vorsorge- oder Reha-Einrichtungen sind Muskel- und Skeletterkrankungen die häufigsten Diagnosen bei beiden Geschlechtern. Im Jahr 2008 gingen in der Bundesrepublik 11,2 Prozent aller entstandenen Krankheitskosten auf Krankheiten am Muskel- und Skelettsystem zurück.

Bei den meisten Betroffenen ist ein operativer Eingriff oder eine stationäre Aufnahme nicht angezeigt. Sie werden in den Praxen der niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen konservativ mit manueller Medizin, Schmerz- oder Physiotherapie behandelt. Für komplexe Fälle und Schmerzerkrankungen steht darüber hinaus ein zunehmendes Angebot an konservativen Akut- und Schmerzkliniken in der Orthopädie / Unfallchirurgie zur Verfügung, denn auch Verletzungsfolgen können sehr gut konservativ behandelt werden. Orthopädische Rehakliniken leisten einen großen Beitrag zur Wiederherstellung der Gesundheit am Bewegungssystem, zur Vermeidung einer Chronifizierung und nach operativen Eingriffen. Gerade an der Wirbelsäule kommt die konservative Behandlung der Patientensicherheit und einem oft gewünschten niedrigen Risikoprofil entgegen. Durch die steigenden Erkrankungszahlen haben Orthopäden und Unfallchirurgen einen gewaltigen Versorgungsauftrag, der mit der alternden Gesellschaft in Zukunft noch weiterwachsen wird. Konservative Behandlungsmethoden in der Orthopädie und Unfallchirurgie müssen daher gleichberechtigt neben dem operativen Teil stehen. Dass der Löwenanteil der Versorgung konservativ erfolgt, wird in der Öffentlichkeit jedoch kaum wahrgenommen. Zugleich werden konservative Therapien nicht mehr angemessen vermittelt und vergütet. Zudem fehlten bisher Daten und evidenzbasierte Kenntnisse zur Evaluation der konservativen Therapie in Deutschland.

Dieses Weißbuch bietet erstmalig strukturierte, evidenzbasierte Erkenntnisse zur Evaluation der konservativen Therapie in Orthopädie und Unfallchirurgie. Erfahrene Experten stellen zu jedem Indikationsgebiet die konservativen Behandlungsmethoden dar, beurteilen deren Stellenwert, decken Versorgungsmängel auf und beschreiben, wie die Defizite im konservativen Bereich so entwickelt werden können, dass das Fach Orthopädie/Unfallchirurgie in seiner ganzen Breite zukunftsfähig abgebildet wird. Wir wollen mit konservativer Therapie erreichen, dass Schmerzen gelindert, die Lebensqualität verbessert, die Beweglichkeit erhöht, Unfallfolgen gemindert und das Fortschreiten der Erkrankung hinausgezögert wird. Mit einer guten konservativen Therapie, die diesen Zielen dient, lassen sich Operationen vermeiden oder hinauszögern.

*Vorab-Presskonferenz zum Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)
Dienstag, 17. Oktober 2017, 11.30 bis 12.30 Uhr, Berlin*

Weitere Informationen zum Weißbuch:

www.degruyter.com/viewbooktoc/product/485172

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Manuskript der Referentin:

Aktiv gegen Schmerzen: ein neues Bewegungsprogramm bei rheumatischen Erkrankungen

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle

Bundesverband der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin

Mit mehr als 300.000 Mitgliedern ist die Deutsche Rheuma-Liga die größte Selbsthilfeorganisation im deutschen Gesundheitswesen. Eine der wichtigsten Service-Leistungen der Rheuma-Liga ist die Durchführung von Bewegungsprogrammen vor Ort. Denn: „Rheuma braucht Bewegung“. Die drei „Bs“, Bewegung, Beratung und Betreuung sind die zentralen Angebote der Rheuma-Liga für Betroffene.

Warum ist gerade für die 17 Millionen rheumakranke Menschen in Deutschland Bewegung so wichtig? Die prägenden Symptome dieser Krankheiten sind Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Bewegungsapparat. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien belegt den positiven Effekt körperlicher Aktivität, gerade auch bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Körperliche Inaktivität erhöht bei rheumatoider Arthritis (RA) nachweislich das Risiko, dass die Entzündungsaktivität voranschreitet. Eine aktuelle Übersichtsarbeit bestätigt die positiven Effekte der Bewegungstherapie bei allen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Vor allem bei RA ist körperliche Inaktivität ein wesentlicher Risikofaktor für schlechten Funktionsstatus und verminderte Lebensqualität. Offenbar ist wegen der schädigenden Effekte der Entzündung noch mehr körperliche Aktivität notwendig, als es bei Gesunden gefordert wird. Körperliche Aktivität vor dem Ausbruch der RA hat sogar Einfluss auf den späteren Verlauf der Erkrankung. Bewegung sorgt fünf Jahre vor Ausbruch der RA (ca. 30 Minuten dreimal pro Woche) für weniger Schmerzen, bessere Beweglichkeit der Gelenke und geringere Krankheitsaktivität. Bei körperlich aktiven Kranken wird ebenso das durch die chronische Entzündung geförderte Arterioskleroserisiko gemindert. Auch Fatigue und die häufig begleitende Depression werden günstig beeinflusst. Leider ist weltweit bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen die körperliche Aktivität zu gering.

Die Empfehlungen der WHO zur Bewegung lauten: Mindestens 150 Minuten moderate Bewegung pro Woche, optimalerweise 300 Minuten. Bei intensiven Aktivitäten werden mindestens 75 Minuten empfohlen, optimalerweise 150 Minuten. Zweimal wöchentlich Kräftigungsübungen und bei Menschen über 65 Jahre: dreimal pro Woche Übungen zur Sturzprophylaxe. Ein intensives Training ist eine wichtige Komponente der Bewegungstherapie bei Menschen mit rheumatischen Erkrankungen mit verschiedenen positiven Effekten. Wenn Kontraindikationen zu einer schweren rheumatischen oder anderen Erkrankung ausgeschlossen werden können, sollten die Kranken entsprechend motiviert werden und passende Gruppenangebote erhalten. Dabei ist es wichtig, die Eigenaktivität mit positivem Erleben und konkreten Planungen zu stärken und zu unterstützen. Bisher fehlen leider konkrete Empfehlungen der Fachgesellschaften.

In Zusammenarbeit mit dem sportwissenschaftlichen Institut der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg hat die Deutsche Rheuma-Liga unter Leitung von Professor Pfeifer das neue Bewegungsprogramm aktiv-hoch-r entwickelt. Für Menschen, die trotz oder gerade wegen erster Beschwerden aktiv werden möchten. Das Angebot richtet sich nicht nur an Menschen mit Rheuma, sondern an alle, die gesund und fit werden oder bleiben möchten.

Professor Pfeifer wird das Programm während des Arthrosetages den Interessierten vorstellen. Aktiv-hoch-r wird vom Landesverband Berlin der Rheuma-Liga seit 2017 umgesetzt und auf dem Arthrosetag den Teilnehmern praktisch demonstriert.

Der 8. Arthrosetag findet am Donnerstag, den 26. Oktober, von 18:00 bis 20:30 Uhr auf der Messe Berlin statt, Kongressbereich Süd, im großen Saal. Eingang ist „Messe Süd“. Neben weiteren Vorträgen (siehe Flyer) haben die Betroffenen die Möglichkeit, in Einzelgesprächen mit den Wissenschaftlern ihre individuellen Probleme zu diskutieren.

Literatur:

- (1) Giuseppe D. (2015) Arthritis Res Ther 17: 40
- (2) Neuberger GB. (2007) Arthritis Rheum 57: 943
- (3) O'Dwyer T. (2014) Rheumatology 53: 1812–1817
- (4) Pinto AJ. (2017) Autoimmun Rev 16: 667–674
- (5) Prati C. (2014) JBS 81: 386
- (6) Sandberg ME. (2014) Ann Rheum Dis 73: 1541

Es gilt das gesprochene Wort!
(Berlin, Oktober 2017)

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Andrea Meurer
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC); Ärztliche Direktorin der
Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim Frankfurt am Main

* 1966



Studium:

WS 1985	Immatrikulation an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz im Fachbereich Humanmedizin
1987	Ärztliche Vorprüfung
1988	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1991	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1991–1992	Praktisches Jahr im Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Promotion:

24.6.1992	Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin, Titel: „Computertomographisches Staging gastrointestinaler Tumoren“
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Habilitation:

1.7.1999	Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin, Titel: „Untersuchung der normalen und krankhaft veränderten Gehbewegung des Menschen mit computerunterstützter dynamischer Elektromyographie und Goniometrie. Eine methodische Studie mit gesunden Probanden verschiedener Altersklassen und mit Coxarthrose- und Gonarthrosepatienten“ Erhalt der Venia Legendi für das Fach Orthopädie
----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Beruflicher Werdegang:

07/1992–12/1993	Tätigkeit als Ärztin im Praktikum an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
01/1994	Approbation
01/1994–12/1995	Wissenschaftliche Assistentin in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor:

	Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
01/1996–12/1996	Wissenschaftliche Assistentin in der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität Köln (Direktor: Universitätsprofessor Dr. K. E. Rehm)
Seit 01/1997	Wissenschaftliche Assistentin in der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
11/12/1997	Ernennung zur Oberärztin der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Heine)
07/1999	Erhalt der Venia Legendi für das Fach Orthopädie
02/2005	Ernennung zur Leitenden Oberärztin und Ständigen Vertretung des Klinikdirektors
02/2006	Ernennung zur außerplanmäßigen Professorin
09/2006	Wahl in den Vorstand der Deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie
10/2006	Aufnahme in die ComGen der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
11/2008	Ernennung zur Chefärztin der Vulpius Klinik, Bad Rappenau
01/2009	Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
03/2009	Ruf auf den Lehrstuhl für Orthopädie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt und als Stellvertretende Ärztliche Direktorin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim (OUF)
01/2012	Bestellung zur Ärztlichen Direktorin und Geschäftsführerin OUF
2014	Präsidentin der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.
10/2014	Wahl zur 2. Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie DGOOC (Präsidentin 2017)

Anerkennungen:

12/19997	Anerkennung als Fachärztin für Orthopädie
09/2001	Zusatzbezeichnung Rheumatologie
10/2004	Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie
11/2005	Bezeichnung Osteologe DVO
11/2006	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie
11/2007	Anerkennung als Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitgliedschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Berufsverband der Ärzte für Orthopädie
- Deutschsprachige Vereinigung für Kinderorthopädie
- Deutsche Wirbelsäulengesellschaft
- Deutsche Vereinigung für Bewegungsanalyse
- Deutsche Morbus Perthes Initiative
- Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
- Deutscher Hochschulverband
- Verband der Leitenden Krankenhausärzte

Wissenschaftliche Preise:

- 2000 Outstanding Paper Award der 10th International Conference on Biomedical Engineering in Singapur
- 2002 Konrad-Biesalski-Preis der DGOOC für das Buch „Elektromyographie und Goniometrie der menschlichen Gehbewegung“ (Springer Verlag Heidelberg, 2001)
- 2005 Innovationspreis der Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie für die Arbeit „Repetitive low-energy shock wave application without local anaesthesia ...“, J.D. Rompe, A. Meurer, B. Nafe, A. Hofmann, L. Gerdesmeyer

Stipendien:

- 2004 Europäisches Reisestipendium der Deutschsprachigen Vereinigung für Kinderorthopädie
- 2006 Kanada-England-Reisestipendium der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie
- Aufnahme in den Kreis der Austria-Switzerland-Germany-(ASG-)Fellows

Sonstiges:

Mitherausgeberin der Zeitschrift „Der Orthopäde“, Springer Verlag

Wissenschaftlicher Beirat der Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie“, Thieme Verlag

2013 Wahl in den Sachverständigenbeirat des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Ingo Marzi

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU);
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main



* 1959

Professor Dr. Ingo Marzi ist seit Januar 2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU).

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist seit 2001 Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt der Goethe-Universität, wo er auch die Professur innehat.

Marzi war 2012 Präsident der European Society for Trauma and Emergency Surgery (ESTES) und leitete 2014 als Präsident den 2. World Trauma Congress in Frankfurt

Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte:

- Translationale Polytraumaforschung: Frühdiagnostik inflammationsbedingter System-Reaktionen, Mikrozirkulationsstörungen und Organversagen
- Experimentelle und klinische Studien zur Knochenregeneration und Stammzelltherapie
- Wundheilung, Gewebeersatz und Infektsanierung
- Kindertraumatologie
- Wirbelsäulentraumatologie

Klinischer Werdegang:

Seit 2001	Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt, Goethe-Universität
1999–2001	Kommissarischer Direktor der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1996–1999	Leitender Oberarzt der Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes
1986–1996	Assistenz- und Oberarzt der Chirurgischen Klinik des Universitätsklinikums des Saarlandes

- 1985–1986 Assistenzarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses St. Marienwörth in
Bad Kreuznach
- 1984–1985 Stabsarzt in Kastellaun

Wissenschaftlicher Werdegang:

- Seit 2001 Universitätsprofessor der Goethe-Universität in Frankfurt am Main
- 1998 Außerplanmäßiger Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität des
Saarlandes
- 1993 Habilitation im Fach Chirurgie an der Medizinischen Fakultät der Universität des
Saarlandes
- 1987–1988 Forschungsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) am Department
of Pharmacology der University of North Carolina, USA
- 1985 Promotion im Fach Neurologie an der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz
- 1977–1983 Studium der Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

Fachqualifikationen:

- 2010: Zusatzbezeichnung Sportmedizin
- 2005: Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- 2000: Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
- 1996: Zusatzbezeichnung Handchirurgie
- 1993: Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
- 1992: Fachkundenachweis Rettungsdienst
- 1992: Facharzt für Chirurgie

Mitgliedschaften und Ehrenämter:

- 2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Seit 2015 Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- 2014 Kongresspräsident des World Trauma Congresses (WTC)
- 2011 Präsident der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- 2011 Präsident der European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES)
- 2009–2014 Leiter des Wissenschaftsausschusses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie
(DGU)

Weitere Mitgliedschaften:

- AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Fachbeirat
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU)
- European Shock Society (ESS)
- European Society for Trauma & Emergency Surgery (ESTES)
- Euroacademia Multidisciplinaria Neurotraumatologica (EMN)
- Association for Orthopaedic Research (AFOR)
- Shock Society
- AO International

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. habil. Dr. med. Alexander Beck
Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie
Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusospital Würzburg
EndoProthetikZentrum, Regionales Traumazentrum



Studium:

1984–1990 Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians Universität, München
27.04.1990 Vorläufige Approbation (AiP)
13.12.1990 Promotion an der LMU München

Ärztliche Tätigkeit:

04/1990–05/1990 Radiologische Praxis, Augsburg (Dres. Beck/ Eckardt/ Hillenbrand)
06/1990–05/1991 Unfallchirurgie, Zentralklinikum, Augsburg (Prof. Dr. Rüter)
06/1991–11/1991 Kernspintomographie am AKH, Universität Wien (Prof. Dr. Imhof)
12/1990–01/1991 Radiologische Praxis, Augsburg (Dres. Beck/ Eckardt/ Hillenbrand)
01/1992–09/1992 Herzchirurgie, Zentralklinikum, Augsburg (Prof. Dr. Struck)
10/1992–09/1993 Thorax- und Gefäßchirurgie, Zentralklinikum, Augsburg
(Prof. Dr. Loeprecht)
10/1993–09/1995 Allgemein- und Viszeralchirurgie, Zentralklinikum, Augsburg
(Prof. Dr. Witte)
10/1995–09/1997 Unfall, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Zentralklinikum, Augsburg
(Prof. Dr. Rüter)
10/1997–10/2007 Unfall-, Plastische, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universität Ulm
(Prof. Dr. Kinzl)
11/2007–12/2016 Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie, Juliusospital Würzburg
03/2012–12/2016 Neugründung und Leitung des Instituts für Sportmedizin und
Sportverletzungen am Juliusospital
Seit 01/2017 Klinikleiter und Chefarzt der Abteilungen Orthopädie, Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie sowie Sportmedizin und Sportverletzungen im
Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusospital, Würzburg

Forschung:

04/1999–03/2000 Institut für Biomechanik und Unfallchirurgische
Forschung, Universität Ulm (Prof. Dr. L. Claes)

Qualifikationen:

1991	Fachkunde Strahlenschutz
1992	Fachkunde Rettungsdienst
1993	Zusatzbezeichnung Sportmedizin
1995	Fachkunde Leitender Notarzt
1996	Facharzt für Chirurgie
1997	Schwerpunkt Unfallchirurgie
2001	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
2001	Europäisches Facharztexamen Unfallchirurgie (EBSQ)
2002	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
2003	Habilitation (22.7.2003)
2003	Absolvent der Managementkurse der Württembergischen Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie
2004	Intensivtransport
2004	Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
2004	Crew Resource Management Initial Training (CRM)
2005	Advanced Trauma Life Support (ATLS-Instruktorenkurs)
2006	Safety in Prehospital Life Support (SPLS-Instruktorenkurs)
2006	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle Unfallchirurgie
2008	Umhabilitation an die Universität Würzburg
2010	aPL Professur der Universität Würzburg

Berufsbedingte Mitgliedschaften

- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU), Vorstandsmitglied
Kongresspräsident DKOU 2017
- Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Notärzte (agbn), 1. Vorsitzender seit 10/2017
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), Mitglied im Präsidium
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Ausschuss Versorgung- und fachbezogene Fragen (stellv. Vorsitzender)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Vereinigung Bayerischer Chirurgen (VBC)
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC)
- Sektion NIS "Notfall-/ Intensivmedizin, Schwerverletztenversorgung" der DGU
- Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)
- Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Osteosynthese, Sektion Deutschland (AO)
- Mitglied des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK)

Auslandsaufenthalte:

08/1988–11/1988	Royal Flying Doctor Service of Australia, Port Hedland, Northwestern Territories, Australien
04/1989–07/1989	Triemlispital, Innere Medizin Zürich, Schweiz
08/1989–11/1989	New Groote Schuur Hospital, Kapstadt und St. Apollinaris Hospital Centocow Mission, Creighton / Natal, Südafrika
06/1991–11/1991	Allgemeines Krankenhaus AKH, Wien, Österreich

Sonstige Tätigkeiten:

- Sportmediziner: Kooperationspartner und offizielles medizinisches Zentrum des Olympiastützpunkt Bayern (OSP), Verbandsarzt der Freiwasserschwimmer im Deutschen Schwimmverband (DSV), ärztliche Leitung des Bundesstützpunkt Langstreckenschwimmen beim Schwimmverein 05 (SVW 05) in Würzburg
Deutscher Ärztevertreter als Medical Delegate in der Ligue Européenne de Natation (LEN)
- Ermächtigter Notarzt, Verlegungsarzt und Leitender Notarzt in den Rettungsdienstbereichen Augsburg und Würzburg

Curriculum Vitae

Dr. med. Matthias Psczolla

Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken (ANOVA), Oberwesel, Facharzt für Orthopädie und für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Manuelle Medizin/Chirotherapie und Spezielle Schmerztherapie



* 1950

Ausbildung – Weiterbildung:

1969-1971	Humanmedizin an der Justus - Liebig - Universität – Gießen
1971-1975	Humanmedizin Freie Universität Berlin
1975	Staatsexamen
1976	Approbation
1976-1978	Unfallchirurgie bei Prof. Dürr am Evangelischen Stift in Koblenz
1978-1981	Orthopädie bei Prof. Groeneveld am Heinrich - Haus – Engers
1981	FA für Orthopädie – ZWB Chirotherapie, Physikalische Therapie
1981-1986	Oberarzt bei Dr. Suchomel an der Orth. Klinik Lahnhöhe
1984	Promotion an der WWU Münster
1997	Sportmedizin
1997	Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
2000	ZWB Spezielle Schmerztherapie

Beruflicher Werdegang:

1986-2015	Gründer und Chefarzt der konservativen orthopädischen Klinik für Manuelle Medizin des Muskuloskeletalen Zentrums der Loreley- Kliniken St. Goar – Oberwesel
Seit 1983	Lehrtätigkeit in der Manuellen Medizin - DGMSM - Ärzteseminar Hamm - Boppard (FAC) e.V.
Seit 1990	Präsident der DGMSM in der DGMM Akademie Boppard
1995-2003	Lehrauftrag „Manuelle Medizin“ an der Allgemeinmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Seit 2003	Gründer und Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft nichtoperativer orthopädisch manualmedizinischer Akutkliniken (ANOVA e.V.)
2007-2016	Geschäftsführer der Krankenhaus GmbH St.Goar – Oberwesel

- Seit 2013 Beauftragter der DGOU und DGMM für den CEN-DIN Prozess „Osteopathische Gesundheitsversorgung“ und für Konservative O/U
- 2014-2017 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM)
- Seit 2016 Vertreter der Marienhaus Unternehmensgruppe in der Gesellschafterversammlung der Krankenhaus GmbH St. Goar- Oberwesel
- Seit 2016 Aufsichtsrat des Katholischen Klinikums Mainz (KKM) für die Marienhaus Unternehmensgruppe

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle
Ehrenpräsidentin des Bundesverbandes der Deutschen Rheuma-Liga,
Berlin, Fachärztin für Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie



Beruflicher Werdegang:

1958–1964	Medizinstudium an der Humboldt-Universität, Berlin
1964	Approbation als Ärztin und Promotion an der Humboldt-Universität, Berlin
1964–1987	Tätigkeit an der Medizinischen Klinik der Charité Berlin
1982	Habilitation
1988–2005	Chefärztin der Rheumaklinik Berlin-Buch
1989	Honorarprofessur für Innere Medizin an der Humboldt-Universität, Berlin
2005–2008	Führung einer Rheumapraxis in Berlin-Pankow
2008–2016	Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Seit 2016	Ehrenpräsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

Mitgliedschaften und Tätigkeiten:

- Ehrenpräsidentin der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
- Vorstandsmitglied der Deutschen Rheuma-Liga, Berlin
- Stiftungsratsmitglied Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Berlin

Auszeichnungen:

- Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland
- Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie
- Carol-Nachman-Medaille
- Goldener Schmetterling der Lupus-Erythematodes-Selbsthilfegemeinschaft
- Goldene Ehrennadel der Deutschen Rheuma-Liga
- Franziskus-Blondel-Medaille
- Verdienstorden des Landes Berlin
- Georg-Hohmann-Plakette



Bestellformular Fotos:

Vorab-Pressekonferenz zum DKOU 2017

Bewegung ist Leben – Highlights des DKOU 2017

Termin: Dienstag, 17. Oktober 2017, 11.30 bis 12.30 Uhr

Ort: Raum IV, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Berlin

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

- Professor Dr. med. Andrea Meurer
- Professor Dr. med. Ingo Marzi
- Professor Dr. med. Alexander Beck
- Dr. med. Matthias Psczolla
- Professor Dr. med. Erika Gromnica-Ihle

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

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Pressekontakt für Rückfragen:

Lisa Ströhlein/Heinke Schöffmann
Pressestelle DKOU 2017
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