



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

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

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

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

### **Themen und Referenten:**

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

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

*Dr. med. Manfred Neubert*

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

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

*Professor Dr. med. Uwe Niethard*

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

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

*Professor Dr. med. Bernd Kladny*

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

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

*Professor Dr. med. Frank Kandziora*

Vorsitzender der Sektion Wirbelsäule der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie  
(DGOU), Vice-President der European Spine Society (EUROSPINE), Chefarzt am Zentrum für  
Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am  
Main

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

*Ursula Helms*

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### **Inhalt:**

**Pressemitteilungen**

**Redemanuskripte**

**Lebensläufe der Referenten**

**Bestellformular für Fotos**

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

### **Pressekontakt für Rückfragen:**

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

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

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



## **Pressemitteilung zum DKOU 2016**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

25. bis 28. Oktober 2016, Messengelände Süd, Berlin

## **Reden statt Röntgen: Bildgebung bei Rückenschmerzen oft ohne Nutzen – Patientengespräch nicht ausreichend vergütet**

**Berlin, 26. Oktober 2016 – Rückenschmerzen sind in Deutschland der Grund für jeden fünften Fehltag am Arbeitsplatz. Bei 60 bis 80 Prozent der Patienten haben die Schmerzen keine organische Ursache. Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz empfiehlt deshalb, erst dann eine bildgebende Untersuchung wie Röntgen oder Kernspintomografie anzuordnen, wenn der Schmerz auch nach vier bis sechs Wochen nicht abklingt, die körperliche Aktivität einschränkt oder zunimmt. Wie kluge Diagnostik und Therapie bei Rückenschmerz aussieht, diskutieren Experten auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2016 vom 25. bis 28. Oktober in Berlin.**

„Im Vordergrund einer guten Diagnostik bei Rückenbeschwerden steht die fachkundige Befragung des Patienten und eine sachgerechte körperliche Untersuchung“, betont Professor Dr. med. Bernd Kladny, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC). Bei der Erstuntersuchung ginge es hauptsächlich darum, Warnzeichen zu erkennen, die auf gefährliche Erkrankungen wie zum Beispiel einen Wirbelbruch, einen Bandscheibenvorfall mit Nervenschaden oder eine Entzündung hindeuten. Dann kann der Arzt – je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit – weitere Untersuchungen oder eine Überweisungen in fachärztliche Behandlung anordnen. „Lassen sich keine entsprechenden Hinweise feststellen, kann man bei erstmaligen akuten Schmerzen in den ersten vier Wochen zunächst nur das Symptom Schmerz behandeln und den Patienten ausführlich aufklären“, sagt Kladny. In diesen Fällen helfen akut Schmerzmittel sowie Bewegung im Alltag und gezielte Übungen. Bei 80 Prozent aller Rückenpatienten klingen die Schmerzen innerhalb von wenigen Tagen oder Wochen wieder ab. „Tritt nach vier bis sechs Wochen bei anhaltenden aktivitätseinschränkenden oder zunehmenden Kreuzschmerzen keine



Besserung ein, ist es angeraten, den Einsatz von bildgebenden Verfahren zu überprüfen“, räumt Kladny ein.

In über 90 Prozent der Fälle wird – den Vorgaben der Leitlinie entsprechend – auf eine nicht indizierte oder zu frühe radiologische Bildgebungsdiagnostik verzichtet. Das ergab eine Analyse von Versichertendaten gesetzlicher Krankenversicherungen. „Bei einem ansonsten gesunden Patienten sind Röntgen oder teure bildgebende Verfahren wie die Kernspintomografie innerhalb der ersten vier Wochen bei fehlenden Warnhinweisen nicht zielführend“, betont Professor Dr. med. Heiko Reichel, einer der Kongresspräsidenten des DKOU und Präsident der DGOOC. „Bilder allein liefern oft auch keinen konkreten Hinweis auf die Ursache der Schmerzen, sondern diese müssen immer in Zusammenhang mit der Patientengeschichte und der Untersuchung beurteilt werden“. Psychosoziale Faktoren, wie Stress oder Bewegungsmangel lassen sich nämlich auf keinem Röntgenbild erkennen, betont Dr. med. Manfred Neubert, der als Kongresspräsident den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) auf dem DKOU 2016 vertritt: „Hier sind wir auf die Selbstauskunft des Patienten angewiesen. Dafür ist das Gespräch mit dem Patienten unverzichtbar.“ Das Arzt-Patientengespräch wird jedoch nicht ausreichend vergütet – im Gegensatz zu den teuren Bildgebungsverfahren. Das müsste sich laut der Experten aus Orthopädie und Unfallchirurgie dringend ändern.

Im Hinblick auf spezifische Kreuzschmerzen mit ausstrahlenden Schmerzen ins Bein ist ein Bandscheibenvorfall die häufigste Ursache. Hier sind konservative Verfahren wie Schmerztherapie und Physiotherapie die Behandlungsmethoden der ersten Wahl. Bei Bedarf und in Abhängigkeit von Schwere und ambulantem Verlauf ist eine Behandlung mit intravenöser Schmerztherapie und Injektionen auch stationär möglich. Je nach Situation könne auch außerhalb von Notfallsituationen eine Operation angezeigt und sinnvoll sein, so Kladny: „Hier gilt es, gemeinsam mit dem Patienten zu entscheiden, welche Behandlungsmöglichkeit für ihn abhängig von der Befundkonstellation und dem Verlauf in seiner Lebenssituation die geeignete ist und welche Alternativen in Frage kommen“. Wie Orthopäden und Unfallchirurgen gemeinsam mit dem Patienten über die optimale Behandlung entscheiden, ist Thema der heutigen Pressekonferenz.

## **Indikationsqualität vor Behandlungsqualität: Gemeinsam klug entscheiden in der Medizin**

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

### **Was ist Choosing Wisely?**

Unter „Choosing Wisely“ versteht man eine vor fünf Jahren in den USA ins Leben gerufene Initiative, die den offenen Dialog zwischen Ärzten und Patienten über unnötige Leistungen sucht. Für diese Gespräche wurden sogenannte Top-5-Listen erstellt. Diese Listen benennen fünf medizinische Maßnahmen, bei denen eine Überversorgung besteht und für die es einen verstärkten Bedarf nach einer gemeinsamen Entscheidungsfindung gibt, dem Shared Decision Making (zu Deutsch: der partizipativen Entscheidungsfindung).

Der Begriff Überversorgung bezeichnet medizinische Leistungen, die entweder nicht indiziert sind, also nicht nötig sind, oder deren Nutzen in evidenzbasierten Studien nicht hinreichend belegt worden ist. In den USA sind diese Top-5-Listen breit gestreut worden und bilden eine Diskussionsgrundlage für Patienten und Ärzte. Unterversorgung ist beim Choosing Wisely in den USA kein Thema. Die American Association of Orthopedic Surgeons (AAOS) hat 2013 eine Liste mit fünf „Choosing Wisely“-Empfehlungen veröffentlicht. Die erste Empfehlung lautet zum Beispiel, dass bei Patienten mit elektiver Hüft-TEP (Totalendoprothese) kein routinemäßiger postoperativer Ultraschall auf tiefe Venenthrombose gemacht werden soll.

### **Was haben Choosing Wisely und Shared Decision Making miteinander zu tun?**

Viele Patienten wollen nicht mehr, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wird, weil sie mit den Folgen der Entscheidungen leben müssen. Partizipative Entscheidungsfindung ist ein Gespräch auf Augenhöhe. Arzt und Patient entscheiden gemeinsam über die anstehenden Untersuchungen und Behandlungen, die dann auch gemeinsam verantwortet werden. Der Arzt ist Experte für das medizinische Wissen und der Patient ist Experte für seine persönlichen Lebensumstände, seine Werte und seine Präferenzen. In Deutschland ist der informierte Patient auch politisch gewollt.

### **Was ist „Klug entscheiden“?**

„Klug entscheiden“ ist das deutsche Pendant zu „Choosing Wisely“. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) haben sich das Anliegen des amerikanischen Choosing Wisely rasch zu eigen gemacht. Bei den von der DGIM inzwischen formulierten „Klug entscheiden“-Empfehlungen (KEE) steht allerdings nicht die partizipative Entscheidungsfindung im Vordergrund, sondern die Verbesserung der Indikationsqualität. Was nützt eine perfekt durchgeführte medizinische Maßnahme, wenn die Indikation nicht stimmt! Die von den Krankenkassen und der Politik hochgehaltene Versorgungsqualität ist nach Ansicht der DGIM also nicht alles. Auch die Indikationsqualität muss stimmen.

### **Was ist bisher in Deutschland passiert?**

Die Internisten der DGIM haben bereits 120 sogenannte „Klug entscheiden“-Empfehlungen formuliert und konsentiert und im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Negativempfehlungen benennen diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die zwar häufig verordnet und erbracht werden, die aber nachweislich keinen Nutzen haben. Positivempfehlungen beziehen sich auf Maßnahmen, die häufig unterlassen werden, deren Nutzen aber durch Studien belegt ist. Auch andere Fachgesellschaften haben das Thema aufgenommen und auch die Bundesärztekammer hat sich in

einem Workshop mit der Thematik auseinandergesetzt. „Choosig wisely/Gemeinsam klug entscheiden“ ist also in Deutschland angekommen und auch Orthopäden und Unfallchirurgen haben angefangen, das in ihren Gremien zu diskutieren, wie auch die Aufnahme in das Programm des diesjährigen DKOU zeigt.

### **Wie steht die deutsche Ärzteschaft zu der Initiative?**

Der 119. Deutsche Ärztetag hat sich Ende Mai 2016 in Hamburg hinter die Initiative gestellt. Eine evidenzbasierte, sichere und effiziente Patientenversorgung gehöre zu den zentralen Anliegen der Ärzteschaft, heißt es in dem Beschlussprotokoll. Allerdings müsse die den „Klug entscheiden“-Empfehlungen (KEE) zugrunde liegende Methodik weiterentwickelt werden. Diese müssten auf einer fundierten wissenschaftlichen Evidenz basieren. Dafür würden häufig die entsprechenden Versorgungsdaten fehlen. Daher müsse die Evidenzlage verbessert und die dafür nötige Forschung entsprechend gefördert werden, heißt es in der Entschließung weiter.

### **Sind Über- und Unterversorgung relevante Themen in Deutschland?**

Die DGIM hat dazu eine Befragung ihrer Mitglieder durchgeführt.

4 181 Mitglieder haben Folgendes geantwortet:

- 70 Prozent gaben an, mehrmals am Tag oder in der Woche mit Überversorgung konfrontiert zu sein.
- Mehr als 80 Prozent sehen darin ein mehr oder weniger großes Problem.
- Fast alle Befragten sind sich bewusst, dass die Medizin dadurch teurer wird.
- Mehr als zwei Drittel sind der Ansicht, dass die unnötigen Leistungen die Patienten verunsichern und ihnen möglicherweise sogar schaden.
- Unterversorgung wird in Deutschland als nachrangig betrachtet.

### **Welches sind die Gründe für die Überversorgung aus Sicht der Ärzte?**

- An erster Stelle steht bei Ärzten die Angst vor Behandlungsfehlern.
- Auch die hohe Erwartungshaltung der Patienten gilt als Grund.
- Überversorgung sorgt für zusätzliche Einnahmen. Allerdings gab die Hälfte der befragten Ärzte an, dass diese unnötigen Leistungen weniger als zehn Prozent ihres Gesamtbudgets ausmachen würden.
- Ein Teil der Überversorgung beruht auch auf Unkenntnis der Leitlinien.

### **Welches sind die Kritikpunkte an Choosing Wisely und an Klug entscheiden?**

In den USA ist früh der Vorwurf der verdeckten Rationierung aufgekommen, weil die Listen den Krankenkassen eine Steilvorlage für das Streichen von Leistungen geben. Die Kritiker bemängeln auch, dass die Empfehlungen nicht systematisch evaluiert werden. In Deutschland ist zwar eine Evaluation durch die DGIM geplant, aber eine Vorher-Nachher-Analyse kann es nach der Veröffentlichung der Empfehlungen schon gar nicht mehr geben. Die Empfehlungen müssten auch durch mehr Daten aus der Versorgungsforschung abgesichert werden. Auch die Methodik muss weiterentwickelt werden. Das hat auch der 119. Ärztetag angemahnt. Im Moment macht jede Fachgesellschaft, was sie für richtig hält.

### **In Deutschland gibt es Leitlinien. Braucht man da überhaupt noch „Klug entscheiden“-Empfehlungen?**

Die S3-Leitlinien basieren auf einer systematischen Auswertung der verfügbaren Evidenz und werden in einem strukturierten und moderierten Konsensus-Prozess entwickelt.

Es gibt allerdings drei Probleme mit den deutschen Leitlinien:

- Die Leitlinien werden als zu lang, zu kompliziert und zu wenig selbsterklärend verstanden. Deshalb kennen viele Ärzte die Leitlinien gar nicht und wenden sie deshalb auch gar nicht an.
- Wenn viele Ärzte die Leitlinien nicht kennen, kennen die Patienten sie erst recht nicht, was ein Gespräch zwischen Arzt und Patient auf Augenhöhe unmöglich macht. Es gibt zwar ein paar Patientenleitlinien – etwa die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz – aber es müsste viel mehr davon geben.
- Es gibt kein Konzept, wie Leitlinien am besten umzusetzen sind. Das hat auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) Anfang Juli 2016 angemahnt.

### **Was kann man aus Sicht der Orthopäden sagen?**

In der Orthopädie ist die Indikationsstellung häufig nicht so eindeutig wie in anderen Fachgebieten. Für die Arthrose der großen Gelenke gibt es keine eindeutigen Laborparameter wie für Diabetes oder Nierenerkrankungen. Der Schmerz wird über Selbstauskunft ermittelt und das Schmerzempfinden ist subjektiv. Ein Röntgenbild liefert allein auch keine eindeutige Indikation. Die Indikationsstellung ist relativ, hier könnte die „Klug entscheiden“-Initiative mit ihrer Betonung der Indikationsqualität hilfreich sein. Die medikamentösen Interventionsmöglichkeiten sind begrenzt. Opioide und die sogenannten nicht-steroidalen Antirheumatika sind nicht für eine Langzeittherapie geeignet. Die Endoprothetik ist eine gute Option, dem Patienten die Schmerzen zu nehmen und ihn wieder beweglich zu machen. In der Orthopädie wird die Indikation zur TEP daher zusammen mit dem Patienten gestellt. Das Problem besteht nicht nur darin, zu entscheiden, wer operiert werden soll, sondern auch, wer nicht operiert werden soll. Soll ein 85-Jähriger bei passablem Allgemeinbefinden noch eine Hüft-TEP bekommen oder nicht? Das ist letztendlich auch eine gesellschaftspolitische Entscheidung. Diese Situation macht es für die Orthopädie und Unfallchirurgen schwierig, „Klug entscheiden“-Empfehlungen zu formulieren. Trotzdem wird sich auch die Orthopädie/Unfallchirurgie diesem Thema stellen müssen.

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

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

Professor Dr. med. Uwe Niethard, ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Der Patient wird zunehmend mündig. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient hat sich seit Jahren stetig gewandelt. Einst „Halbgott in Weiß“ steht der Arzt heute auf Augenhöhe mit dem Patienten. Viele müssen ihre neue Rolle erst noch finden; denn vom Hüter der Gesundheit über den Partner des Patienten ist es bis zum ausschließlichen Dienstleister nicht mehr weit.

Die Ursachen dieser Veränderung sind vielfältig. Moderne Medien verhelfen dem Patienten zu einer Fülle von Informationen. Damit kann er sich sehr individuell mit seinen persönlichen Problemen und dem Anspruch an die medizinische Leistung auseinandersetzen. Dies ist politisch auch gewollt, denn der Patient muss wohl mehr als früher auch die durch ihn verursachten Kosten im Gesundheitswesen in Betracht ziehen. In den Gesellschaften der westlichen Zivilisation steigen Durchschnittsalter und die Erwartung der Patienten – damit aber auch die Kosten, die in absehbarer Zeit die Sozialbudgets auch wohlhabender Staaten zu sprengen drohen. Die geteilte Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) ist nach Meinung von Versorgungsforschern aus den USA die einzig wirksame Maßnahme, um die bestmögliche Behandlung für den jeweiligen Patienten zu identifizieren und gleichzeitig die Kosten des Gesundheitssystems positiv zu beeinflussen.

Aus den USA kommen daher auch die wesentlichen Initiativen zum „Shared Decision Making“. Schon Anfang der Neunzigerjahre wurde von Wennberg bei der Untersuchung von regionalen Unterschieden eine große Varianz der Operationshäufigkeit festgestellt, die auf eine angebotsinduzierte Nachfrage oder Besonderheiten der ärztlichen Indikationsstellung oder beides hinwies. Um diese Unterschiede zu egalisieren, sollten groß angelegte Ergebnisstudien („outcome studies“) belegen, welche Entscheidung für den Patienten die richtige ist. Der informierte Patient war das Ziel: Er sollte über die Erfolgsaussichten in seinem ganz speziellen und individuellen Fall aufgeklärt sein, sich aber auch der Kosten und Risiken bewusst sein. Zudem sollte er die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsoptionen abwägen können. „Shared decision making“ hat daher vor allem die chirurgischen Fächer betroffen.

Damit rückt die Aufklärung des Patienten in den Mittelpunkt des Interesses. Normalerweise wird sie durch das Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patienten angestrebt. Auch Untersuchungen in Deutschland haben gezeigt, dass dieses Gespräch zwischen ungleichen Partnern stattfindet. Der Arzt ist verständlicherweise vorinformiert und vermag auch Behandlungsergebnisse wissenschaftlich zu interpretieren. Der dadurch im Gespräch vorgegebenen Informationsfülle vermag der Patient in der Regel nicht zu folgen. Die Ungleichheit wird durch die Informationsflut im Internet zum Teil abgebaut, zum Teil aber führt sie auch zu einer zusätzlichen Verunsicherung. Die Folge kann sein, dass der Patient seinem Freund oder Nachbarn mehr traut, der ein ähnliches Problem mit sich herumtrug, als seinem Arzt. Krankenkassen, Versicherungen und Internetangebote von Pharmafirmen oder der Industrie kommen am schlechtesten weg. In den USA wird daher das Aufklärungsgespräch des Arztes für einige operative Eingriffe durch eine Tablet-basierte Information ergänzt.

Alle diese Aspekte spielen auch in der Orthopädie und Unfallchirurgie eine wesentliche Rolle. Ganz speziell bei geplanten Operationen ist der Arzt aufgefordert, die individuellen Aspekte des Patienten zu berücksichtigen und ihn dementsprechend zu beraten. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOOC) hat bereits vor zehn Jahren den sogenannten Versorgungsatlas auf den Weg gebracht, der ebenfalls – wie in den USA – stark unterschiedliche Häufigkeiten einiger Operationen dokumentiert hat. Im Vordergrund stehen hier die Wirbelsäulenoperationen, für die



strukturierte Behandlungsempfehlungen des Arztes notwendig sind und die eine evidenzbasierte Patientenaufklärung erforderlich machen. Im Zusammenhang mit der Endoprothetik hat die DGOU in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung den Faktencheck Kniegelenk erarbeitet und verfasst derzeit einen Indikationskatalog zur Knieendoprothetik.

Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen zur Effizienz von „Shared Decision Making“ in Orthopädie und Unfallchirurgie vor. Sie zeigen, dass die Patienten durchschnittlich besser informiert sind, sich daraus eine Tendenz zur vermehrten konservativen Behandlung ergibt und die Patienten ihre individuelle Risikoeinschätzung besser umsetzen können. Problematisch bleiben der zeitliche Aufwand, die dafür notwendige Logistik und letzten Endes die Kosten. Da die Kosten im Gesundheitswesen nicht nur die chirurgischen Fächer betreffen, hat die Amerikanische Gesellschaft für Innere Medizin (AAIM) das Projekt „Choosing Wisely“ auf den Weg gebracht. Mit dieser Initiative werden Situationen beschrieben, die einer Behandlung nicht bedürfen. Sie wendet sich daher überwiegend an den Arzt und unterscheidet sich damit von „Shared Decision Making“, das bewusst den Patienten in die Kommunikation einbindet.

Die rasche Entwicklung der digitalen Medien scheint für das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung zu sprechen. „Die Medizin der Zukunft wird eine kommunikative Medizin sein oder sie wird die Menschen verlieren, für die sie eigentlich da ist!“ (Gottschlich)  
Der bereits eingetretene Wettkampf unter privaten Anbietern von Gesundheits-Apps jeglicher Art fordert die Ärzteschaft heraus, sich ihrer Rolle bewusst zu werden und gestalterisch tätig zu werden. „Wenn das Gesundheitswesen selbst nicht in kürzester Zeit die kommunikativen Strukturen aufbaut, um wichtige Informationen zu den Patienten zu transportieren, werden Informationsanbieter aus dem Netz, vor allem durch ihre zahlreichen Angebote, die Deutungsmacht übernehmen.“ (Radermacher und Remus) Es ist höchste Zeit!

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

## **Ein Wort sagt mehr als 1.000 Bilder: Wie sehen kluge Diagnostik und Therapie bei Rückenschmerz aus?**

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

Meldungen der DAK im August 2016 berichten, dass Rückenleiden und andere Muskel-Skelett-Erkrankungen an der Spitze der Ursachen für krankheitsbedingte Arbeitsausfälle stehen. Nahezu jeder fünfte Fehtag (22 Prozent) ist dadurch bedingt.

Im Vordergrund der Diagnosestellung bei Rückenschmerzen steht eine Befragung des Patienten zur Vorgeschichte, den Symptomen und den dadurch bedingten Einschränkungen und Problemen. Diese wird zwingend ergänzt durch eine fachkundige körperliche Untersuchung. Dabei steht die gezielte Fahndung nach sogenannten Warnzeichen („red flags“), die einen Anhalt für eine gefährliche oder ernsthafte Erkrankung geben, im Vordergrund. Damit ist es bereits mit hoher Wahrscheinlichkeit möglich, zwischen nicht spezifischen und spezifischen Ursachen zu differenzieren.

Bei nicht spezifischen Kreuzschmerzen, immerhin 60 bis 80 Prozent aller Probleme im Rücken, lassen sich im Gegensatz zu spezifischen Kreuzschmerzen die Schmerzen nicht eindeutig einer krankhaften organischen Veränderung zuordnen. Bei erstmalig aufgetretenen akuten, nicht spezifischen Rückenschmerzen ohne Warnhinweise erfolgt eine ausführliche Information des Patienten über die gute Prognose und wenn nötig die Behandlung des Symptoms Schmerz. Die Patienten sollen sich nicht schonen und möglichst aktiv bleiben. Bei einem Großteil von 80 Prozent verschwinden die Schmerzen innerhalb von vier Wochen wieder. 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. In der Regel liefert die Kernspintomografie die meisten Informationen. Röntgenuntersuchungen sind dadurch dennoch nicht gänzlich verzichtbar. Die Bildgebung muss immer in Einklang mit den Beschwerden und Symptomen gebracht werden und kann nie alleine eine Behandlungsdiagnose liefern. Spezifische Ursachen sind an der Stelle zu diagnostizieren oder auszuschließen. Gerade nicht spezifische Rückenschmerzen sind oft nicht nur organisch bedingt. Entsprechend des bio-psycho-sozialen Modells haben auch Faktoren aus dem sozialen Bereich und der Psyche einen Einfluss, nach denen entsprechend gesucht werden muss und die einer Berücksichtigung bei therapeutischen Ansätzen bedürfen. Eine multidisziplinäre Abklärung ist daher ein wichtiger Baustein am Übergang zur Chronifizierung nach drei Monaten oder bei chronischen Schmerzzuständen. Chronische, nicht spezifische Kreuzschmerzen haben eine schlechte Prognose im Hinblick auf die Rückkehr zur Arbeit. Multimodale, interdisziplinäre Behandlungsprogramme (Arzt, Bewegungstherapeut, Psychologe) mit hoher Therapieintensität haben die besten Aussichten auf Erfolg.

Die Nationale Versorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz beschreibt Diagnostik und Therapie des nicht spezifischen Kreuzschmerzes und wird gerade aktualisiert.

Bei spezifischen Kreuzschmerzen lassen sich die Beschwerden in Einklang mit krankhaften Veränderungen an der Wirbelsäule bringen. Tumoren und Entzündungen sind seltene Ursachen. Häufiger sind dagegen Wirbelkörperverformungen auf dem Boden einer Osteoporose. Am häufigsten findet man verschleißbedingte Erkrankungen, wozu letztendlich auch Bandscheibenvorfälle gehören. Fortgeschrittene Lähmungen und fehlende Kontrolle über Stuhlgang und Wasserlassen bedürfen einer umgehenden Abklärung und Operation innerhalb von sechs Stunden. Bei allen anderen Veränderungen ist eine nicht operative Behandlung möglich und zunächst angezeigt. Neben der

standardmäßigen ambulanten Therapie stehen bei Notfällen und bei einem Versagen der ambulanten Maßnahmen auch stationäre Einweisungsmöglichkeiten zur Verfügung. Es soll an der Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass die Möglichkeiten einer sinnvollen konservativen Therapie eingeschränkt sind, da die zeitaufwendige Diagnostik und Aufklärung und die konsequente nicht operative Therapie gerade im ambulanten Bereich in unseren Vergütungsstrukturen nur unzureichend abgebildet sind.

Abhängig vom Ansprechen der konservativen Behandlung, den Patientenvorstellungen und der Prognose stehen heute aber auch sinnvolle operative Verfahren zur Verfügung, die leider sehr in der Kritik stehen. Zur Absicherung gibt es heute schon für Patienten die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen. Diese kann aber nur von einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Neurochirurgie abgegeben werden, der auch mit der Diagnostik und Behandlung von spezifischen Wirbelsäulenerkrankungen im Hinblick auf die erforderlichen Untersuchungstechniken und die operativen Verfahren sicher vertraut ist. Es gibt keinen Grund, hilfreiche operative Verfahren in Misskredit zu bringen und eine unnötige Angst bei Patienten zu schüren, die zur Verweigerung notwendiger und angezeigter Eingriffe führt.

Diagnostik und Behandlung von Rückenschmerzpatienten bedürfen eines klar festgelegten, stringenten Ablaufplans, um das persönliche Leid und die enormen direkten und vor allem indirekten Kosten zu minimieren, die durch das Phänomen Rückenschmerz entstehen.

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

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

Professor Dr. med. Frank Kandziora, Vorsitzender der Sektion Wirbelsäule der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Vice-President der European Spine Society (EUROSPINE), Chefarzt am Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main

Die Wirbelsäulenchirurgie steht in der Kritik. Die Hauptkritikpunkte sind, dass nicht nur generell zu viel operiert wird, sondern auch, dass überwiegend finanzielle Vorteile das Handeln von Kliniken und Wirbelsäulenchirurgen bestimmen. Dieses medial befeuerte Meinungsbild ist mittlerweile weitverbreitet und treibt Blüten. Nicht nur, dass es das tägliche Patientengespräch des Wirbelsäulenchirurgen bestimmt, sondern es sorgt sogar dafür, dass Patienten mit Tumorerkrankungen potenziell lebensverlängernde Wirbelsäulenoperationen ablehnen, weil die „Presse“ des Wirbelsäulenchirurgen so schlecht ist.

Lassen Sie uns einen Blick auf die Realität werfen:

Der Anstieg der Operationszahlen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie lässt sich gut erklären: So ist er einerseits durch die hervorragende und erfolgreiche chirurgische Arbeit der orthopädischen und unfallchirurgischen Kollegen und die verbesserte Evidenz zur operativen Therapie, speziell bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen, begründet. Andererseits führen ein demografischer Wandel mit Verschiebung der Bevölkerungspyramide hin zu älteren, aber noch relativ gesunden Patienten sowie eine erhöhte Anspruchshaltung all unserer Patienten zu steigenden Operationszahlen. Konservative Therapieoptionen sind zudem finanziell deutlich eingeschränkt und regelhaft „ausgereizt“. Zudem ist die Evolution operativer Techniken und neuer diagnostischer Methoden (zum Beispiel Upright-MRT, SPECT) in der noch recht jungen Wirbelsäulenchirurgie derzeit besonders rasant. Schließlich rücken auch Krankheitsbilder (zum Beispiel Sakruminsuffizienzfraktur) in den Fokus, die noch vor zehn Jahren nahezu unbekannt waren. Die zunehmend tendenziös eingesetzten und teilweise bewusst übertriebenen Operationszahlen, die das Gegenteil suggerieren wollen, können einer detaillierten Prüfung dagegen nicht standhalten. Nachdem die OECD-Studie 2013 für die Schlagzeile „Deutschland OP-Weltmeister“ sorgte, nahm kaum jemand Notiz davon, dass eben diese Zahlen nochmals altersadjustiert analysiert wurden (Deutsches Ärzteblatt 2015, Heft 10): Als weltweit zweitälteste Gesellschaft landete Deutschland dann nur noch im durchschnittlichen Mittelfeld der westlichen Nationen.

Die Krankenkassen profilieren sich trotzdem immer noch gerne durch Pressemitteilungen, zum Beispiel über die Nicht-Notwendigkeit von Zweitoperationen nach Wirbelsäuleneingriffen. Ganz besonders wird darüber geklagt, dass die „leidinduzierenden“ Wirbelsäulenversteifungen nach vorangegangenen Wirbelsäulenoperationen kontinuierlich ansteigen würden. Die Wirbelsäule ist kein Appendix! Einen Appendix gibt es regelhaft nur einmal und wenn er entfernt ist, ist das Problem gelöst. Dennoch liegt die Revisionsrate bei Appendektomien bei circa drei bis fünf Prozent. Die 24 Bewegungssegmente beinhaltende Wirbelsäule wird in der Regel nicht entfernt. Bei einer osteoporotischen Wirbelkörperfraktur, unabhängig davon, ob sie operiert wird oder nicht, besteht eine 30- bis 50-prozentige Wahrscheinlichkeit für eine weitere Fraktur innerhalb eines Jahres. Ein Bandscheibenvorfall ist in der Regel der Beginn und nicht der Endzustand einer Degeneration. Bei Bandscheibenvorfällen liegt die operative Revisionsrate auch bei circa drei bis fünf Prozent und eine aus einem Bandscheibenvorfall resultierende Segmentdegeneration, mit oder ohne Operation, ist die Regel. Anschlusssegmentdegenerationen als Folge der voranschreitenden Degeneration, mit oder ohne Operation, treten ebenfalls mit einer Wahrscheinlichkeit von zwei bis drei Prozent pro Jahr auf. Das heißt, dass nicht die suggerierte „schlechte Chirurgie“ und die unnötigen Operationen, sondern die

dem Patienten zugrunde liegende Pathologie häufig im Verlauf weitere Eingriffe erfordert. Wenn ein Patient eine derart schwierige Wirbelsäulenerkrankung aufweist, dass sogar eine operative Therapie erforderlich ist, ist es nicht verwunderlich, dass das Fortschreiten der Grunderkrankung zu weiteren Eingriffen im Verlauf führt. Wenn man davon ausgeht, dass Krankenkassen, die mit viel ärztlichem Personal im Medizinischen Dienst der Krankenkassen arbeiten, über diese medizinischen Grundkenntnisse verfügen, so ist als Erklärung für derart aufmerksamkeitsheischende Pressemitteilungen nur die unlautere Meinungsmache wahrscheinlich.

Die konservative Therapie von degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen im niedergelassenen orthopädischen/unfallchirurgischen Bereich ist dramatisch und chronisch unterfinanziert. Es wundert daher nicht, dass sich bei derartig finanziell beschränkten konservativen Therapieoptionen, der eine oder andere Patient eine operative Therapie ersehnt und ein Wirbelsäulenchirurg aufgrund mangelnder Alternativen ihm diese auch anbietet. Um die „Flucht der Patienten nach vorne“ zu verhindern, ist es wichtig, die konservative Therapie zu stärken! Dafür sind nicht nur eine Reform des Honorierungssystems und eine adäquate Honorierung der konservativen Therapie im ambulanten und (!) stationären Bereich zwingend erforderlich, sondern auch eine umfassende „konservative Ausbildung“ der zukünftigen Wirbelsäulenchirurgen. Diese ist in der Weiterbildung zum Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie derzeit bereits intrinsisch beinhaltet. Die konservative Behandlung des akuten und chronischen Rückenschmerzes ist Stammland der „klassischen“ Orthopädie. Ohne ausgewiesene Erfahrung und Expertise in der konservativen Behandlung des Rückenschmerzes sollte es keine OP-Indikation geben.

Die operative Therapie bei Traumata, Tumoren, Infektionen und Deformitäten der Wirbelsäule sowie bei neurologischer Ausfallssymptomatik ist typischerweise unstrittig. Aber auch bei degenerativen Spondylolisthesen, Spinalkanalstenosen und Bandscheibenvorfällen ist die operative Therapie der konservativen Therapie signifikant überlegen. Eine Begründung für diese Aussage findet sich in den Ergebnissen der größten prospektiv randomisierten Untersuchung (Spine Patient Outcomes Research Trial – SPORT), die mit dem Sponsoring und unter der Kontrolle staatlicher Gesundheitsinstitutionen in den USA durchgeführt wurde. In der Untersuchung, die seit einer Dekade läuft und deren Ergebnisse bereits vielfach preisgekrönt und hochrangig publiziert sind, zeigen sich über einen bisherigen Beobachtungszeitraum von acht Jahren konstant besser klinische Ergebnisse für operierte Patienten. Die operative Therapie gerade auch bei degenerativen Wirbelsäulenerkrankungen ist ein Segen für unsere Patienten. Diese Evidenzlage muss zum Wohle unserer Patienten aktiv kommuniziert und auch umgesetzt werden. Die Patienten müssen über diese Evidenzlage aufgeklärt und an den jeweiligen Entscheidungsfindungen beteiligt werden.

Eine Zweitmeinung zur Operationsindikationsstellung hat trotz erwiesener Effektivität der Chirurgie bei elektiven Operationen aber durchaus eine Berechtigung. Sie kann jedoch nicht als „conditio sine qua non“ für unsere Patienten gefordert werden. Außerdem muss ein Patient, bei dem eine Wirbelsäulenoperation indiziert wurde – wenn vom Patienten gewünscht –, von einem fachkundigen Arzt klinisch reevaluiert werden. Ein Arzt, der keine orthopädische oder unfall-/neurochirurgische Erfahrung besitzt und dessen berufliche Expertise ausschließlich in einem „wirbelsäulen-fachfremden“ konservativen Therapieansatz begründet ist, ist dazu nicht in der Lage. Fachspezifische Zweitmeinungen für wirbelsäulenchirurgische Fragestellungen können daher nur durch fachkundige konservativ oder operativ tätige Orthopäden, Unfallchirurgen und Neurochirurgen erbracht werden. Fachspezifische Zweitmeinungsportale, zum Beispiel der DWG, existieren bereits. Auch die Kostenträger müssen in ihrem eigenen Interesse dafür Sorge tragen, dass diese vermehrt genutzt werden. Zielsetzung sollte hier nicht die Verhinderung von Operationen sein, sondern die Auswahl des optimalen Therapieverfahrens.

Die Dokumentation von Qualität in der Medizin gewinnt zunehmend an Bedeutung. Privatwirtschaftliche Verlage haben dies erkannt und feiern mit Sonderheften, die unterschiedlichste Ärztelisten enthalten, Verkaufsrekorde. Zahlreiche, deutlich höherwertige Qualitätssicherungsmaßnahmen wurden auch von den Fachgesellschaften initiiert. Diese treten aber in der Öffentlichkeit kaum zutage. Im Bereich der Wirbelsäulen Chirurgie wurden neben den existierenden Zweitmeinungsportalen sowohl personenspezifische als auch zentrenspezifische Qualitätsmaßnahmen von den Fachgesellschaften etabliert oder befinden sich in der fortgeschrittenen Testphase. Es ist von entscheidender Bedeutung, diese qualitätssichernden und optimierenden Maßnahmen zu fördern und auch öffentlichkeitswirksam zu machen. Einzig durch die verpflichtende Dokumentation und durch die allgemein verfügbare Transparenz von Qualität kann verhindert werden, dass Patienten an den „Falschen“ geraten.

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

## **Curriculum Vitae**

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

\*1952



### **Beruflicher Werdegang:**

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

### **Qualifikationen/Ernennungen:**

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

### **Auszeichnungen/Funktionen in Fachgesellschaften:**

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

### **Mitgliedschaften in Fachgesellschaften:**

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

*Kongress-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)  
Mittwoch, 26. Oktober 2016, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA)

Deutsche Vereinigung Schulter- und Ellenbogenchirurgie

Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkschirurgie

Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin

Deutscher Sportärztebund

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie



## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Fritz Uwe Niethard  
Ehemaliger Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie  
und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie



### **Beruflicher Werdegang:**

- |           |  |
|-----------|--|
| 1974–1996 | Nach Studium in Berlin und Göttingen chirurgische Weiterbildung in Salzgitter  |
| 1978      | Fachorthopädischer Werdegang in Heidelberg bis zur Habilitation  |
| 1984      | Außerplanmäßige Professur  |
| 1991      | Abteilungsleiter   |
| 1996–2010 | Ordinarius und Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Aachen,<br>Herausgeber zahlreicher Zeitschriften, Veranstalter mehrerer Kongresse |
| 2000      | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie<br>(DGOOC)   |
| 2002–2014 | Generalsekretär der DGOOC  |
| 2008–2014 | Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie<br>(DGOU)<br>Beauftragter der DGOU für Versorgungsforschung in O & U         |

## 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<br>des Strahlenschutzes<br>Sonografie des Gebietes einschließlich der Säuglingshöften   |
| 1995      | Orthopädische Rheumatologie  |
| 1996      | Habilitation: „Die Früharthrose des Kniegelenkes – Eine Studie zu<br>Histomorphometrie und Bildgebung des Gelenkknorpels und des subchondralen<br>Knochens“, Orthopädische Universitätsklinik Erlangen<br>(Direktor: Professor Dr. D. Hohmann) |
| 1997      | Erteilung der Lehrbefugnis für das Fach Orthopädie durch das Bayerische<br>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<br>Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)   |
| 1989–1990 | wissenschaftlicher Assistent an der Unfallchirurgischen Klinik der Medizinischen<br>Hochschule Hannover (Direktor: Professor Dr. H. Tscherne) im Rahmen der<br>Rotation als Assistenzarzt in der Klinik für Plastische, Hand- und<br>Wiederherstellungschirurgie (Direktor: Professor Dr. A. Berger) |
| 1990–1994 | wissenschaftlicher Assistent an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im<br>Waldkrankenhaus St. Marien (Direktor: Professor Dr. D. Hohmann)   |
| 1994–1996 | Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik Erlangen im Waldkrankenhaus<br>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)
- Wissenschaftlicher Beirat AFOR (Association For Orthopaedic Research)
- Fachbeirat Technische Orthopädie
- Mitarbeit bei der Erstellung des Gesundheitspfades Rücken der Bertelsmann Stiftung (2007)
- Mitwirkung bei der Erstellung der Leitlinie „Physiotherapie und Bewegungstherapie bei Osteoporose“ des Dachverbands Osteologie (DVO) (2008)
- Mitglied der Kommission zur Erstellung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (Fertigstellung 2011)

**Wichtige Ämter:**

Seit 2004	Leitung der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC (Sektion 3)
Seit 2009	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.

**Besondere Auszeichnungen:**

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

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Frank Kandziora  
Vorsitzender der Sektion Wirbelsäule der Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Vice-President der European Spine Society (EUROSPINE), Chefarzt am Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Frankfurt am Main



## Beruflicher Werdegang:

Nach seinem Medizinstudium an der Goethe Universität in Frankfurt arbeitete Prof. Kandziora zunächst an der orthopädischen Universitätsklinik Frankfurt bevor er an das Klinikum Charite der Humboldt Universität nach Berlin wechselte. Dort durchlief er seine Facharztausbildungen als Chirurg, Unfallchirurg und Orthopäde. Zuletzt war er in Berlin als Leiter des Wirbelsäulenzentrums am Campus Virchow Klinikum der Charite tätig. Im Januar 2008 wechselte er als Chefarzt des interdisziplinären Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an die BG Unfallklinik Frankfurt.

Prof. Kandziora ist ein national und international vielfach ausgezeichnete Wirbelsäulenexperte. Das Zentrum für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an die BG Unfallklinik wurde unter seiner Leitung zum weltweit (*AOSpine*) und europaweit (*EuroSpine*) und national akkreditiertem Ausbildungszentrum für internationale Wirbelsäulenchirurgen. Er ist oder war ehrenamtliches Vorstands- oder Aufsichtsratsmitglied zahlreicher Fachorganisationen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie z.B. der Deutschen und Europäischen Wirbelsäulengesellschaft, der Europäischen Wirbelsäulenstiftung, der AOSpine und hat mehr als 130 wissenschaftliche Publikationen vorgelegt und zahlreiche Kongresse organisiert.

## **Curriculum Vitae**

Ursula Helms

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



### **Beruflicher Werdegang:**

- Bis 1988            Wissenschaftliche Assistentin an einem Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der  
Georg-August-Universität Göttingen
- Bis 1992            Referatsleiterin Grundsatzfragen Sozialarbeit / Sozialrecht / Behindertenhilfe beim  
Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes in Bonn
- Bis 1998            Hauptabteilungsleiterin Soziale Dienste beim Deutschen Roten Kreuz  
Landesverband Berlin e.V.
- Bis 2004            Landesgeschäftsführerin des Arbeiter-Samariter-Bundes Landesverband Berlin  
e.V.
- Seit 2005            Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung  
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) in Berlin sowie  
Patientenvertreterin beim Gemeinsamen Bundesausschuss für die  
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V.



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

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

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

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

### **Themen und Referenten:**

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

*Professor Dr. med. Florian Gebhard*

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

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

*Professor Dr. med. Bertil Bouillon*

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

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

*Professor Dr. Anita Ignatius*

Direktorin des Instituts für Unfallchirurgische Forschung und Biomechanik  
Universitätsklinikum Ulm

*Professor Dr. med. Jörg Fegert*

Ärztlicher Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universitätsklinikum Ulm

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

*Professor Dr. med. Ulrich Liener*

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

### **Themen und Referenten:**

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

*Professor Dr. med. Florian Gebhard*

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

*Professor Dr. med. Reinhard Hoffmann*

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

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

*Professor Dr. med. Heiko Reichel*

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

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

*Dr. med. Manfred Neubert*

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## Bestellformular Fotos:

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

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

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

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

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

- o Dr. med. Manfred Neubert
- o Professor Dr. med. Uwe Niethard
- o Professor Dr. med. Bernd Kladny
- o Professor Dr. med. Frank Kandziora
- o Ursula Helms

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

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

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

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

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

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