

DKOU 2010

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
Messe/ICC Berlin, neuer Termin: 26.–29. Oktober 2010

Präsident DGOOC: Dr. med. Daniel Frank

Präsident DGU: Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Südkamp

Präsident BVOU: Helmut Mälzer

Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr
Funkturnlounge, ICC Berlin

Innovation

Themen und Referenten:

Endoprothesensysteme unter kontrollierten Bedingungen einführen

Haben neue Implantate die besseren Ergebnisse?

Professor Dr. med. Volker Ewerbeck

Direktor der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik
Heidelberg
und

Professor Dr. med. Reiner Gradinger

Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinikum rechts der Isar der Technischen
Universität München

Ersatz von verletzten und geschädigten Knorpeln mit autologen Zellen und Biomaterialien

Wie erfolgreich ist Tissue Engineering heute?

Privatdozent Dr. med. Philipp Niemeyer

Oberarzt der Sektion Knorpeltransplantation, Department Orthopädie & Traumatologie,
Universitätsklinikum Freiburg

Nachwuchsförderung in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Wer operiert uns übermorgen?

Professor Dr. med. Tim Pohlemann

Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, UKS, Homburg

DGU-Innovationspreis 2010:

Neue Aspekte bei Versteifungsoperationen der Wirbelsäule

Privatdozent Dr. med. Peter Strohm

Leitender Oberarzt und Stellvertretender Direktor, Department Orthopädie und Traumatologie,
Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Kontakt für Journalisten:

Pressestelle Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Beate Schweizer/Kathrin Gießelmann

Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart, Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167

giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dkou.de/www.orthopaedie-unfallchirurgie.de

DKOU 2010

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
Messe/ICC Berlin, neuer Termin: 26.–29. Oktober 2010

Präsident DGOOC: Dr. med. Daniel Frank

Präsident DGU: Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Südkamp

Präsident BVOU: Helmut Mälzer

Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr
Funkturnlounge, ICC Berlin

Innovation

Inhalt:

Redemanuskripte:

Professor Dr. med. Volker Ewerbeck

Professor Dr. med. Reiner Gradinger

Privatdozent Dr. med. Philipp Niemeyer

Professor Dr. med. Tim Pohlmann

Privatdozent Dr. med. Peter Strohm

Curriculum Vitae 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:
giesselmann@medizinkommunikation.org.*

Kontakt für Journalisten:

Pressestelle Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Beate Schweizer/Kathrin Gießelmann

Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart, Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167

giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dkou.de/www.orthopaedie-unfallchirurgie.de

Endoprothesensysteme unter kontrollierten Bedingungen einführen Haben neue Implantate die besseren Ergebnisse?

Professor Dr. med. Volker Ewerbeck, Direktor der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der
Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

Wieso soll es bei künstlichen Gelenken anders sein, als im übrigen Leben? Nirgends ist „neu“
gleichbedeutend mit „besser“. Neue Wohnung, neuer Job, neue Freundin, neue Regierung, neue
Gesetze, neue Bahnhöfe – alles muss sich erst einmal bewähren und verglichen werden mit „dem
Alten“. Das gilt auch für den Gelenkersatz. Und zwar in mehrfacher Weise:

Für das neue Implantat, für die neue Methode, mit der es eingebracht werden soll, für das neue
Krankenhaus, für den Operateur, für die Funktion des neuen Gelenks, für die Haltbarkeit und vor
allem für die Zufriedenheit des Patienten.

Für kaum ein wirklich neues Produkt können all diese Daten vorgelegt werden. Allein die Haltbarkeit,
die dem Vergleich mit Bewährtem Stand hält, darf eine Dauer von zehn bis 15 Jahren nicht unter-
schreiten. In dem Moment, in dem man das belegt, ist das Produkt nicht mehr neu. Kunstgelenke sind
auf dem Wege, so etwas wie „Massenware“ zu werden. Was können wir tun, um Massenfehlschläge
zu vermeiden?

1. Dafür sorgen, dass Entwicklung und Produktion maximalen Qualitätsansprüchen genügt
(CE-Zertifizierung, EU-Recht).
2. Risikobegrenzung durch limitierte, kontrollierte Anwendung bei noch unsicherer Datenlage
3. Qualifikation der Anwender sicherstellen
4. angemessene Infrastrukturen im Anwenderumfeld sicherstellen
5. Kontinuierliche Erfassung der kurzfristigen, mittelfristigen und langfristigen Ergebnisse

Welche Lücken gibt es diesbezüglich in der Bundesrepublik Deutschland?

- Die Produktsicherheit wird auf hohem Niveau gewährleistet.
- Das Prinzip der Risikobegrenzung scheint noch nicht in optimaler Weise umgesetzt zu sein. Das
Konzept der stufenweisen Markteinführung von Neuprodukten bedarf der konsequenten
Umsetzung.
- Die notwendigen Qualifikationen der Anwender und eine adjustierte Strukturqualität der
medizinischen Umfeldeinrichtungen kann besser definiert werden. Mit dem „EndoCert“-Projekt
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, der Deutschen
Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik soll
für eine zertifizierte Prozess- und Strukturqualität von Endoprothesenzentren gesorgt werden.
- Ein Endoprothesenregister als Instrument der kontinuierlichen Erfassung der Ergebnisqualität mit
dem möglichen Effekt eines Frühwarnsystems fehlt bisher in Deutschland. Die Umsetzung
zwischen den Vertragspartnern ist für das Jahr 2011 vorgesehen. Nach vielen Jahren vergeblicher
Planung bleibt zu hoffen, dass sie stattfindet. Im umgebenden europäischen Ausland sind
Registerdaten längst verfügbar.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2010

Endoprothesensysteme unter kontrollierten Bedingungen einführen Haben neue Implantate die besseren Ergebnisse?

Professor Dr. med. Reiner Gradinger, Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Der Siegeszug der Endoprothetik begann in den 60er-Jahren mit der Einführung des Knochen-zements durch den Engländer Sir Charnly. Die letzten 50 Jahre waren gekennzeichnet durch eine unübersehbare Anzahl von Endoprothesensystemen, die weltweit entwickelt wurden und zum Einsatz kamen. Diese Entwicklungen waren so gut wie nicht reguliert, insbesondere auf dem Europäischen Markt. Es seien hier ein paar Beispiele von fehlgeschlagenen Endoprothesensystemen angeführt, wie isoelastische Endoprothesen, Individualendoprothesen, Robotereinsatz für die Präparation des Oberschenkelknochens und vieles andere mehr. Ich möchte das als „Wild-West-Zeit“ der Endoprothetik bezeichnen.

Die Implantationszahlen sind sowohl im Bereich der Hüftgelenksendoprothetik als auch im Bereich der Knieendoprothetik stetig gestiegen. 2002 wurden etwa 150 000 Hüftgelenksendoprothesen und etwa 90 000 Kniegelenksendoprothesen in der Bundesrepublik Deutschland eingesetzt. 2009 wurden 209 000 Hüftgelenke und 175 000 Kniegelenke endoprothetisch ersetzt. In Nordrhein-Westfalen wurde über eine jeweils zehn prozentige Steigerung der Endoprothesenimplantationen in den letzten drei Jahren berichtet. Dies ist nicht mit der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zu erklären. Eine Indikationsausweitung ist somit anzunehmen.

Der Endoprothesenmarkt ist nach wie vor umkämpft. Neue Endoprothesensysteme werden nach wie vor angepriesen, wie zum Beispiel sogenannte Kurzschaftprothesen, die meist keine wirklichen Kurzschaftprothesen sind, sondern bezüglich der Verankerungsfläche keine wesentlichen Unterschiede zu den eher kurzen Standardprothesen aufweisen. Auf diesem Sektor läuft nach wie vor noch ein Boom.

Eine zweite Welle war in den letzten fünf Jahren bezüglich der sogenannten Oberflächenprothesen zu beobachten. Ein Verfahren das schon Anfang der 80er-Jahre auf dem Markt war und zum Teil bereits damals schlechte Ergebnisse brachte, weil hier zwei Schwachstellen vorlagen, nämlich eine sehr dünne Kunststoffpfanne, die der Belastung nicht stand hielt und ein auf den Oberschenkelkopf aufgesetzter metallischer oder auch keramischer Überzug, unter dem es zu einem Absterben der Knochensubstanz kam. Bei den heutigen Oberflächenprothesen ist die pfannenseitige Problematik soweit behoben, dass eine Metallpfanne eingesetzt wird mit einer metallischen Lauffläche. Die metallische Kopfkappe hat sich nicht wesentlich geändert im Vergleich zu den 80er-Jahren. Das heißt, dass die Durchblutungssituation unter dem Kopf nicht unterschiedlich ist zu der früheren Situation. Wegen jetzt bereits zunehmenden Komplikationen wie metallischer Abrieb, Versagen der Kappe auf dem Femurkopf wird diese Methode heute bereits wieder erkennbar seltener zur Anwendung gebracht.

*Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie
Mittwoch, 27. Oktober 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr, ICC Berlin*

Meines Erachtens haben Modeerscheinungen in der Medizin nichts zu suchen. Sie sind häufig markt- und reklamegetrieben. Neuerungen sollten nur unter kontrollierten Bedingungen eingeführt werden. Dazu wird sich Herr Ewerbeck denke ich im Folgenden äußern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2010

Ersatz von verletzten und geschädigten Knorpeln mit autologen Zellen und Biomaterialien: Wie erfolgreich ist Tissue Engineering heute?

Privatdozent Dr. med. Philipp Niemeyer, Oberarzt der Sektion Knorpeltransplantation, Department Orthopädie & Traumatologie, Universitätsklinikum Freiburg

Tissue Engineering stellt ein modernes interdisziplinäres Forschungsgebiet im Bereich der regenerativen Medizin dar, in dem Mediziner, Biologen und Materialwissenschaftlicher daran arbeiten, verletztes oder geschädigtes Gewebe zu ersetzen [7, 13, 14]. Im Rahmen dieses Forschungsgebiets sind aus orthopädischer Sicht vor allem die Gewebe „Knochen“, „Knorpel“, „Sehnen“ und „Bänder“ von großem Interesse.

Eine der ersten Applikationen in diesem Bereich der regenerativen Medizin stellt die autologe Knorpelzelltransplantation (ACT) dar, welche 1994 erstmals durch die schwedische Arbeitsgruppe von Lars Peterson (Göteborg, Schweden) beschrieben wurde. Diese hat sich seitdem als zellbasiertes Verfahren zur operativen Behandlung isolierter Knorpelschäden vor allem im Bereich des Kniegelenkes aber auch an anderen Gelenken etabliert [2]. Bei diesem Verfahren werden dem Patienten im Rahmen eines ersten Eingriffs körpereigene Knorpelzellen (in arthroskopischer Technik) entnommen und diese nach zwischenzeitlicher Vermehrung im Labor im Rahmen eines Zweiteingriffes zurückgegeben.

Mittlerweile liegen viele hochqualitative Studien vor, welche die Wirksamkeit des Verfahrens aufzeigen. Das Verfahren stellt sich den Anforderungen moderner evidenzbasierter Medizin. Es liegen sowohl erste Langzeitergebnisse mit einem Nachverfolgungszeitraum von bis zu 20 Jahren nach Operation [9] als auch kontrollierte, prospektiv-randomisierte Studien, welche die Wirksamkeit der ACT gegen Alternativverfahren testen, vor [1, 4, 5, 11, 12].

Auch wenn das grundsätzliche Therapieprinzip, Knorpelgewebe durch die Transplantation von Knorpelzellen zu regenerieren auch heute noch existent ist, unterlief das Verfahren seit der Einführung 1994 eine Weiterentwicklung. Wesentliche weiterführende Arbeiten wurden diesbezüglich in Deutschland durchgeführt, das Thema war schon bereits in den vergangenen Jahren auf dem Jahreskongress der DGOU (beziehungsweise DGU/DGOOC) präsent und Deutschland gehört heute sicherlich zu den Ländern, in denen die autologe Zelltransplantation zur Knorpelregeneration mit den höchsten Verbreitungsgrad erzielte. Durch die Einführung hochmoderner Biomaterialien ist hier nicht nur die Applikation der Zellen heute vereinfacht, sondern es konnten auch relevante Nebenwirkungen wie zum Beispiel ein Überwuchern des neu gebildeten Knorpels (Transplantathypertrophie), welches insbesondere bei Verwendung von körpereigener Knochenhaut als Bedeckung des behandelten Defektes (wie in der Originaltechnik beschrieben), reduziert werden [3, 8]. Vor diesem Hintergrund werden heute rückblickend drei Generationen der ACT beschrieben, wobei die dritte Generation der ACT solche Verfahren beschreibt, bei denen Zellen vor der eigentlichen Applikation in den Knorpeldefekt mit einem Biomaterial kombiniert werden (sogenannte matrix-assoziierte ACT) [6]. Ein weiterer interessanter Aspekt, der in den ersten Jahren der Weiterentwicklung der ACT nur

bedingt berücksichtigt wurde, stellt eine Optimierung der Qualität der transplantierten Knorpelzellen dar [10]. Auch zu diesem Thema finden sich auf dem diesjährigen Kongress mehrere Beiträge, die zum einen den Einfluss der Zellqualität auf das Behandlungsergebnis nachweisen und zum anderen Produkte vorstellen, die eine verbesserte Kontrolle der Syntheseleistung der transplantierten Knorpelzellen vor der eigentlichen Applikation einführen, um hier eine dauerhaft hohe und kontrollierte Zellqualität zu erreichen. Sowohl für die auf Basis der Biomaterialien weiterentwickelten ACT-Produkte, als auch für die Transplantation charakterisierter Knorpelzellen existieren zwischenzeitlich Studien auf höchstem Evidenzlevel, welche eine Überlegenheit im Vergleich zu Standardmethoden wie der arthroskopischen Mikrofrakturierung, bei der mit speziellen Instrumenten gezielt der freiliegende Knochen im Defektareal im Sinne einer Stimulation verletzt wird, nachweisen können [1, 5, 11, 12].

Die Entwicklungen im Bereich der regenerativen Medizin sind in den letzten Jahren allerdings nicht ausschließlich durch medizinische Weiterentwicklungen und Produktoptimierung geprägt, sondern nicht zuletzt auch durch geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen. So ist in Deutschland das neu geltende europäische Gewebegesetz in das Arzneimittelgesetz inkludiert worden, was eine deutlich vermehrte Regulation auch autologer Gewebsprodukte zur Folge hat. Dies führt zum einen sicherlich zu einer höheren Standardisierung und Kontrolle des Herstellungsprozesses. Aus Sicht der Anwender ist aber auch der Zulassungsprozess deutlich erschwert worden, sodass von verschiedenen Meinungsführern auch dahingehend Bedenken formuliert werden, dass sowohl zeitlich als auch finanziell eine Umsetzung von neuen Innovationen aus dem wissenschaftlichen Labor in die klinische Anwendung erschwert wurde. Wissenschaftlicher im Bereich der regenerativen Medizin müssen sich somit neben der Weiterentwicklung im Bereich der *in vitro* präformierten Gewebsprodukte auch mit den geänderten Rahmenbedingungen auseinandersetzen.

Beiden Aspekten wird auch auf dem diesjährigen Jahreskongress der DGOU in verschiedenen Sitzungen Rechnung getragen.

Zitierte Literatur

1. Basad E, Ishaque B, Bachmann G, Sturz H, Steinmeyer J (2010) Matrix-induced autologous chondrocyte implantation versus microfracture in the treatment of cartilage defects of the knee: a 2-year randomised study. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*18: 519–527
2. Brittberg M, Lindahl A, Nilsson A, Ohlsson C, Isaksson O, Peterson L (1994) Treatment of deep cartilage defects in the knee with autologous chondrocyte transplantation. *N Engl J Med*331: 889–895
3. Gomoll AH, Probst C, Farr J, Cole BJ, Minas T (2009) Use of a Type I/III Bilayer Collagen Membrane Decreases Reoperation Rates for Symptomatic Hypertrophy After Autologous Chondrocyte Implantation. *Am J Sports Med*
4. Knutsen G, Drogset JO, Engebretsen L, Grontvedt T, Isaksen V, Ludvigsen TC, Roberts S, Solheim E, Strand T, Johansen O (2007) A randomized trial comparing autologous chondrocyte implantation with microfracture. Findings at five years. *J Bone Joint Surg Am*89: 2105–2112
5. Kon E, Gobbi A, Filardo G, Delcogliano M, Zaffagnini S, Marcacci M (2009) Arthroscopic second-generation autologous chondrocyte implantation compared with microfracture for chondral lesions of the knee: prospective nonrandomized study at 5 years. *Am J Sports Med*37: 33–41

6. Marlovits S, Zeller P, Singer P, Resinger C, Vecsei V (2006) Cartilage repair: generations of autologous chondrocyte transplantation. *Eur J Radiol*57: 24–31
7. Nasser BA, Vacanti JP (2002) Tissue engineering in the 21st century. *Surg Technol Int*10: 25–37
8. Niemeyer P, Pestka JM, Kreuz PC, Erggelet C, Schmal H, Suedkamp NP, Steinwachs M (2008) Characteristic complications after autologous chondrocyte implantation for cartilage defects of the knee joint. *Am J Sports Med*36: 2091–2099
9. Peterson L, Vasiliadis HS, Brittberg M, Lindahl A (2010) Autologous chondrocyte implantation: a long-term follow-up. *Am J Sports Med*38: 1117–1124
10. Pietschmann MF, Horng A, Niethammer T, Pagenstert I, Sievers B, Jansson V, Glaser C, Muller PE (2009) Cell quality affects clinical outcome after MACI procedure for cartilage injury of the knee. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*17: 1305–1311
11. Saris DB, Vanlauwe J, Victor J, Almqvist KF, Verdonk R, Bellemans J, Luyten FP (2009) Treatment of symptomatic cartilage defects of the knee: characterized chondrocyte implantation results in better clinical outcome at 36 months in a randomized trial compared to microfracture. *Am J Sports Med*37 Suppl 1: 10S–19S
12. Saris DB, Vanlauwe J, Victor J, Haspl M, Bohnsack M, Fortems Y, Vandekerckhove B, Almqvist KF, Claes T, Handelberg F, Lagae K, van der Bauwhede J, Vandenuecker H, Yang KG, Jelic M, Verdonk R, Veulemans N, Bellemans J, and Luyten FP (2008) Characterized chondrocyte implantation results in better structural repair when treating symptomatic cartilage defects of the knee in a randomized controlled trial versus microfracture. *Am J Sports Med*36: 235–246
13. Vacanti CA (2006) The history of tissue engineering. *J Cell Mol Med*10: 569–576
14. Vacanti CA, Vacanti JP (2000) The science of tissue engineering. *Orthop Clin North Am*31: 351–356

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2010

Nachwuchsförderung in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Wer operiert uns übermorgen?

Professor Dr. med. Tim Pohlemann, Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, UKS, Homburg

„Ärztemangel“, „Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, „Feminisierung der Medizin“ und „Abbrecherraten im Medizinstudium“ sind Themen, die die derzeitige, öffentliche Diskussion um unser Gesundheitswesen in zunehmendem Maße bestimmen. Bis 2020 gehen laut KVB 52 000 der heute 120 000 Vertragsärzte in den Ruhestand. Der BDC gibt an, dass bei einem derzeitigen Altersdurchschnitt der Chirurgen von 49 Jahren bis zum gleichen Zeitpunkt 11 000 Chirurgen/Innen in den Ruhestand gehen. Trotz der zum Ausgleich benötigten 1 200 chirurgischen Berufsanfängern pro Jahr wählen derzeit nur 400–600 der Absolventen des Medizinstudiums (< fünf Prozent) eine chirurgische Weiterbildung. Der jetzt schon teilweise dramatische Ärztemangel wird sich regional und fachgebietsbezogen weiter ausweiten. Die Situation wird zusätzlich durch die Arbeitszeitgesetzgebung mit Reduzierung der verfügbaren individuellen ärztlichen Arbeitszeit und zunehmende Beschäftigungsverhältnisse in Teilzeit verschärft.

Auf der anderen Seite ergibt die jüngste Umfrage des Medizinischen Fakultätentages, dass die Rate der Absolventen eines Medizinstudiums in den letzten sechs Jahren um zwölf Prozent auf 9 850 angestiegen ist und entgegen früherer Statistiken nur fünf Prozent der Medizinstudenten die Universität ohne Examen verlassen. Eine Vielzahl neuer Berufsbilder und Karrierewege außerhalb der praktizierenden Medizin verzerren aber auch diese Zahlen.

Die sich ändernde Altersstruktur der Bevölkerung führt schon jetzt zu einer sich beschleunigenden Steigerung von Verletzungen sowie der degenerativen Erkrankungen im muskuloskelettalen System. Der Bedarf an qualifizierten Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie ist derzeit schon hoch und wird in Zukunft nur durch unter anderem folgende, dringend notwendigen Strukturanpassungen und eine aktive Nachwuchsakquise gedeckt werden können:

- Eine Harmonisierung der in den Landesärztekammern verankerten Weiterbildungsordnungen ist dringend nötig, um Planungssicherheit und Gleichbehandlung über Ländergrenzen zu gewährleisten. Mittelfristig müssen, nicht zuletzt zur Erreichung der in der EU geforderten europaweiten Migrationsfähigkeit, modulare Weiterbildungsgänge und Qualifikationen erarbeitet werden.
- Die Vereinbarung von Familie und Beruf darf auch in Orthopädie/Unfallchirurgie kein Schlagwort bleiben, sondern muss sich in konkreten Maßnahmen zur Familienunterstützung, Kinderbetreuung und Flexibilität der Dienstpläne und Arbeitszeiten niederschlagen. Entsprechende Programme werden für die Krankenhausträger zukünftig wichtige infrastrukturelle Vorteile bei der Personalrekrutierung bedeuten.

- Eine Flexibilisierung der Arbeitszeitgesetzgebung (zum Beispiel langfristige Arbeitszeitkonten) ist nötig, um die erforderliche manuelle Weiterbildungsintensität aufrechterhalten und Weiterbildungsassistenten perioperatives Komplikationsmanagement sowie langfristige Patientenverantwortlichkeit zu vermitteln.
- Eine frühzeitige Bindung der Studierenden an das Fach Orthopädie/Unfallchirurgie wird durch Initiativen der Fachgesellschaft („Summer School“, Studierendentag, tutorielle Betreuung in den Fakultäten unter anderem) gefördert. Strukturierte klinikinterne Weiterbildungsprogramme erleichtern den Einstieg in eine erfolgreiche Facharztweiterbildung.

Die Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie stellt sich bewusst und offensiv der Aufgabe, dem Nachwuchsmangel im operativen Bereich entgegenzutreten. Sie ruft die nachrückenden Generationen ausdrücklich auf, Wünsche und Bedürfnisse zum zukünftigen beruflichen Umfeld offen zu artikulieren und mithilfe der Fachgesellschaften und Berufsverbänden und durchzusetzen!

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2010

DGU-Innovationspreis 2010:

Neue Aspekte bei Versteifungsoperationen der Wirbelsäule

Privatdozent Dr. med. Peter Strohm, Leitender Oberarzt und Stellvertretender Direktor, Department Orthopädie und Traumatologie, Klinikum der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Die Erkrankungen der Wirbelsäule haben in der heutigen Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Jede fünfte Frau und jeder siebte Mann leidet in Deutschland an chronischen Schmerzen der Wirbelsäule. In den USA werden jährlich 200 000 Fusionseingriffe der Wirbelsäule mit knöchernen Transplantaten vorgenommen.

Die vordere Versteifung einzelner Abschnitte der Wirbelsäule wird häufig durchgeführt. Dafür wird in vielen Fällen körpereigener Knochen vom Becken verwendet. Obwohl dieses körpereigene Material die besten Eigenschaften bezüglich der Einheilung hat, gibt es nach wissenschaftlichen Studien trotzdem eine nicht unerhebliche Zahl von Spanbrüchen. Bisher gab es trotz der regelmäßigen Anwendung für die Spanpräparation keine wissenschaftlichen Empfehlungen.

Nach den Ergebnissen unserer Studien am Großtiermodell und aus klinischen Untersuchungen konnten wir feststellen, dass der körpereigene Span vom Beckenkamm mindestens fast ein Viertel der Größe des Querschnittes der Wirbelkörper haben muss, um mit einer Sicherheit von 99,9 Prozent einzuheilen, ohne zu brechen. Basierend auf diesen Ergebnissen können wir nun folglich Empfehlungen für die Spanpräparation geben, um Komplikationen für den Patienten zu vermindern.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Berlin, Oktober 2010

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Volker Ewerbeck
Direktor der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie
der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

* 1950



Beruflicher Werdegang:

- 1968–1975 Studium der Medizin an den Universitäten
Freie Universität Berlin, Universität Innsbruck, Universität Wien
- Februar 1975 Staatsexamen an der Freien Universität Berlin
- Februar 1982 Anerkennung als Arzt für Chirurgie
- 1984 Assistenzarzt an der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg
(Direktor: Professor Dr. med. H. Cotta)
- 1987 Oberarzt und Leiter der Sektion Orthopädische Onkologie und
Septische Orthopädische Chirurgie
- 1988 Anerkennung als Arzt für Orthopädie
- 1995 Berufung auf den C 4-Lehrstuhl für Orthopädie im Universitätskrankenhaus
Eppendorf der Freien und Hansestadt Hamburg
- 1996 Berufung auf den C 4-Lehrstuhl für Orthopädie der Universität Heidelberg

Funktionen:

- Präsident 2004 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Präsident 2008 der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW)
- 2. Vorsitzender des Verbandes Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands (VLOU)
- Präsident der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)

Mitgliedschaften (Auswahl):

- Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina
- Mitglied der European Musculo-Skeletal Oncology Society (EMSOS)
- Mitglied der European Orthopaedic Research Society (EORS)
- Mitglied der Societe Internationale de Chirurgie Orthopedique et de Traumatologie (SICOT)
- Mitglied der European Hip Society (EHS)
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGC)

- Mitglied der Deutschen Sektion der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO)
- Mitglied des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Zeitschriften:

- Mitherausgeber und Schriftleitung „Originalia“ Zeitschrift „Der Orthopäde“, Springer Verlag Heidelberg
- Beirat Zeitschrift „Der Unfallchirurg“, Springer Verlag Heidelberg
- Beirat Zeitschrift „Trauma und Berufskrankheit“ der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken, Springer Verlag Heidelberg
- Beirat Zeitschrift „Der Chirurg“, Springer Verlag Heidelberg
- Fachbeirat Zeitschrift „Medizinisch-Orthopädische Technik“, Verlagsgesellschaft Tischler Berlin

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Reiner Gradinger
Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinikum
rechts der Isar der Technischen Universität München

* 1947



Beruflicher Werdegang:

- 1968–1974 Medizinalassistent am Klinikum rechts der Isar und LVA Gauting
- 1975 Approbation zum Arzt
- 1975–1977 Wissenschaftlicher Assistent am Institut für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie der Technischen Universität München (TU)
- 1977–1980 Assistenzarzt an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Großhadern
- 1980–1985 Assistent Orthopädische Klinik der TU München
- 1983 Facharzt für Orthopädie
- 1984 Leitender Oberarzt der Orthopädischen Klinik und Poliklinik rechts der Isar
- 1988 Erlangung der Venia Legendi der TU München für das Fach Orthopädie
- 1991 Berufung zum Universitätsprofessor (Extraordinarius für Orthopädie) an der TU München
- 1991 Zusatzbezeichnung Sportmedizin
- 1992 Berufung zum Ordinarius für Orthopädie (C4) an der Medizinischen Universität zu Lübeck
- 1998 Berufung zum Ordinarius auf den Lehrstuhl für Orthopädie und Sportorthopädie der TU München
- 1996 Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
- 1997 Zusatzbezeichnung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“
- 2003 Senator der TU München
- Seit 2004 Ordinarius für Orthopädie und Unfallchirurgie an der TU München
- 2005 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Seit 2007 Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar der TU München
- 2006–2009 Vorsitzender des Tumorzentrums München
- 2009/2010 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Nationale und internationale Aktivitäten:

- Bis 2003 Präsident der Deutsch-Japanischen Orthopädischen Gesellschaft
- Bis Dez. 2003 Sprecher der Orthopädischen Ordinarienkongferenz
- Bis 2006 Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie
 und orthopädische Chirurgie
- Nationaldelegierter der European Hip Society
- Mitglied des Scientific Board of the International Society of Orthopaedic Surgery and
 Traumatology (SICOT)
- Scientific Advisor EFORT

Herausgeber:

- Hip International
- Biomaterialien
- Der Orthopäde

Wissenschaftlicher Beirat:

- MMW Fortschritte der Medizin
- Zeitschrift für Orthopädie
- Der Onkologe

Curriculum Vitae

Privatdozent Dr. med. Philipp Niemeyer
Oberarzt der Sektion Knorpeltransplantation, Department Orthopädie &
Traumatologie, Universitätsklinikum Freiburg

* 1975



Beruflicher Werdegang:

Medizinische Ausbildung:

10/1995–4/1999 Studium der Humanmedizin an der Universität des Saarlandes
4/1999–4/2002 Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwig-Universität Freiburg
2000 Auslandsaufenthalt an der Stanford-University, Palo Alto, USA

Berufliche Tätigkeiten:

5/2002–11/2003 Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg
Seit 12/2003 Department für Orthopädie und Traumatologie, Universitätsklinikum Freiburg

Wissenschaftlicher Werdegang:

Schwerpunkte: Tissue Engineering von Knochen- und Knorpelgewebe
8/2002 Promotion: „Identifikation tumor-assoziiertes Antigene in akuten Leukämien“
7/2009 Habilitation: „Regeneration von Knochen mit mesenchymalen Stammzellen auf mineralisiertem Kollagen im Großtiermodell“

Preise und Auszeichnung:

2005 Kurt-Steim-Wissenschaftspreis der Albert-Ludwig-Universität Freiburg
2009 Europa-Reisestipendium der Gesellschaft für orthopädische und traumatologische Sportmedizin (GOTS)

Mitgliedschaften in Fachgesellschaften:

Seit 2006 Gesellschaft für orthopädische und traumatologische Sportmedizin (GOTS)
Seit 2007 Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
Seit 2008 AG Arthroskopische Chirurgie der DGU
Seit 2010 AG Gewebsregeneration der DGU

Reviewertätigkeiten für Fachzeitschriften:

Seit 2008	Current Stem Cells Therapy and Research
Seit 2008	Biomaterials
Seit 2008	Tissue Engineering
Seit 2009	American Journal of Sports Medicine
Seit 2009	Arthroscopy
Seit 2010	Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Tim Pohlemann
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie,
UKS, Homburg

* 1958



Beruflicher Werdegang:

1983–1989 Department Chirurgie, Medizinischen Hochschule Hannover (Professor Dr. H. Tscherne, Professor Dr. R. Pichlmayr, Professor Dr. H.G. Borst)
Rotation Klinikum Braunschweig (Professor Dr. P. Neuhaus)
1989 Gebietsbezeichnung: Arzt für Chirurgie
Ab 1992 Oberarzt an der Unfallchirurgischen Klinik der MHH
1992 Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie
1992 Habilitation für das Fach Unfallchirurgie
1997 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor
Seit 2001 C4-Professor und Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Universität des Saarlandes, Homburg (Saar)
2004 Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Universität Würzburg (abgelehnt)
2007 Ruf auf den Lehrstuhl für Unfallchirurgie an der Universität Zürich (abgelehnt)

Zusätzliche Qualifikationen:

- Weiterbildungsberechtigung für Unfallchirurgie und Spezielle Chirurgische Intensivmedizin
- Leitender Notarzt
- Prüfer Ärztekammer des Saarlandes

Auslandsaufenthalt/Stipendien/Preis:

1982 Famulatur Mackay Base Hospital Queensland Australien
1990 AO Stipendiat und Forschungsassistent Klinik für Orthopädische Chirurgie, Inselspital Bern (Direktor: Professor Dr. R. Ganz)
1999 Videopreis der DGU

Wissenschaftliche Vereinigungen, Verbände und Kommissionen

Mitglied DGU, DGC, BDC, OTA, AGNN, Forum Leitende Ltd. Nds.

Seit 1989 Mitglied „Technische Kommission Becken“ der AO-International
Seit 1997 Vorsitzender der Pelvic Study Group der AO und Mitglied des Stiftungsrates der AO („Trustee“)
1999–2004 Wahl in das „Academic Council“ der AO-International /NOMCOM

1991–1996	Gründungsmitglied und Organisator Arbeitsgruppe Becken I (DGU/AO)
Seit 1997	Leiter der AG Becken II der DGU/AO (Multicenterstudie 26 Kliniken)
2002–2006	Gewähltes Beiratsmitglied der Deutschen Sektion der AO Int.
2003–2005	Gewähltes Mitglied im Nichtständigen Beirat der DGU
2004–2008	Mitglied des AOVA („Board of Directors“ der AO-Stiftung)
2004	Wahl in den Geschäftsführenden Vorstand der DGU (ab 2006)
2008	Vorsitzender der Saarländischen Chirurgenvereinigung
2008–2011	Gewähltes Beiratsmitglied der Deutschen Sektion der AO Int.
2009	Chairman AO-TK System

Operative Schwerpunkte:

- Akuttraumatologie
- rekonstruktive Chirurgie Becken/Acetabulum/Wirbelsäule inklusive der Spätrekonstruktionen
- Korrekturingriffe an Gelenken und langen Röhrenknochen
- Bandchirurgie
- Endoprothetik

Wissenschaftliche Schwerpunkte:

Becken- und Acetabulumchirurgie, endoskopische/navigierte Wirbelsäulenchirurgie, Technologieintegration in die operative Chirurgie, Biomechanik, Polytraumamanagement, Unfallforschung, Aufbau eines Labors „Nanotechnologie“ in der Molekularbiologie, Molekulare Mechanismen der Knochenheilung

Publikationstätigkeit:

drei Monografien, über 90 Originalarbeiten und Buchbeiträge, über 70 weitere Publikationen, Poster und Videofilme, über 350 wissenschaftliche Vorträge, davon 170 in englischer Sprache

Wissenschaftliche Zeitschriften:

Rubrikherausgeber: Zeitschrift „Notfall und Rettungsmedizin“ (Springer Verlag)

Beiratsmitglied: Der Unfallchirurg (Springer Verlag)

Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery (Springer Verlag)

Chirurgische Praxis (Marseille Verlag)

Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie (Thieme Verlag)

Section Editor: „Pelvic Trauma“, European Journal of Trauma and Emergency Surgery (Urban & Vogel-Verlag)

Gutachter für verschiedene wissenschaftliche Zeitschriften, wie zum Beispiel European Journal of Trauma, Injury unter anderem

DKOU 2010

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
Messe/ICC Berlin, neuer Termin: 26.–29. Oktober 2010

Präsident DGOOC: Dr. med. Daniel Frank

Präsident DGU: Univ.-Prof. Dr. med. Norbert Südkamp

Präsident BVOU: Helmut Mälzer

Bestellformular Fotos:

Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Mittwoch, 27. Oktober 2010, 11.00 bis 12.00 Uhr

Funkturlounge, ICC Berlin

Innovation

Bitte schicken Sie mir folgendes Foto per E-Mail:

- Professor Dr. med. Volker Ewerbeck
- Professor Dr. med. Reiner Gradinger
- Privatdozent Dr. med. Philipp Niemeyer
- Professor Dr. med. Tim Pohlemann

Vorname:	Name:
Redaktion:	Ressort:
Anschrift:	PLZ/Ort:
Telefon:	Fax:
E-Mail-Adresse:	Unterschrift:

Bitte an 0711 8931-167 zurückfaxen.

Kontakt für Journalisten:

Pressestelle Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU)

Beate Schweizer/Kathrin Gießelmann

Pf 30 11 20, 70451 Stuttgart, Tel.: 0711 8931-981, Fax: 0711 8931-167

giesselmann@medizinkommunikation.org

www.dkou.de/www.orthopaedie-unfallchirurgie.de