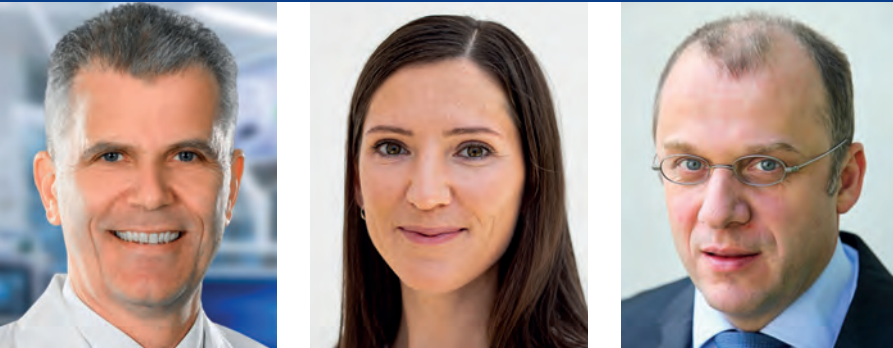




Die wissenschaftlichen Leiter des AE-Kongresses: Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Priv.-Doz. Dr. Anne E. Postler und Prof. Dr. Klaus-Dieter Schaser



Kongressort mit Symbolgehalt: das Kap Europa in Frankfurt

Liebe AE-Mitglieder,

Corona ist von der Pandemie zur Endemie geworden, im internationalen Reiseverkehr sind die Einschränkungen inzwischen beseitigt und auch in Deutschland zeichnet sich, wenn auch später als in anderen Ländern, der Übergang zur Normalität ab. Die vergangenen zwei Jahre haben uns alle vor enorme Herausforderungen gestellt. Die AE hat Antworten auf diese fundamentalen Veränderungen gefunden und sich selbst substantiell weiterentwickelt: Mit dem „Topic of the week“ und den „ENDOFacts“ sind zwei informative digitale Formate entstanden. Besonders haben wir uns über den regen Zuspruch zu „ENDOFacts“ von jungen Kollegen in Aus- und Weiterbildung gefreut, weshalb wir spezifische Sitzungen mit dem Fokus auf Weiterbildung als „AE-YOUTH-Sitzung“ ins Programm des Jahreskongresses aufgenommen haben.

Trotz Coronabeschränkungen konnten wir den überwiegenden Teil der traditionellen Kurse durchführen: Onlineformate haben sich für viele Inhalte als sehr geeignet erwiesen und bilden eine exzellente Ergänzung, auch wenn der AE-typische persönliche Austausch dabei zu kurz kommt.

Dennoch werden wir weiter ständig neue Formate testen bzw. etablieren, aktuell sind dies vor allem Hybridkurse mit Online-Anteilen zur Wissensvermittlung und Präsenzanteilen zum Training von Handfertigkeiten. Die AEC-Kurse OP – Veranstaltungen für OP-Pflege und Physician Assistants – sind nun bereits zweimal digital mit tollem Zuspruch unserer Fachpflege durchgeführt worden. >>>

Endoprothetik: innovativ, vernetzt, zukunftsfähig!

24. AE-Kongress, Frankfurt am Main, 9.–10. Dezember

Generation now in O&U als Chance!

Wir leben in Zeiten großer Veränderungen, in denen es Erfahrung und Tradition, aber auch attraktive Ziele für die Zukunft braucht. Welche Vorstellungen und Perspektiven haben wir in den einzelnen Generationen? Wie bringen wir die generationsbedingten unterschiedlichen Priorisierungen und Lebensplanungen in Einklang mit exzellenter Ausbildung und stetig steigenden Qualitätsansprüchen? Können wir die Verschiedenheit als Chance verstehen und gemeinsame Stärken nutzen? Braucht es ein Umdenken, einen Wandel oder nur Verständnis?

Besuchen Sie hierzu Session V am Samstagmorgen beim 24. AE-Kongress!

International Program

Erfahren Sie mehr zu aktuellen Trends und Empfehlungen im Bereich der Endoprothetik von international führenden Experten. Die internationale Sitzung am Freitagnachmittag hält spannende Themen wie „Modern Trends in THA/TKA“, „Controversy and current concepts in TKA“, „Off-label and mix & match“ und „Technology versus cost containment“ bereit. Wir freuen uns Sie zu sehen!

Digitalisierung & Technologie

Künstliche Intelligenz ist längst kein Thema der Zukunft mehr. Doch wie ausgereift sind Navigations- und Robotersysteme? Welchen Nutzen haben patientenspezifische Implantate und Instrumente? Welche Hürden gilt es im Bereich KI noch zu überwinden? Welche Zeitersparnis und Effizienzsteigerung können wir erwarten? >>>

Wir beantworten diese Fragen in Session VIb am Samstagvormittag beim 24. AE-Kongress!



SAVE
THE
DATE

25. AE-Kongress
8.–9. Dezember 2023 in Leipzig

2023
VORSCHAU

>>> Die politisch gewünschte zunehmende Ambulantisierung der Versorgung wird auch von uns Weiterbildungskonzepten erfordern, die dies ermöglichen.

Unser besonderer Dank gilt den wissenschaftlichen Leitern für eine bemerkenswerte Flexibilität bei der Organisation und Durchführung der Kurse. Unser Dank gilt in gleicher Weise unseren Industriepartnern, die sich auch in schwierigen Zeiten als zuverlässige Partner erwiesen haben.

Wir müssen aber auch feststellen, dass die Herausforderung Corona im Gesundheitswesen weiter existiert. Der Personalmangel im pflegerischen und im ärztlichen Bereich führt zu einer Verknappung der Ressourcen in Orthopädie und Unfallchirurgie. Hierfür gilt es Antworten zu finden. Die wirtschaftlichen Einschränkungen sind auch an unseren Industriepartnern nicht spurlos vorbeigegangen. Auch dort lauten die Herausforderungen beschränkte Budgets und eingeschränkte Personalressourcen. Auch hierfür gilt es in der Zukunft Die Teilnehmer der letzten Veranstaltungen haben die oftmals nicht mehr vollständig genutzten Plätze für Industrie-Workshops bereits registriert. Die größte Herausforderung für den neuen Vorstand und die Geschäftsführung bleibt, die Finanzierung der Gesellschaft und somit die Kontinuität der Weiterbildung zu sichern. Die AE kann hier unterstützen, wird jedoch nicht in der Lage sein, die in den Kliniken weiterhin notwendige, umfassende Ausbildung zu ersetzen.

Mit der Etablierung von Zertifikaten wollen wir den Patienten eine Hilfestellung geben und zeigen, dass es sich beim Zertifizierten um einen Kollegen mit großer praktischer Erfahrung handelt, der gleichzeitig kontinuierlich Weiterbildungsmaßnahmen wahrnimmt, um auf dem neuesten Stand der Technik und Wissenschaft zu sein.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen, uns beim Team der AE um Andrea Trautwein zu bedanken und sind uns sicher, dass wir gemeinsam auch ein erneut spannendes Jahr 2023 meistern werden.

Ihre



Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner
AE-Präsident



Prof. Dr. Carsten Perka
AE-Generalsekretär

>>> Ältere Patienten

Wir haben einen besonderen Versorgungsauftrag für ältere Patienten. Neben steigenden Ansprüchen hinsichtlich Funktion und Mobilität auch bei älteren und hochaltrigen Patienten, gilt es auch die strengen Vorgaben des GBA-Beschlusses zu befolgen. Sowohl Interprofessionalität zwischen ärztlichem Dienst, Pflege und Therapeuten als auch Interdisziplinarität zwischen Orthopädie, Unfallchirurgie, Geriatrie und Osteologie müssen gelebt werden. Diese Themen sind Teil der Eröffnungssession und Session VIa.

Herausforderungen & Kontroversen

Von verschiedenen Behandlungsstrategien nach fehlgeschlagener Osteosynthese einer proximalen Femurfraktur über Tumor- und Megaendoprothetik bis hin zu Fragen zu Verankerungstechniken und neueren Materialien sowie vieles mehr an Innovation und Bewährtem in der Endoprothetik erwartet Sie in Session II am Freitagvormittag.

ComGen-Promotionssessions

In zwei Sessions stellen Promovierende ihre Promotionsprojekte mit Bezug zur Endoprothetik vor. Wir freuen uns über Ihr Kommen und laden herzlich zur Teilnahme ein.

Freitag, 09.12.2022, 13.15-14.30 Uhr und 16.00-17.00 Uhr

24. AE-KONGRESSABEND
9. Dezember 2022, 19:30 Uhr

ALEX Frankfurt Skyline Plaza
Europa-Allee 6

Noch nicht angemeldet?
Dann wenden Sie sich jetzt an die Kongressorganisation.

KONGRESS-ABEND 2022!

SKYLINE PLAZA

© #visuifrankfurt, Holger Ullmann

- Ein starkes Netzwerk von führenden Orthopäden, Unfallchirurgen und Wissenschaftlern
- Fachlicher Austausch auf Augenhöhe mit führenden Köpfen der Endoprothetik
- Kostenlose AE-YOUTH-Mitgliedschaft während des Studiums und der Facharztausbildung
- Unterstützer und Wegbereiter für Ihren Weg in der Endoprothetik

4 Gründe für Ihr JA zur AE-YOUTH-Mitgliedschaft
für Weiterzubildende und Studierende

WERDEN SIE JETZT TEIL DER AE-YOUTH !

Informationen und Anmeldeformular unter:
www.ae-germany.com
oder sprechen Sie uns an.

- Mitgestaltung der Qualität der Endoprothetik in Deutschland
- Ein starkes Netzwerk von führenden Orthopäden, Unfallchirurgen und Wissenschaftlern
- Fachlicher Austausch auf Augenhöhe
- Sonderkonditionen auf Angebote der AE-GmbH

4 Gründe für Ihr JA zur AE-Mitgliedschaft

WERDEN SIE JETZT TEIL DER AE !

Informationen und Anmeldeformular unter:
www.ae-germany.com
oder sprechen Sie uns an.



Ehrenmitglied der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

Nach Medizinstudium und Assistenzzeit in Marseille absolvierte Jean-Noël Argenson ein Fellowship am Nuffield Orthopaedic Centre der Universität Oxford unter der Leitung von J.W. Goodfellow und J.J. O'Connor. Seine Dissertation schrieb er am niederländischen Institut für Biomechanik bei R. Huiskes in Nijmegen. 1995 wurde er zum ordentlichen Professor für Orthopädie an der Universität Aix-Marseille ernannt und übernahm 2003 die Leitung der Abteilung für Orthopädische und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum. 2011 gründete er das Institut du Mouvement et de l'Appareil Locomoteur (Institut für Bewegung und den Bewegungsapparat), das er bis heute leitet.

Prof. Argenson ist einer der Past Presidents der European Knee Society, Vorstandsmitglied der französischen Fachgesellschaft SOFCOT sowie des AO Recon Education Forum. Er ist Vorsitzender des Kuratoriums der Association des Publications de Chirurgie Orthopédique Réparatrice et Traumatologique, Mitglied der Knee Society, der International Hip Society und der European Hip Society. In den letzten zehn Jahren war er Deputy Editor für den Bereich Adult Hip and Knee Reconstruction des Journal of Bone and Joint Surgery.

Prof. Argenson hat an mehr als 220 wissenschaftlichen Studien, Buchkapiteln und Monographien mitgearbeitet. Sein Forschungsinteresse umfasst unter anderem die Bewegung im weitesten Sinne, Sport nach Trauma und Endoprothetik sowie die Reaktion des Knochens auf Traumata, chirurgische Eingriffe und Strukturveränderungen wie Arthrose und Osteoporose.

Curriculum vitae

	Medical studies, University Aix-Marseille
1988	Fellowship, Nuffield Orthopaedic Centre, Oxford University
1995	Full-time professor of orthopaedics, University Aix-Marseille
2003	Chairman of the Department of Orthopedic Surgery and Traumatology, University Hospital Aix-Marseille
2013–2014	President of the European Knee Society
2011 bis heute	Founder and head of the Institut du Mouvement et de l'Appareil Locomoteur, Marseille

Im September haben Prof. Dr. Johannes Beckmann und Prof. Dr. Florian Schmidutz, das Teaching Committee von Prof. Dr. Dominik Parsch und Prof. Dr. Markus Rickert übernommen, die es über Jahre erfolgreich geleitet hatten. Für die hervorragende, zeitlich nicht unerhebliche Tätigkeit, die kollegiale Zusammenarbeit und die reibungslose Übergabe an die Nachfolger gilt ein expliziter Dank.

Vorrangige Aufgabe des Teaching Committee bleibt weiterhin die Sichtung und Begutachtung der Programme aller Weiterbildungskurse. Basierend auf den Bewertungen der vergangenen Kurse werden die geplanten Programme auf Lehrinhalte, Aktualität und Evidenz sowie die Ausgewogenheit zwischen Frontalpräsentation, Diskussion und Workshops geprüft. Abschließend werden Anregungen und Empfehlungen an die jeweiligen wissenschaftlichen Leiter ausgesprochen.

Um die hohe Qualität der Kurse weiter sicherzustellen, soll konsequenter auf deutlich unterdurchschnittliche Referentenbewertungen eingegangen und auch die fehlende Überlassung der Vortragszusammenfassungen an die Teilnehmer thematisiert werden.

Auf der anderen Seite sollen die von den Teilnehmern am besten bewerteten und damit lehrreichsten Vorträge auf der AE-Homepage sowie über Social-Media-Kanäle veröffentlicht werden.

In gleicher Intention sollen zukünftig die mittlerweile unglaublichen Mengen an oft hervorragenden Aufzeichnungen von Online-Veranstaltungen nach den „besten Vorträgen“ gesichtet werden. Diese Beiträge sollen Inhalt eines neuen (A)E-Learning-Angebots werden und nach Möglichkeit zusammengefasst sowohl jungen als auch erfahrenen AE-Mitgliedern eine hochkarätige und allzeit verfügbare Weiterbildung und Recherche ermöglichen.

*Prof. Dr. Johannes Beckmann
Prof. Dr. Florian Schmidutz*

Neuausrichtung der Akademie

Eines der Hauptanliegen der AE für eine langfristige Ausrichtung und Strategie muss es sein, kontinuierlich junge Mitglieder in ihre inhaltlichen Aktivitäten und strukturellen Aufgaben einzubinden. Hierbei muss die Akademie eine zentrale Rolle mit dem Ziel spielen, konkrete, die Mitglieder besonders interessierende Themen in Arbeitsgruppen zu bearbeiten. Diese Arbeitsgruppen bzw. Komitees haben sich in anderen Sektionen der DGOU bewährt, die Interaktion zwischen den Mitgliedern gestärkt und diese lebendiger gemacht.

Die bisherige Rolle der Akademie mit ihren verdienten Mitgliedern, im wesentlichen Verantwortung für die Kurse zu übernehmen, sollte erweitert werden. Dem Vorschlag des Präsidiums folgend und ein positives Votum der Mitgliederversammlung vorausgesetzt, werden Arbeitsgruppen unter der Führung eines Akademie- und eines ComGen-Mitgliedes gebildet.

Diese Arbeitsgruppen sollten optimalerweise aus fünf bis sechs interessierten Kollegen bestehen, die von den beiden Leitern der Arbeitsgruppe ausgewählt werden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen sollten umfangreiche klinische Erfahrungen haben, Ideen einbringen oder sich der Thematik wissenschaftlich verbunden fühlen.

Die Arbeitsgruppen sollten sich regelmäßig – mindestens einmal im Jahr – in Präsenz treffen und weitere Treffen online organisieren. Sie sind in ihrem Teilbereich Ansprechpartner für die Mitglieder, für andere Gesellschaften und für die Öffentlichkeitsarbeit, in Absprache mit dem Geschäftsführenden Vorstand.

So entstehen Verantwortungsbereiche außerhalb des Vorstandes mit dem Ziel, eine schnelle Integration von Wissen und Trends in die Ausbildung durch die AE zu implementieren.

Daneben sollten die Arbeitsgruppen Trends und Themen begleiten und auch die publikatorische Arbeit in der AE anstoßen. Die priorisierten Themen werden durch den Vorstand festgelegt, die Arbeitsgruppen stellen ihre wichtigsten Ergebnisse jährlich auf der Mitgliederversammlung vor.



Vorgeschlagene Arbeitsgruppen:

- Ausbildung, Teaching, Kursentwicklung, Junges Forum der Endoprothetikerinnen und Endoprothetiker (mind. eine weibliche Arbeitsgruppenleiterin)
- Primärendoprothetik Hüfte (u.a. Kurzschaft, Zementtechniken etc.)
- Primärendoprothetik Knie (u.a. nichtzementierte Knieendoprothetik, personalisierte Knieendoprothetik etc.)
- Teilendoprothetik Kniegelenk
- Revisionsendoprothetik Knie
- Revisionsendoprothetik Hüfte
- Periprothetische Infektionen
- Periprothetische Frakturen
- Gelenkerhaltende Chirurgie/Osteotomien

Perspektivisch sollen folgende Themen bearbeitet werden:

- Digitalisierung in der Endoprothetik (Virtual Reality, Robotics, Navigation)
- Gutachten/Rechtliche Fragen
- Internationale Zusammenarbeit

Mit Nachdruck müssen internationale Kooperationen, klinisch und wissenschaftlich, angestrebt werden, um eine verbesserte Sichtbarkeit unserer Gesellschaft zu erreichen.

Wir möchten mit dieser strukturellen Neuausrichtung mehr Mitglieder unserer Gesellschaft für die aktive Mitarbeit gewinnen und dadurch eine noch lebendigere AE kreieren. Damit möchten wir vor allem auch potenzielle junge und weibliche Mitglieder ansprechen.

Meinungsäußerungen zu den oben gemachten Vorschlägen und weitere Anregungen sind herzlich willkommen, um auch in Zukunft die Themen des endoprothetischen Gelenkersatzes als wissenschaftliche Gesellschaft und politischer Meinungsbildner zu vertreten.

Prof. Dr. Robert Hube
AE-Vizepräsident und Vorsitzender AE-Akademie

Zertifizierung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist uns nach gründlicher Vorbereitung gelungen, die Rahmenbedingungen für die Zertifizierung seitens der AE fertigzustellen.

Ab sofort können Sie die
Zertifizierung zur/zum AE-Endoprothetiker/in
Zertifizierung zur/zum AE-Endoprothetiker/in MASTER
beantragen.

Somit haben Sie die Möglichkeit, im Sinne der Personenzertifizierung nicht ihre Institution, sondern sich persönlich als Endoprothetiker/in oder Endoprothetiker/in MASTER für Hüfte, Knie oder kombiniert zertifizieren zu lassen.

Damit erhalten Sie eine außenwirksame Auszeichnung für ihre herausragende Qualifikation in diesen Bereichen.

Alle Unterlagen, die für die Zertifizierung notwendig sind, finden Sie auf der Website der AE: www-ae-germany.com/Zertifizierung. Die Anträge sollen in elektronischer Form eingereicht werden.

Die Kriterien für die verschiedenen Zertifikate sind unten aufgeführt. Wir werden aufgrund der zahlreichen Antrageingänge, die wir jetzt schon beobachten können, nur Anträge bearbeiten, die vollständig sind und in der gewünschten Form vorliegen.

Folgende Unterlagen sind für den Zertifizierungsprozess notwendig, die Formulare sind auf der Website abzurufen:

1. Den ausgefüllten und unterzeichneten Antrag auf [Zertifizierung zur/zum AE-Endoprothetiker/in](#)
[Zertifizierung zur/zum AE-Endoprothetiker/in MASTER](#)
2. Die Erklärung über die von Ihnen selbstständig durchgeführten Operationen, die bei nicht-chefärztlichen Kollegen vom Chefarzt und bei chefärztlichen Kollegen seitens des Controllings oder der Geschäftsführung bestätigt werden sollten.
3. Eine Bestätigung, dass Sie die geforderte Mindestanzahl von AE-Fortbildungsveranstaltungen besucht haben. Die Überprüfung erfolgt durch die AE selbst. Die Anzahl der geforderten Fortbildungsveranstaltungen entnehmen Sie bitte der Website.
4. Je nach eingereichtem Zertifikat den Nachweis über 30 oder 50 Ärztekammer Punkte (je nach Zertifizierungsform) in den letzten 5 Jahren im Bereich Endoprothetik, die über die AE-Masterkurse hinausgehen sollten. Hier bitten wir in geeignete Form eine Bestätigung dieser Punkte vorzulegen, sei es als Ausdruck Ihres Punktekontos oder in vergleichbarer Art und Weise.
5. Ein Nachweis der EndoCert-Zertifizierung Ihrer Klinik, entweder als Zentrum oder als Maximalzentrum. Diese Anforderung ist nur mit wenigen Ausnahmen zwingend. Sollten Sie begründbar eine solche Zertifizierung nicht durchführen können oder diese von Ihrem Arbeitgeber nicht gewünscht sein, so ist es zwingende Voraussetzung, eine vergleichbare Qualität im Sinne einer Systemzertifizierung und einer ausführlichen Beschreibung des Qualitätsmanagements in freier Form vorzulegen. Wir behalten uns dann vor, dies als Ausnahmeregelung anzuerkennen, weisen aber gleich darauf hin, dass dies nur in sehr wenigen begründeten Ausnahmefällen möglich sein wird. Weitere Einzelheiten und Informationen sind auf der Website der AE und der Zertifizierungsordnung einzusehen.

Wir freuen uns sehr, Ihnen dieses Angebot unterbreiten zu können und freuen uns auf Ihre Bewerbung um diese verschiedenen Zertifizierungen.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
AE-Pastpräsident
Vorsitzender Zertifizierungskommission



- Endoprothetiker/in AE Hüfte
- Endoprothetiker/in AE Knie
- Endoprothetiker/in AE Hüfte/Knie
(wenn beide Zertifikate erlangt werden)

Voraussetzungen

- Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- mindestens dreijährige Tätigkeit als Facharzt

OP-Zahlen

- **Zertifikat Endoprothetiker/in AE Hüfte**
Nachweis von 125 selbst durchgeführten Implantationen von Hüfttotalendoprothesen und 25 Revisionen* einer Hüfttotalendoprothese
- **Zertifikat Endoprothetiker/in AE Knie**
Nachweis von 125 selbst durchgeführten Implantationen von Kniegelenkendoprothesen und 25 Revisionen* einer Kniegelenkendoprothese
- **Zertifikat Endoprothetiker/in AE Hüfte/Knie**
Nachweis von 125 selbst durchgeführten Implantationen von Hüfttotalendoprothesen und 25 Revisionen* einer Hüfttotalendoprothese sowie Nachweis von 125 selbst durchgeführten Implantationen von Kniegelenkendoprothesen und 25 Revisionen* einer Kniegelenkendoprothese

Ärztckammerpunkte

Nachweis von 30 Punkten in weiteren Fortbildungsveranstaltungen mit endoprothetischem Schwerpunkt

Fortbildung

Zertifikat Hüfte

Erfolgreiche Teilnahme an AE-Fortbildungsveranstaltungen:

- Grundkurs Hüftendoprothetik (AE-Tutorial, AE-Basiskurs) sowie
- 3 AE-Kompaktkurse zu speziellen Themen wie Zementiertechnik, Infektion, Periprothetische Frakturen, Umstellungsosteotomie

Zertifikat Knie

Erfolgreiche Teilnahme an AE-Fortbildungsveranstaltungen:

- Grundkurs Knieendoprothetik (AE-Tutorial, AE-Basiskurs) sowie
- 3 AE-Kompaktkurse zu speziellen Themen wie Zementiertechnik, Infektion, Periprothetische Frakturen, Umstellungsosteotomie (äquivalent Umstellungsosteotomiekurs DKG)

Zertifikat Hüfte/Knie

Erfolgreiche Teilnahme an AE-Fortbildungsveranstaltungen:

- Grundkurs Hüftendoprothetik (AE-Tutorial, AE-Basiskurs) sowie
- Grundkurs Knieendoprothetik (AE-Tutorial, AE-Basiskurs) sowie
- 3 AE-Kompaktkurse zu speziellen Themen wie Zementiertechnik, Infektion, Periprothetische Frakturen, Umstellungsosteotomie (äquivalent Umstellungsosteotomiekurs DKG)

- Endoprothetiker/in AE Hüfte MASTER
- Endoprothetiker/in AE Knie MASTER
- Endoprothetiker/in AE Hüfte/Knie MASTER
(wenn beide Zertifikate erlangt werden)

Voraussetzungen

- Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- mindestens fünfjährige Tätigkeit als Facharzt

OP-Zahlen

- **Zertifikat Endoprothetiker/in AE Hüfte MASTER**
Nachweis von 250 selbst durchgeführten Implantationen von Hüfttotalendoprothese und 50 Revisionen* einer Hüfttotalendoprothese
- **Zertifikat Endoprothetiker/in AE Knie MASTER**
Nachweis von 250 selbst durchgeführten Implantationen von Kniegelenkendoprothesen und 50 Revisionen* einer Kniegelenkendoprothese
- **Zertifikat Endoprothetiker/in AE Hüfte/Knie MASTER**
Nachweis von 250 selbst durchgeführten Implantationen von Hüftgelenkstotalendoprothesen und 50 Revisionen* einer Hüfttotalendoprothese sowie Nachweis von 250 selbst durchgeführten Implantationen von Kniegelenkendoprothesen und 50 Revisionen* einer Kniegelenkendoprothese

Ärztckammerpunkte

Nachweis von 50 Punkten in weiteren Fortbildungsveranstaltungen mit endoprothetischem Schwerpunkt

Fortbildung

Zertifikat Hüfte MASTER

Erfolgreiche Teilnahme an AE-Fortbildungsveranstaltungen:

- 2 AE-Masterkurse Hüftendoprothetik, davon 1 Revision
- Teilnahme am AE-Kongress im Jahr der Zertifizierung bzw. im Vorjahr
- 2 AE-Kompaktkurse Spezial

Zertifikat Knie MASTER

Erfolgreiche Teilnahme an AE-Fortbildungsveranstaltungen:

- 2 AE-Masterkurse Knieendoprothetik, davon 1 Revision
- Teilnahme am AE-Kongress im Jahr der Zertifizierung bzw. im Vorjahr
- 2 AE-Kompaktkurse Spezial

Zertifikat Hüfte/Knie MASTER

- 2 AE-Masterkurse Hüftendoprothetik, davon 1 Revision
- 2 AE-Masterkurse Knieendoprothetik, davon 1 Revision (der AE/DKG-Masterkurs ist äquivalent zum AE-Masterkurs)
- Teilnahme am AE-Kongress im Jahr der Zertifizierung bzw. im Vorjahr
- 2 AE-Kompaktkurse Spezial

Rezertifizierung

5 Jahre – gleicher Inhalt

Ausnahme

Für eine Übergangszeit gilt: Anstelle der Teilnahme an den AE-Grundkursen wird auch die Teilnahme an AE-Masterkursen für Ärzte, die bereits über 5 Jahre in der Endoprothetik tätig sind, anerkannt. Vier entsprechende Kurse müssen nachgewiesen werden, sie dürfen höchstens fünf Jahre zurückliegen.

Rezertifizierung

5 Jahre – gleicher Inhalt

Herkunft aus Kliniken mit definierter Struktur- und Prozessqualität ist Voraussetzung

Prinzipiell ist für die Zertifizierung eine EndoCert-Zertifizierung Ihrer Klinik als Zentrum oder Maximalzentrum gefordert.

(Es gibt allerdings einige Kliniken – wir gehen von sehr wenigen aus – welche die entsprechenden Vorgaben zwar erfüllen, in denen aber die Leitung eine Zertifizierung nicht zulässt. Für diese Ausnahmefälle besteht die Möglichkeit zu belegen, dass die Klinik eine EndoCert-äquivalente oder vergleichbare Struktur- und Prozessqualität aufweist. Zwingende Voraussetzung ist jedoch eine Systemzertifizierung nach ISO, KTQ oder Joint Commission. Eine ausführliche Beschreibung des Qualitätsmanagements ist in freier Form beizufügen und wird dann gemäß der Zertifizierungsordnung der AE überprüft.)

Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Vorgehensweise eine Ausnahme darstellt, und dass ein überzeugender schriftlicher Nachweis vorliegen muss.)

Herkunft aus Kliniken mit definierter Struktur- und Prozessqualität ist Voraussetzung

Prinzipiell ist für die Zertifizierung eine EndoCert-Zertifizierung Ihrer Klinik als Zentrum oder Maximalzentrum gefordert.

(Es gibt allerdings einige Kliniken – wir gehen von sehr wenigen aus – welche die entsprechenden Vorgaben zwar erfüllen, in denen aber die Leitung eine Zertifizierung nicht zulässt. Für diese Ausnahmefälle besteht die Möglichkeit zu belegen, dass die Klinik eine EndoCert-äquivalente oder vergleichbare Struktur- und Prozessqualität aufweist. Zwingende Voraussetzung ist jedoch eine Systemzertifizierung nach ISO, KTQ oder Joint Commission. Eine ausführliche Beschreibung des Qualitätsmanagements ist in freier Form beizufügen und wird dann gemäß der Zertifizierungsordnung der AE überprüft.)

*Als Revisionsoperationen werden Operationen gewertet, bei denen mindestens eine im Knochen verankerte Komponente gewechselt wurde.
Alle genannten OP-Zahlen beziehen sich auf die letzten fünf Jahre.

Immer stärker wurde in den letzten Jahren der Wunsch an die AE herangetragen, zu Themen, welche in der Literatur kontrovers diskutiert werden, Handlungsempfehlungen zu geben. Auch für die interne Diskussion im Krankenhaus sowie als rechtliche Absicherung wünschen sich alle Mitglieder verstärkt erstellte Handlungsempfehlungen. Diesem Thema haben wir uns gewidmet, jedoch auch festgestellt, welche intensive Arbeit aufgrund der Notwendigkeit der rechtlichen Absicherung damit verbunden ist, die oftmals fast „Leitliniencharakter“ erhält.

Aktuell sind wir dabei, eine Leitlinie zur perioperativen Gabe von Tranexamsäure zu erstellen. Dies erfolgt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivtherapie (DGAI). Folgt man hier der orthopädischen Literatur, so scheint es einfach zu sein, dies als Standard zu definieren. Dem stehen jedoch die Zulassungsbedingungen gegenüber, welche sich bisher für Deutschland (BfArM – „Hyperfibrinolyse“) und für Europa (EMA – „Fibrinolyse“) unterscheiden. Obwohl eine Vielzahl an Publikationen vorliegt ist das Risiko thrombotischer Komplikation nicht abschließend geklärt und die Effektstärke von Tranexamsäure im Vergleich zu anderen Methoden unbekannt. Zudem schließen große Studien meist Hochrisikopatienten, das heißt Patienten mit einer positiven Thromboseanamnese, aus. Daneben existiert noch keine einheitliche Empfehlung zur Dosierung, zum Zeitpunkt, zur Applikationsform und zur Häufigkeit der Applikation von Tranexamsäure. Die aktuellste Publikation aus dem New England Journal of Medicine (Devereaux et al. 2022 May 26;386(21):1986-1997) zeigte zudem wiederum, dass die Blutungsreduktion signifikant ist, die Thrombose-rate jedoch erhöht.

Unser Ziel ist es, die Tranexamsäure als „etablierten Off-Label-Use“ anerkennen zu lassen, da eine Änderung der Zulassung nicht zu erwarten ist. Ein solcher „etablierter Off-Label-Use“ kann dann auch Facharztstandard sein. Nach § 84 des Arzneimittelgesetzes ist ein Off-Label-Use, der verschiedenen Herstellern bekannt ist und nicht als kontraindiziert gewertet wird, als bestimmungsgemäßer Gebrauch zu werten.

Im Fazit bleibt daher festzustellen, dass derzeit die therapeutische Gabe von Tranexamsäure bei evidenter Blutung nicht aufklärungspflichtig ist, die Applikation vor der Operation, das heißt als Prophylaxe, nicht als Standard gewertet werden kann und somit aufzuklären ist. Ich möchte die Möglichkeit nutzen, mich bei den Kollegen der DGAI für die exzellente Zusammenarbeit zu bedanken.

Prof. Dr. Carsten Perka
AE-Generalsekretär

„Das Leben braucht keine laute Welt, wenn es Zeichen setzen will!“

Charles Lichtenthaeler

Die AE trauert um Peter Kirschner – Präsident und Autorität, Kollege und Freund!



Gibt es noch Schulen? Gemeint sind Schulen für Chirurgen! Vereinzelt – da und dort – sicherlich.

Mit dem gleichen hohen Anspruch wie früher? Wohl immer seltener und weniger!

Solche Schulen vermitteln mehr als die Lehre von Operationen – techné im Sinne von Hippokrates –, heute ist von „skills“ die Rede – sie formen und bilden im übertragenen Wortsinn: die Rede ist von Geprägtheit (euschemosyne) – Charis und Fähigkeit für eine kritische Meinung (eudoxia)!

Peter Kirschner entstammte einer derartigen Schule: Fritz Kümmerle, der Nestor der Pankreas- und Dünndarmchirurgie in Deutschland, hatte an der Universität Mainz eine moderne Klinik aufgebaut: Chirurgische Intensivstation, Kardiovaskuläre Chirurgie, Urologie, Kinderchirurgie und schließlich auch ... Unfallheilkunde, die Carl-Heinrich Schweikert leitete.

Geprägtheit durch chirurgische Lehrer, nur so entsteht echte Autorität, sie erwächst und ist nicht künstlich, nicht synthetisch, schon gar nicht gemacht; sie entfaltet sich mit Selbstverständnis und Überlegenheit, nur so wiederum kann sie wirksam weiter fördern! Peter Kirschner war prägend – für seine Klinik, für seine Kollegen und Mitarbeiter, für unsere Fachgesellschaft und da zuweilen und im richtigen Augenblick ganz entscheidend, geprägt hat er auch uns – dafür sind wir dankbar!

Ungeprägtheit wäre oberflächlich, emsig, betriebsam, geschäftig, ungezielt, nicht auf den richtigen Augenblick bedacht; oft ist inzwischen die Rede von „Momentum“: der Augenblick der Veränderung, Gunst und Zeit, hierfür

hat die griechische Sprache sogar ein eigenes Wort – kairos, richtiges Handeln und angemessene Rede!

Peter Kirschner wurde in St. Joachimsthal im böhmischen Erzgebirge am 22. April 1941 geboren und wuchs in Gernsheim am Rhein auf, dort auch Abitur; Studium in Frankfurt, Freiburg und Gießen, Promotion 1968 und erste klinische Assistenzzeit in Gießen und Siegen.

Facharztweiterbildung schließlich in Mainz bei Fritz Kümmerle, natürlich mit dem Teilgebiet Unfallchirurgie – Carl-Heinrich Schweikert war zu dieser Zeit dort Professor für Unfallchirurgie, auch Sekretär der „Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen“. Schweikert ist Vorbild und Mentor. Es folgte rasch die Habilitation über: „Experimentelle Untersuchungen mechanischer und chemischer Eigenschaften von Knochenzementen nach Langzeitimplantation im menschlichen Körper“; richtungsgebend für seine weitere wissenschaftliche und klinische Laufbahn.

Peter Kirschner wird 1978 leitender Oberarzt am Mainzer Universitätsklinikum und 1981 Chefarzt am St. Vincenz und Elisabeth Hospital, aus dem das Marienhaus Klinikum Mainz hervorging.

Pierre Dionis schreibt über den Chirurgen: „Die Person des Chirurgen muß mit dreierley Qualitäten versehen seyn; davon die erstere ein gutes Naturel; die andere Art einer guten Vernunft und die dritte einer grossen Praxi zuzuschreiben sind.“

Das mag alt sein, aber deshalb nicht unbedingt falsch, umso richtiger heute!



Geprägt und prägen!

Peter Kirschner war reichlich ausgestattet mit diesen Eigenschaften, der Erfolg seiner klinischen Arbeit war überwältigend, sein Talent, seine Persönlichkeit und besondere chirurgische Erfahrung haben die Klinik rasch zur weit überregionalen Bedeutung geführt, gerade auf dem Gebiet der Traumatologie und natürlich auch im Bereich des Gelenkersatzes mit allen seinen Facetten!

Das galt nicht nur für hilfesuchende Patienten, sondern auch für junge Assistenzärzte, die bei ihm ihre Weiterbildung absolvierten!

Peter Kirschner war nicht Herr, eher Diener; die Malteser sagen: „Les seigneurs malades“ – den Kranken dienen, als seien sie Herren!



Unfallheilkunde und Orthopädie betrieb er in einem sehr breiten Spektrum, die einseitige und beschränkende Ausrichtung auf einen Körperabschnitt und wenige Methoden sah er nicht ohne Kritik oder warnende Zurückhaltung; sein Selbstverständnis und Selbstbewusstsein – auch seine Überlegenheit und Überlegtheit – waren begründet in seiner Vielseitigkeit, überheblich oder herablassend haben wir Peter Kirschner nie erlebt! Das heißt nicht, er hätte sich nicht auseinandergesetzt – immer ehrlich, gerade und offen, aber auch im richtigen Augenblick – kairos – konzilient, auch deshalb war er sehr angesehen!

Für sich selbst hat er den Auftrag abgeleitet, unablässig Können und Wissen weiterzugeben, nicht nur in seinem Team, das ihn dafür aufrichtig verehrt hat! Gegenseitige und wahrhaftige Wertschätzung auch für die Pflege – heute ist das sehr gefragt, Peter Kirschner war das immer schon selbstverständlich!

Realisation dieser gescheiterten Überlegungen mit der Gründung einer Fachgesellschaft und dem Ziel einer wissenschaftlich basierten Ausbildung auf dem Gebiet der Endoprothetik. Noch im September letzten Jahres hat Peter Kirschner einen beachtenswerten Vortrag über die Entwicklung zementloser Pfannen beim 25-jährigen Jubiläumskongress der AE in Regensburg gehalten!

Sechs Jahre war Kirschner Präsident der AE, seine außerordentlich gelungene Amtszeit war nicht nur begleitet von einer rasanten Entwicklung der Mitgliedszahlen, sondern auch in der Kreation unterschiedlicher Kursangebote und Ausbildungsformate – diese reichen von aufwendigen Workshops bis hin zu Kompaktkursen mit komprimierten Lehrinhalten.

Für den operativen Nachwuchs war während seiner Präsidentschaft die AE-ComGen aufgebaut worden, diese Organisation der AE ist gleichermaßen erfolgreich in Wissenschaft und Ausbildung, auch dies verdankt die AE Peter Kirschner!

Die AE erreichte durch Peter Kirschner noch mehr Professionalität, eigene Geschäfts- und Organisationsstrukturen, internationale Veranstaltungen mit der Schweiz und Österreich, schließlich die Publikation von Bulletins und ganz besonders hervorzuheben die Manuale, welche derzeit vor einer neuen Auflage stehen!

Umbrüche und Probleme hat es auch gegeben, keiner hätte für diese so geschickt, meisterhaft und konsequent Lösungen gefunden – auch was Struktur, Organisation und Konzepte angeht! Erinnert sei auch seine ausgleichende Moderation bei der Zusammenführung der Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie – obwohl sein Herz sicherlich für die Traumatologie schlug, fand er ausgleichende und dann gemeinsame, zukunftsweisende Wege.

Seine Präsidentschaft in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie war gekrönt von einem herausragenden Kongress, der uns in besonderer Erinnerung geblieben ist!

Die Berufsgenossenschaften Hessen, Mittelrhein und Thüringen haben Prof. Kirschner zu ihrem Vertrauensarzt ernannt, von Expertise, Geprägtheit und Charisma haben wir ja schon gesprochen!

Seine Nähe hatte immer etwas Familiäres, Vertrautes, seine rheinische Gemütlichkeit hat er nie versteckt. Peter Kirschner war auch ein Familienmensch, umso mehr sind unsere Gedanken bei seiner lieben Frau Hanna und seinen beiden Töchtern mit ihren Familien.

Peter Kirschner hat immer auf das Bewährte, auf die Selbsterfahrung vertraut, auf die Kunst, auch auf seine eigene; nicht auf das Neue, Kurzlebige: die Idee von heute kann der Irrtum von morgen sein – auch in der Endoprothetik!

Diese Überlegung ist nicht unbedingt eine Geringschätzung der modernen Techniken, sondern ein Bewahren der eigentlichen, chirurgischen Kunst und seiner Geheimnisse – „ars longa“ – und deren Übergabe an die nächste Generation, denn wir erfahren unsere Sterblichkeit – „vita brevis“.

„... die letzten Dinge sind still.“



*Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, AE-Präsident
Prof. Dr. Carsten Perka, AE-Generalsekretär
Prof. Dr. Robert Hube, AE-Vizepräsident
Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, AE-Past-Präsident
Prof. Dr. Rudolf Ascherl, AE-Past-Präsident*

Ambulantisierung – eine längst überfällige Entwicklung?

„Wir haben es nicht geschafft, die Krankenhausstrukturen an die moderne Medizin und die Patientenbedürfnisse anzupassen. Und wenn Betten da sind, werden sie auch gefüllt.“ (Christoph Straub, Chef der Barmer Ersatzkasse)

Seit Jahren wird kontrovers über die Notwendigkeit einer Ambulantisierung in Deutschland nachgedacht und berichtet. Bereits im Jahr 2020 stellte der BDC fest, dass es in Deutschland eine hohe Rate an Ein- und Zwei-Tagesfällen gibt. Dieses ist definitiv ein Patientenpotenzial, welches zur Ambulantisierung geeignet ist. Es wurde festgestellt, dass die Kurzlieger zunehmen, die Verweildauer sinkt, dass aber kein Anreiz vorliegt, operative Maßnahmen ambulant durchzuführen. Das MD-Reformgesetz wurde am 01.01.2020 verabschiedet. Hier wird eine Prüfquote festgelegt. Wenn im Rahmen dieser Prüfquote eine gewisse Anzahl an Fällen festgestellt wird, die hätten ambulant operiert werden können, erhöht sich im weiteren Verlauf die Prüfquote. Bei jedem negativ geprüften Fall wird eine Strafzahlung von 10 % der DRG bei mindestens 300 € notwendig und das Krankenhaus muss den Beweis führen, dass dieser Fall nicht hätte ambulant durchgeführt werden können. Das hat durchaus deutliche finanzielle Auswirkungen auf das Geschehen im Krankenhaus.

Zahlreiche Länder sind mit der Ambulantisierung weit voraus und in den meisten wurden ökonomische Anreize bei ambulanter Leistungserbringung angeboten, so in Großbritannien, in den USA, in Österreich und in der Schweiz. Es wurde eine gleiche oder bessere Vergütung bei ambulanter Erbringung gezahlt.

Es herrscht relative Einigkeit darüber, dass das Vergütungssystem für die ambulanten Operationen derzeit nicht adäquat ist und dass eine erfolgreiche Ambulantisierung nur durch Vergütungsanreize umgesetzt werden kann. Im Rahmen des am 01.04.2022 publizierten Gutachtens des IGES-Institutes wurden weitere 2.476 medizinische Leistungen für die Aufnahme in den Katalog „Ambulantes Operieren“ empfohlen, das entspräche ungefähr einem Viertel aller derzeit im Krankenhaus durchgeführten Leistungen.

Unser System wird häufig mit anderen Systemen verglichen. So ist zum Beispiel die Rate der durchgeführten Mandeloperationen in Deutschland zu 90 % stationär, in den Niederlanden zu 60 %, Hernien werden bei uns zu 99 %, in den Niederlanden zu 17 % stationär operiert. Ursächlich hierfür ist mit hoher Wahrscheinlichkeit die extrem schlechte Vergütung einer ambulant durchgeführten Hernien-Operation.

Die Bertelsmann-Stiftung hat sich mit der zukunftsfähigen Krankenhausversorgung auseinandergesetzt. In einer Publikation von Busse und Mitarbeitern aus dem Jahre 2019 wird eine Neuordnung der Krankenhauslandschaft empfohlen. Die Autoren stellen fest, dass derzeit 56 % aller Krankenhäuser in Deutschland weniger als 200 Betten haben und nicht spezialisiert seien. Pro Einwohner gäbe es in Deutschland mehr Personal als in den meisten europäischen Ländern, pro Patient und Bettentag allerdings weniger. Dieser Pflegemangel sei ein Spätindikator eines ruinösen ökonomisierten Krankenhauswettbewerbes. Es gebe hohe Überkapazitäten, so dass vielfach unnötig stationär behandelt werde, die Rate der über die Notaufnahme aufgenommenen Patienten steige zunehmend und läge derzeit bei 50 %. Auffällig sei ein Fallwachstum im ambulant sensiblen Bereich. Überkapazitäten würden mit ambulantem Potential gefüllt, die Fehlanreize würden durch das DRG-System getriggert.

Es gäbe drei miteinander verzahnte Probleme. Erstens unangemessen viele Patienten, zweitens die Behandlung in vielfach personell und tech-

nisch nicht adäquat ausgestatteten Krankenhäusern und drittens ein Betreuungsverhältnis pro Patient beziehungsweise pro Bettentag, was eher niedrig sei.

Busse und Mitarbeiter sehen ein ambulantes Potential von 35 %, dies entspräche fünf Millionen stationären Behandlungsfällen und einem Patientenaufkommen von 500 durchschnittlichen Krankenhäusern, sie sehen durch eine Konzentrierung eine Erhöhung der Qualität und eine Rückläufigkeit der Re-Operationen und der Sterblichkeit.

Man empfiehlt, von den 1.329 allgemeinen Plankrankenhäusern mit 398.000 Betten Abstand zu nehmen. Effizient sei eine Versorgung mit 360 Versorgungskrankenhäusern, die jeweils 200.000 Einwohner versorgen würden, und 50 Maximalversorger mit jeweils einem Einzugsbereich von 1,65 Millionen Patienten.

Gefordert wird vom Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine verantwortungsvolle Strukturentwicklung statt kaltem Strukturwandel. Man wolle eine Zentralisierung komplexer und elektiver Behandlungen, die aber auskömmlich sei. Das DRG-System müsse reformiert werden und es bedürfe einer neuen Investitionsfinanzierung.

kma-Online geht davon aus, dass die Ambulantisierung dazu führe, dass die Rolle kleiner Kliniken sich komplett ändern würde. Man müsse ambulante Infrastruktur aufbauen und stationäre Kapazitäten reduzieren, dies bedinge ein maximales Umdenken.

Im Ärzteblatt 37/2022 wird unter der Überschrift: „Chance Ambulantisierung“ das Thema noch einmal ausführlich diskutiert. Zitat Boris Augurzky vom RWI in Essen: „Eine wichtige Frage wird sein, wie wir mit dem Trend zur Ambulantisierung umgehen.“ Er sieht die Krankenhauslandschaft vor einem Strukturwandel und eine mögliche Wiederbelebung des Belegarzt-Modelles. Das deutsche System hätte im internationalen Vergleich noch deutliche Reserven. Kostenersparnisse sollten aber nicht im Fokus stehen. Es wird in diesem Artikel noch einmal darauf hingewiesen, dass in Deutschland noch sehr hochfrequent Eingriffe trotz relativ kurzer Verweildauer im stationären Bereich stattfinden. Ebenso wird dargestellt, wie entsprechende Vergütungen aussehen könnten – derzeit ist die Vergütung im stationären Sektor hoch, im ambulanten Sektor tendenziell niedrig. Die Alternative wäre eine Mischvergütung, die beide Sektoren für die hier relevanten Leistungen, die aus dem stationären Sektor rausgenommen werden, gleichstellt oder eben alternativ eine Vergütung, die den stationären Bereich abwertet und den ambulanten Bereich in der Form für ausgewählte Leistungen übervergütet, um einen adäquaten Anreiz für eine ambulante Erbringung zu erstellen.

Gerald Gaß von der DKG hält das Krankenhaus für den richtigen Ort für komplexe ambulante Behandlungen, möchte diese aber isoliert im Krankenhausbereich verortet wissen. Die deutsche Krankenhausgesellschaft sieht einen steigenden ambulanten Versorgungsbedarf in Verbindung mit einem zunehmenden Fachkräftemangel in nahezu allen Gesundheitsberufen. Durch Fortschritte in Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und dem Patientenwunsch, ambulant behandelt zu werden und zeitnah ins gewohnte Umfeld zurückzukehren, wäre eine Ambulantisierung nachvollziehbar. Im internationalen Vergleich sei es jedoch so, dass komplexe ambulante Leistungen an Krankenhäusern verortet seien, da die



zwei Sektoren, wie wir sie haben, dort gar nicht zur Verfügung stünden. Die qualitätsgesicherte Erbringung komplexerer ambulanter Leistungen unter Einbeziehung der umfänglichen personellen und medizintechnischen Strukturen sei nur im Krankenhaus sinnvoll. Deswegen müssten finanzielle Anreize für eine entsprechende Versorgung gegeben werden. Versuche, eine strikte Trennung des ambulanten vom stationären Sektor durch Öffnungen aufzuheben, sei bisher weder durch den AOP-Katalog nach § 115B SGB 5, noch durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erreicht worden.

Die DKG empfiehlt einen Katalog stationersetzender Leistungen für einen eigenen, neuen klinischen Bereich zu definieren. Desweiteren greift man die vom IGES-Institut aufgeführten Kontextfaktoren für die patientenindividuelle Begründung einer stationären Leistungserbringung auf. Hier spielen Themen eine Rolle wie Betreuungsbedarf, Komorbiditäten und soziale Begleitumstände, ebenso wie die Kombination verschiedener OPS-Ziffern. Man empfiehlt hier eine systematische fallindividuelle Prüfung von Kontextfaktoren. Ich persönlich sehe hier ein enormes Konfliktpotential. Im Koalitionsvertrag von 2021 findet sich folgende Anmerkung: „Um die Ambulantisierung bislang unnötig stationär erbrachter Leistungen zu fördern, setzen wir zügig für geeignete Leistungen eine sektorengleiche Vergütung durch sogenannte Hybrid-DRG um“.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft sieht hier den Sinn in der Durchführung klinisch ambulanter Leistungen, die neben den eigentlichen ambulanten Leistungen des AOP-Katalogs und im vollstationären Bereich stattfinden. Dies seien Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbracht werden könnten, bei denen aber gegebenenfalls ein stationärer Aufenthalt nötig sei und die Interdisziplinarität sowie die medizinisch-technische Ausstattung hohen Ansprüchen zu genügen hätten.

Genau diese Leistungen sehen sie sinnvollerweise im Krankenhaus, da hier eine besondere Infrastruktur und medizinisch-technische Ausstattung vorhanden sei und genau für diese Leistungen wird ein Hybrid-DRG, sprich eine pauschale fallbezogene, einheitliche Vergütung für originäre Krankenhausleistungen, unabhängig von der Dauer der Behandlung auszuloben. Diese Hybrid-DRG sollte sich in der Einführungsphase an der Vergütungshöhe stationärer Leistungen orientieren, um Anreize zu setzen. Es sei aber nachvollziehbar, dass diese Vergütungshöhe im weiteren Verlauf je nach Entwicklung des Leistungsbereiches angepasst werden müsste.

Es ist somit festzuhalten, dass die Ambulantisierung definitiv umgesetzt wird, die Zahl der klinischen Anbieter derzeit durchaus zu hoch ist und dass es eine extrem hohe Zahl kleiner Kliniken gibt. Ein dritter Sektor für klinische ambulante Leistungen wird entstehen, dessen Verortung im Krankenhaus oder im niedergelassenen Sektor ist jedoch derzeit noch nicht klar definiert. Voraussetzungen seien gleiche Zugangsbedingungen, gleiche Bezahlung – finanzielle Anreize sind für die Durchführung oder für die Umsetzung der Ambulantisierung erforderlich. Vorhaltekosten müssen folglich getragen werden, die rein betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise, die wir seit Jahren kennen, muss ein Ende haben.

GOÄ – Quo vadis?

Die neue GOÄ ist seit nunmehr mehr als zehn Jahren in der regen Diskussion. Bereits im Jahre 2016 sprach sich die SPD-Bundestagsfraktion gegen eine GOÄ-Novelle aus. Sie wolle diese verhindern und eine paritätische Finanzierung der GKV wiederherstellen. Grund dafür sei, dass die GOÄ Ärzten erhebliche Einkommensvorteile bei der Behandlung von Privatpatienten zusichern würde. Eine Besserstellung dieser Patienten sei inakzeptabel, man lehne einen Anstieg der Arzthonorare ab, das Ziel sei eine Bürgerversicherung und es wurde der damalige Gesundheitsminister aufgefordert, die neue GOÄ zu verhindern.

Es wurde nach vielen Verhandlungen mit dem PKV-Verband sich auf einen Korridor für eine Erhöhung der aktuellen GOÄ ausgesprochen, dieser sollte bei etwa 6 % liegen, wobei natürlich berücksichtigt werden muss, dass innerhalb der GOÄ eine gewisse Umverteilung stattfinden sollte. Das Problem der aktuellen GOÄ ist das Zeit-Leistungsprinzip, was natürlich auch für die Endoprothetik greift. Im Jahre 2021 war die Transkodierung von Alt zu Neu abgeschlossen und man sprach von der GOÄ 3.0. Wir haben zahlreiche neue Ziffern im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie etabliert und auch die Endoprothetik ist mit etwa 50 Seiten im neuen GOÄ-Katalog berücksichtigt. Hier lag das Ziel einerseits darin, Leistungskomplexe zu schnüren, andererseits aber die unterschiedlichen Schweregrade der operativen Maßnahmen sowohl im Primär- als auch im Revisionsbereich abzubilden, was uns meiner Meinung nach sehr gut gelungen ist. Nach der Bepreisung fingen nun aber die Diskussionen bezüglich der insbesondere in hoher Zahl erbrachten kardiologischen und endoprothetischen Leistungen, sprich Kardiologie und Orthopädie, an. Es wechselte unser Ansprechpartner seitens der privaten Krankenversicherungen. Es wurde Ende Mai 2022 eine Testphase angekündigt, die nun begonnen hat. Parallel dazu gibt es aber klare Äußerungen von der Bundesregierung, sprich vom Gesundheitsminister. Die GOÄ-Reform sei politisch nur schwierig durchsetzbar – von Seiten des BMG hieß es, dass es sich bei der GOÄ-Reform um ein Berufspolitikum handle und dass aus diesen Gründen erst einmal nichts geschehe. Das Ministerium begründete das enorme Zögern damit, dass der politische Wille fehle, die Reform voranzutreiben, denn die SPD und Grünen hätten vor der letzten Bundestagswahl eigentlich eine Einheitsversicherung, sprich Bürgerversicherung, gewollt. Zitat wissenschaftliche Dienste zur Gebührenordnung der Ärzte: „Wir werden in dieser Legislaturperiode nichts machen, was das Verhältnis von PKV zur gesetzlichen Krankenversicherung, also zur GKV, verschiebt. So haben wir es im Koalitionsvertrag beschlossen und daran halte ich mich. Dennoch werde der Gesundheitsminister den Reformvorschlag grundsätzlich prüfen, er sei aber sehr skeptisch ob in dieser Legislaturperiode darüber beschlossen werde“. Somit kann man abschließend festhalten, dass trotz Modernisierung, trotz einer unendlichen Arbeit die in dieser GOÄ 3.0 steckt, davon auszugehen ist, dass sich absehbar hier nichts bewegt, dass weder eine neue GOÄ eingeführt wird noch der notwendige Ausgleich bei der alten GOÄ vorgenommen wird.

*Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
AE-Past-Präsident*

WIR. FÖRDERN. FORSCHUNG.

Die Stiftung Endoprothetik feiert 20 Jahre unabhängige, wissenschaftliche Förderung



STIFTUNG
ENDOPROTHETIK

Seit ihrer Gründung im Jahr 2002 hat die Stiftung Endoprothetik über 60 Projekte mit mehr als 4 Millionen Euro gefördert. Die Stiftung ermöglicht die unabhängige, finanzielle Förderung von wissenschaftlichen Projekten zur Erforschung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie deren Behandlung. Die Ergebnisse der Forschungsprojekte werden regelmäßig in hochrangigen internationalen Fachzeitschriften publiziert.



Der Stiftungsvorstand v.l.:

Prof. Dr. H. Reichel, Prof. Dr. M. Rickert, Dr. C. Friecke, Dr. jur. J. Neuling, Prof. Dr. J. Beckmann

Ehrenamtlich tätig

Das kleine Jubiläum ist ein willkommener Anlass für den Vorstandsvorsitzenden Dr. Christian Friecke, sich für das langjährige, ehrenamtliche Engagement der Kuratoriums- und Vorstandsmitglieder zu bedanken: „Sie alle haben ganz maßgeblich zu den Erfolgen der Stiftung beigetragen. Ich freue mich auf viele weitere Jahre gemeinsamer Arbeit.“

Förderung beantragen

Allein in diesem Jahr hat die Stiftung Endoprothetik Fördermittel in Höhe von mehr als 270.000 Euro zugesagt.

Dr. Friecke weist darauf hin, dass ein Förderantrag auf einfachem Weg beantragt werden kann: „Förderanträge für Projekte werden durch ein ehrenamtlich tätiges wissenschaftliches Gremium in einem unabhängigen, zweistufigen Auswahlverfahren evaluiert.“ In einem ersten Schritt wird dazu auf der Website www.stiftung-endoprothetik.de ein kurzer Sichtungsantrag gestellt, welcher prägnant das Ziel der Studie erläutert. Ein entsprechendes Formular ist hinterlegt.

Im Falle einer positiven Bewertung muss in einem zweiten Schritt ein detaillierter Förderantrag eingereicht werden. Nach sorgfältiger Prüfung des Antrages erfolgt die definitive Entscheidung, ob das Projekt gefördert werden kann.

Dr. Friecke betont zudem: „Wegen des thematischen Zusammenhangs möchten wir ausdrücklich die Mitglieder der AE dazu aufrufen, Anträge bei der Stiftung einzureichen. Gerade von den AE-Mitgliedern wünschen wir uns in Zukunft noch mehr Anträge als in der Vergangenheit.“

Förderrichtlinien

Neben dem Sichtungsformular sind auch die Förderrichtlinien der Internetseite www.stiftung-endoprothetik.de zu entnehmen. Dort finden sich zudem umfangreiche Informationen zu den bisher geförderten Projekten und eine Liste der daraus hervorgegangenen Publikationen. Gerne beantwortet das Stiftungsbüro in Hamburg all Ihre Fragen zur Projektförderung.

Wissenschaftspreis 2022

Seit 2016 vergibt die Stiftung Endoprothetik gemeinsam mit der AE in jedem Jahr die beiden gemeinsamen Wissenschaftspreise für die besten wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Endoprothetik. Einer prämiert die herausragende Arbeit auf dem Gebiet der Grundlagenforschung, der andere eine auf dem Gebiet der angewandten Forschung. Ein direkter Bezug zur Endoprothetik ist jeweils eine *conditio sine qua non*. Die Preise sind mit jeweils 10.000 Euro dotiert. Die Gesamtdotierung in Höhe von 20.000 Euro wird zu

gleichen Teilen von der AE und der Stiftung getragen.

Dr. Friecke unterstreicht „Die Preisvergabe erfolgt stets im Rahmen des AE-Kongresses, der in diesem Jahr am 9. und 10. Dezember in Frankfurt am Main stattfinden wird. Dort wird die Stiftung wieder mit einem Informationsstand vertreten sein. Fragen zur Stiftung können dort unbürokratisch im Gespräch erläutert werden.“

*Birgit Holtemeyer
Leitung Stiftungsbüro
Stiftung Endoprothetik*

Die AE in den Medien im Jahr 2022

All about Hüft- und Knieendoprothetik

Für Patientinnen und Patienten wird es immer wichtiger, Verantwortung für das eigene Wohlergehen und damit auch für die Haltbarkeit ihrer Endoprothese mit zu übernehmen. Gleichfalls gilt es, ihre Ärztinnen und Ärzte mit aktuellen Informationen rund um die Endoprothetik zu versorgen. Deshalb informiert die AE mit ihren Pressemitteilungen und einer Pressekonferenz pro Jahr kontinuierlich über relevante Studien und weitere wichtige Themen zu künstlichen Hüft- und Kniegelenken.

Ziel der Medienarbeit ist auch, die Marke AE als die Anlaufstelle zu allen Fragen der Endoprothetik zu pflegen. Dazu gehört, sich zu wichtigen Entwicklungen in der Endoprothetik zu äußern und die Stimme zu gesundheitspolitischen Fragestellungen zu erheben. Dies stärkt die Position der AE sowohl in der Fachwelt als auch in der Öffentlichkeit und schafft Vertrauen.

Den Auftakt der Medienarbeit im Jahr 2022 machte eine Pressemitteilung mit **neuen Studiendaten zu Bremskraft und Reaktionszeit nach Hüft- und Knie-OP**. „Wann darf ich wieder ans Steuer?“ ist eine der wichtigsten Fragen von Patientinnen und Patienten bei der Planung ihres künstlichen Hüft- oder Kniegelenks. Die zwei Studien kommen zu dem Schluss, dass Patienten mit einer Hüftprothese frühestens vier Wochen nach der OP wieder fahrtüchtig sind. Nach dem Ersatz ihres Kniegelenks sollten Betroffene mindestens sechs Wochen warten, bis sie wieder ein KFZ steuern. Die Resonanz in den Medien war groß.

Zahnmedizinische Zeitschriften interessierten sich besonders für die Pressemitteilung zu **Antibiotikaphylaxe bei blutigen Zahn-Eingriffen**. Infektionen eines künstlichen Hüft- und Kniegelenks sind eine zwar seltene, aber dennoch gefürchtete Komplikation: Bakterien können über den Blutweg zur Endoprothese gelangen, ihre Oberfläche besiedeln und zur Lockerung des künstlichen Gelenks führen. Bei blutigen Zahn-Eingriffen an Trägerinnen und Trägern von Endoprothesen empfehlen deshalb die American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) und die AE die einmalige Gabe eines Antibiotikums. Eine aktuelle britische Studie ist nun zu dem Schluss gekommen, dass diese vorsorgliche Verabreichung eines Antibiotikums nicht notwendig sei. Sie wertete die Daten von knapp 9.500 Patienten mit Spätinfekten ihrer Gelenkprothesen aus, die zuvor eine Zahnbehandlung erhalten hatten. Dabei konnten sie keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einem Zahn-Eingriff und dem Protheseninfekt finden. Eher trage ein ungepflegtes Gebiss, etwa Entzündungen, die leicht bluteten, dazu bei, dass Bakterien aus der Mundhöhle verschleppt würden. Die Studie unterstreiche die große Bedeutung einer lebenslangen Zahnpflege bei Patienten mit Kunstgelenken, kommentierte die AE in ihrer Pressemitteilung. Gleichzeitig kündigt sie an, ihre Empfehlung zu überprüfen.

Wohl jede Zeitung in Deutschland griff die Meldung auf, die die Bedeutung von **lebenslangem Muskeltraining und Gewichtskontrolle bei Endoprothesenträgerinnen und -trägern** thematisierte. Denn Bewegungsmangel und Gewichtszunahme wie jetzt während der Corona-Pandemie können die Haltbarkeit von Hüft- und Knieprothesen beeinträchtigen. Die möglichen Folgen: Ein geschwächter Muskel-, Band- und Sehnenapparat erhöht die Sturzneigung. >>>



Endoprothesen

„Vier bis sechs Wochen nach Hüft- und Knie-Operationen wieder fahrtüchtig“

Ab wann dürfen Personen nach der Implantation eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks wieder Autofahren? Diese Frage bewegt viele Betroffene und ist auch Thema bei Praxisbesuchen – schließlich geht es dabei um Mobilität, Unabhängigkeit und soziale Teilhabe. Zwei kleine Studien der Charité liefern dazu erstmals belastbare Daten hinsichtlich der Fahrtüchtigkeit nach Knie- und Hüftendoprothesen. Im Gespräch dazu mit dem and-der Orthopädie und Unfallchirurg Prof. Carsten Perka, Generalsekretär der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik und Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC) an der Charité in Berlin.



Herr Prof. Perka, von wie vielen Personen ist denn eigentlich die Rede, wenn es um die Fahrtüchtigkeit nach Implantation von Endoprothesen an Hüften oder Knien geht?

Derzeit erhalten hierzulande jährlich jeweils rund 200.000 Patient*innen erstmals ein Ersatzgelenk für das Knie und ebenso etwa die gleiche Zahl für die Hüfte. Zusätzlich erfolgen aber auch als Austauschoperationen eines bereits etliche Jahre zuvor implantierten Ersatzgelenks.

Inwiefern beeinträchtigen frisch ersetzte Knie- und Hüftgelenke denn die Fahrtüchtigkeit?

Zentrale Voraussetzung für die Fahrtüchtigkeit nach solch einer Operation ist die Fähigkeit, eine Notbremse durchzuführen, was kurz nach den OPs natürlich nicht der Fall ist, weil die Kraft – erst einmal – dazu fehlt, sowohl nach Hüft- als auch nach Knie-Endoprothesenimplantationen.

Eine entscheidende Rolle bei der Bewertung der Fahrtüchtigkeit spielen dabei eine intakte Reaktion auf den Bremsreiz (BRT) sowie die Bremspedalkraft (BPK) – also das Bremspedal mit ausreichender Kraft bei Bedarf durchtreten zu können.

Neu implantierte Endoprothesen an Hüften und Knien beeinträchtigen auch nach inzwischen etablierten muskelschonenden Eingriffen die Fahrtüchtigkeit für einige Wochen, da dennoch eine gewisse Muskelregeneration und Muskelkoordination erforderlich sind, um wieder fahrtüchtig zu sein.

Sie haben dazu zwei Studien an der Charité durchgeführt – was genau haben Sie dabei untersucht?

Unser jeweils untersuchtes Patient*innenkollektiv zur Erfassung der Fahrtüchtigkeit umfasste gezielt ausgesuchte und ansonsten gesunde Patient*innen, bei denen ein einseitiger Gelenkersatz am rechten Knie oder Hüftgelenk erfolgte und eine Arthrose in weiteren Gelenken ausgeschlossen wurde (Hüfte: 25 Patient*innen mit einem Durchschnittsalter von rund 53 ± 10 Jahren | Knie: 20 Patient*innen mit einem Durchschnittsalter von 66 ± 11 Jahren). Bei allen Patient*innen erfolgte eine minimal-invasive Versorgung mit einem zementfreien Implantat. Weitere Voraussetzung war eine regelmäßige Fahrpraxis in den zwei Monaten vor der Operation.



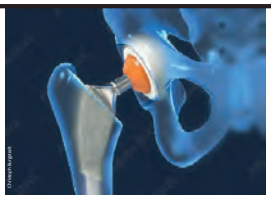
Weshalb Sie mit künstlichen Gelenken in Bewegung bleiben sollten

Am besten täglich





Wann darf ich nach der OP wieder ans Steuer?



Endoprotheseninfekte durch zahnärztliche Eingriffe?

Infektionen eines künstlichen Hüft- und Kniegelenks sind eine zwar seltene, aber dennoch gefürchtete Komplikation: Bakterien können über den Blutweg streuen, die Prothesenoberfläche besiedeln und zur Lockerung des Kunstgelenks führen. Bei blutigen Zahn-Eingriffen an Trägerinnen und Trägern von Endoprothesen empfehlen deshalb die American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) und die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. die einmalige Gabe eines Antibiotikums [1,2].

NEUE STUDIE HAT ANTIBIOTIKAPHYLAXE FÜR ÜBERFLÜSSIG

Eine aktuelle britische Studie kommt nun zu dem Schluss, dass diese vorsorgliche Verabreichung eines Antibiotikums nicht notwendig sei [3]. Sie wertete die Daten von knapp 9500 Patienten mit Spätinfekten ihrer Gelenkprothesen aus, die zuvor eine Zahnbehandlung erhalten hatten. Dabei konnten sie keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einem Zahn-Eingriff und dem Protheseninfekt finden. Eher trage ein ungepflegtes Gebiss, etwa Entzündungen, die leicht bluteten, dazu bei, dass Bakterien aus der Mundhöhle verschleppt würden. Die Studie unterstreiche die große Bedeutung einer lebenslangen Zahnpflege bei Patienten mit Kunstgelenken, kommentierte die AE. Gleichzeitig kündigt sie an, ihre Empfehlung zu überprüfen.

Pandemiezeitbedingte Zahngesundheits-Exzitationen – manchmal fälschlich nur beim Zahnarzt: Dabei können auch Bakterien in die Blutbahn gelangen und sich auf dem künstlichen Hüft- oder Kniegelenk festsetzen. Diese Infektionen treten mitunter auch noch Jahrzehnte nach der Implantation auf. Oft stehen sie dann längerer und aufwendiger Behandlungen mit mehreren Operationen nach. „Allen die direkten Kosten für solche Eingriffe liegen in Deutschland einschätzend dem dann wieder zu erhaltenden Einbau eines neuen Implantates zwischen 20.000 und 30.000 Euro“, sagt Professor Dr. med. Carsten Perka, Generalsekretär der AE und Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin.

Doch wie kann man die Patienten schützen? Die Datenlage zum Risiko einer Implantatinfektion durch einen blutigen Eingriff in der Mundhöhle ist dünn. „Das liegt daran, dass insgesamt nur etwa 0,5 bis zwei Prozent aller Patienten eine sogenannte perioperative Infektion ihres Hüft- oder Kniegelenks erleiden. In dieser Gruppe machen Bakterien aus der Mundhöhle wiederum nur einen sehr kleinen Teil aus“, sagt der Orthopäde und Unfallchirurg.

Um sich der Fragestellung anzunähern, hatte ein Forschungsteam der Charité im Jahr 2019 retrospektiv auf dem Blutweg

AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

AEC-Kurs OP: Veranstaltung für OP-Fachpflege und Physician Assistants



Gutbesuchte Vorlesung



Metall und künstlicher Knochen vermitteln Endoprothetik-Gespräch



Die wissenschaftlichen Leiter einer rundum gelungenen Veranstaltung: Dr. Christian Fulghum, Dr. Stephan Horn, Carolin Käseberg, Prof. Dr. Johannes Beckmann

Für eine erfolgreiche Endoprothesenimplantation ist in Anbetracht der zunehmenden Komplexität von Implantatsystemen und OP-Techniken eine professionelle und vertrauensvolle Zusammenarbeit aller an der Operation beteiligten Berufsgruppen essentiell. Die OP-Fachpflegekräfte und OTAs nehmen hierbei eine ganz entscheidende Rolle ein. Für diese Berufsgruppen führt die AE ComGen daher traditionell speziell abgestimmte Fortbildungskurse durch, welche von der überwiegenden Zahl der Teilnehmer/innen als sehr positiv und gewinnbringend wahrgenommen werden. Derzeit haben wir die Kurse auch für die relativ neue und wachsende Berufsgruppe der Physician Assistants (PA/CTA) erweitert. Aufbauend auf den anatomischen Grundlagen und einer Step-by-Step-Darstellung einfacher bis komplexer OP-Techniken werden auch praktische Tipps und Tricks zur Lagerung, Desinfektion und Abdeckung sowie zum Umgang mit Knochenzement und Keramik in der Endoprothetik vermittelt. Neben einem breiten Spektrum an theoretischen und praktischen Inhalten bieten die Kurse auch die Gelegenheit, die nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) notwendigen Einweisungen für bestimmte Implantatsysteme oder technisches Equipment zu erlangen. Auch der im Alltag häufig zu kurz kommende interdisziplinäre Austausch über berufspolitische und karrierebezogene Themen und die Möglichkeit zur offenen und kontroversen Diskussion zeichnen die AEC- OP-Kursformate aus.

Wegen der Restriktionen im Rahmen der Corona-Pandemie wurden zuletzt auch Online-Kurse angeboten, die in komprimierter Form alle perioperativ relevanten Aspekte zum Thema Gelenkersatz aufgreifen konnten. Auch die Online-Kurse wurden durch die Teilnehmer/innen sehr gut angenommen und positiv evaluiert. Die AE-ComGen wird daher in Zukunft sowohl klassische Präsenzkurse mit Hands-on-Workshops als auch komprimierte Online-Kurse anbieten, um auch weiterhin möglichst viele Kolleginnen und Kollegen aus den Berufsgruppen der OP-Pflege und PA ansprechen zu können. Wir möchten durch ein strukturiertes und regelmäßiges Fortbildungsangebot dazu beitragen, die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und das Teambuilding im OP weiter zu verbessern, um die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Endoprothetik im besten Patienteninteresse gemeinsam zu meistern.

*Prof. Dr. Yves Gramlich, Prof. Dr. Jörg Lützner,
Prof. Dr. Christian Merle*

Mit Begeisterung
für unsere Patienten

#PassionForThePatient

AE als Sektion der DGOU

2022 war die AE zum 12. Mal als Sektion der DGOU beim DKOU mit einer Session-Reihe vertreten.

Es fanden folgende Sitzungen statt, die auf große Resonanz stießen:

Was ich über eine schmerzhaftes Endoprothese wissen sollte (AE)

Organisation: Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und
Prof. Dr. Bernd Kladny

Vorsitz: Prof. Dr. Maximilian Rudert

Endoprothetik: Neue Technologien (AE)

Organisation: Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner

Vorsitz: Prof. Dr. Carsten Perka

Neue Verfahren in der Hüft- und Knieendoprothetik – Wie schnell können wir werden? (AE)

Organisation: Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner und
Prof. Dr. Tobias Renkawitz

Diagnostik und Therapie der periprothetischen Infektion (AE und Sektion Muskuloskelettale Infektionen)

Organisation: Prof. Dr. Volker Alt und
Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner

Vorsitz: Prof. Dr. Carsten Perka

Trends in der Knieendoprothetik – Hype oder Zukunft? (AE und DKG)

Organisation: Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe
Vorsitz: Prof. Dr. Robert Hube

Endoprothetik in der Rheumatologie – Was der Orthopäde und Unfallchirurg wissen sollte (AE und Deutsche Rheumaliga)

Organisation: Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Rotraut Schmale-Grede
Vorsitz: Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner



Der kommende DGOU-Präsident war einer der Referenten: Prof. Dr. Max Rudert

ComGen-Präsidium ab 1. Januar 2023



ComGen-Präsident

Prof. Dr. med.
Christian Merle



Mitglied des ComGen-Präsidiums

Priv.-Doz. Dr. med.
Anne Postler



Mitglied des ComGen-Präsidiums

Dr. med. Stefanie Donner



Mitglied des ComGen-Präsidiums

Priv.-Doz. Dr. med.
Yves Gramlich



Mitglied des ComGen-Präsidiums

Prof. Dr. med.
Florian Schmidutz



Treffpunkt für informellen Austausch: der AE-Stand

AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe am Kniegelenk

Köln, 3.–4. Februar 2022

Bild 1: Experten für Expertenschulung: Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking (wiss. Leiter), Dr. Thomas Mattes, Prof. Dr. Georg Matziolis, Prof. Dr. Holger Bähis, Dr. Alois Franz (wiss. Leiter), Prof. Dr. Karl-Dieter Heller | Bild 2: AE-Präsident Priv.-Doz. Dr. Kirschner war online zugeschaltet. | Bild 3: Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking bei der Produktschulung



AE-Masterkurs Hüfte

Köln, 31. März–1. April 2022

Bild 1: Die wissenschaftlichen Leiter, Prof. Dr. Dieter C. Wirtz und Dr. Holger Haas, mit den Referenten Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking und Prof. Dr. Marc Thomsen | Bild 2: Prof. Dr. Klaus-Peter Günther beim Workshop | Bild 3: Prof. Dr. Christian Götze beim Workshop | Bild 4: Prof. Dr. Holger Bähis beim Workshop | Bild 5: Prof. Dr. Wirtz mit AE-Geschäftsführerin Andrea Trautwein



AE-Basis-Kompaktkurs Standards in der Hüft- und Knieendoprothetik bei der Jahrestagung des VSOU

Baden-Baden, 28.–30. April 2022

Ein Grund mehr, nach Baden-Baden zu fahren – der AE-Kompaktkurs. Bild 1: Workshop Zementieren | Bild 2: Wissenschaftlicher Leiter Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Prof. Dr. Dominik Parsch, Prof. Dr. Tobias Gotterbarm | Bild 3: Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner und Prof. Dr. Björn Gunnar Ochs, wissenschaftliche Leiter | Bild 4: Dr. Ralf Wetzel beim Workshop



AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik

München, 5.–6. Mai 2022

Bild 1: Frisches Frühlingsgrün hebt die ohnehin gute Stimmung noch weiter – Prof. Dr. Heiko Graichen, Prof. Dr. Johannes Beckmann, Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Prof. Dr. Robert Hube, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Prof. Dr. Christian Merle, Prof. Dr. Georg Matziolis | Bild 2: Prof. Dr. Thomas Kalteis beim Workshop | Bild 3: Prof. Dr. Georg Matziolis beim Navigieren



AE-Masterkurs Update und Expertenaustausch Knie- und Hüftendoprothetik

Stuttgart, 19.–20. Mai 2022

Bild 1: Viel Platz für hochfliegende Gedanken beim Austausch bei der Fachausstellung | Bild 2: die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Dominik Parsch, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Prof. Dr. Andreas Niemeier, Prof. Dr. Georg Matziolis und Referent Dr. Markus Heinecke | Bild 3: volles Haus in der Location SpOrt beim Fritz-Walther-Stadion



AE-Masterkurs Gelenkerhaltende Hüftchirurgie

Dresden, 17.–18. Juni 2022

Bild 1: AE-Endoprothetik reizt erst das Erhalten aus. Die Referenten in Dresden waren Priv.-Doz. Dr. Simon D. Steppacher, Maximilian Wagner, Priv.-Doz. Dr. Jens Goronzy, Prof. Dr. Moritz Tannast, Priv.-Doz. Dr. Lorenz Büchler (hinten v.l.n.r.), Prof. Dr. Heiko Reichel, Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Dr. André Zahedi, Prof. Dr. Catharina Chiari, MSc, Prof. Dr. Klaus A. Siebenrock, Dr. Sophia Blum, MBA (vorne v.l.n.r.) | Bild 2: Demonstration von verschiedenen Zugängen im Anatomie-Workshop | Bild 3: bei der Röntgen- und MRT-Analyse



AE-Masterkurs "Die Zukunft ist jetzt! Endoprothetik 2022"

Frankfurt, 23.–24. Juni 2022

Der Masterkurs wurde von der ComGen konzipiert. Bild 1: Prof. Dr. Stefan Hankemeier beim Workshop | Bild 2: Prof. Dr. Florian Schmidutz beim Workshop | Bild 3: die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Yves Gramlich, Prof. Dr. Florian Schmidutz | Bild 4: Podiumsdiskussion



01



02



03



04

AE/DVSE-Basis- und Masterkurs für Schulter- und Ellenbogenchirurgie

Berlin, 30. Juni–1. Juli 2022



Erstmals gab es parallel zum Masterkurs auch einen Basiskurs. Das Zusatzangebot wurde einhellig begrüßt. Zu den Referenten gehörten Prof. Dr. Philip Kasten, Prof. Dr. Stefan Greiner, Prof. Dr. Lars Peter Müller, Dr. Falk Reuther, Dr. Kathi Thiele, Prof. Dr. Ernst Wiedemann, Priv.-Doz. Dr. Alexander Klug, Priv.-Doz. Dr. Michael Hackl, Dr. Ludwig Seebauer (v.l.n.r.).



AE-Kompaktkurs Umstellungsosteotomien: Gelenkerhalt durch knienahe Osteotomien

München, 15. Juli 2022

Auch in München ging es um den Gelenkerhalt, diesmal des Knies. Bild 1: die wissenschaftlichen Leiter waren Dr. Jörg Harrer und Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, mit Referenten Dr. Felix Ferner, Prof. Dr. Stefan Hinterwimmer, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner und Priv.-Doz. Dr. Matthias Krause | Bild 2: Beim Workshop



01



02

AE-Masterkurs Hüfte

Berlin, 25.–26. August 2022

Bild 1: Prof. Dr. Karl-Dieter Heller im Workshop | Bild 2: Dr. David Krüger, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Prof. Dr. Andreas Halder, Prof. Dr. Andreas Niemeier | Bild 3: Prof. Dr. Bernd Fink beim Workshop



AE-Masterkurs Hüfte

Leipzig, 1.–2. September 2022

Fortsetzung in Leipzig – Bild 1: die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Thomas Krüger, Prof. Dr. Andreas Roth, Prof. Dr. Géza Pap, Prof. Dr. Christoph Lohmann | Bild 2: volles Plenum



AE/DKG-Masterkurs Knie

Braunschweig, 22.–23. September 2022

Bild 1: Dr. David Krüger, Pushkar Bhide, Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Dr. Thomas Gössling | Bild 2: Robotik-Workshop mit Dr. Lars Rackwitz | Bild 3: Prof. Dr. Ralf Skriptitz bei der Produktschulung



AE-Masterkurs Hüfte

Heidelberg, 29.–30. September 2022

In Heidelberg traf man sich am Schnittpunkt akademischer und orthopädischer Tradition. Bild 2: Fachausstellung | Bild 1: die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Bernd Fink und Prof. Dr. Tobias Renkawitz, Prof. Dr. Heiko Reichel | Bild 3-4 Hands on metal beim Workshop



AE-Masterkurs Hüfte

Wien, 30. September–1. Oktober 2022

Nachbarhauptstädtische Zusammenkunft auf höchstem endoprothetischen Niveau – Bild 1: die wissenschaftlichen Leiter und Referenten: Prof. Dr. Babak Moradi, Prof. Dr. Burkhard Lehner, Prof. Dr. Tobias Gotterbarm, Assoz. Prof. Priv. Doz. Dr. Martin Thaler, Prof. Dr. Christian Merle, Priv. Doz. Dr. Christoph Böhler, Dr. Kevin Staats, BSc., Prof. Dr. Reinhard Windhager (v.l.n.r.) | Bild 2: beim Workshop



AE-Masterkurs Komplexe Revisionsendoprothetik Hüfte

Berlin, 6.–7. Oktober 2022

Bild 1: Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Klaus-Peter Günther und Prof. Dr. Carsten Perka mit den Referenten Priv.-Doz. Dr. Jens Goronzy, Prof. Dr. Heiko Reichel, Prof. Dr. Fritz Böttner, Priv.-Doz. Maik Stiehler, Priv.-Doz. Dr. Sebastian Hardt, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller | Bild 2: Priv.-Doz. Dr. Sebastian Hardt bei der Produktschulung | Bild 3: Prof. Dr. Klaus-Peter Günther beim Workshop



AE-Basis-Kompaktkurs Knie (Präsenztage) und AE-Masterkurs Knie

München 13.–15.10.2022

Dr. Thomas Mattes, Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Prof. Dr. Robert Hube waren die wissenschaftlichen Leiter sowohl beim Basiskurs, der erstmals als hybride Veranstaltung durchgeführt wurde (drei Tage Online-Kurs und ein Tag in Präsenz mit Hands-on-Workshops und Fallbesprechungen) als auch beim anschließenden AE-Masterkurs.



AE-Basis-Kompaktkurs Hüft- und Knieendoprothetik beim DKOU

Berlin, 26.–28. Oktober 2022

Bild 1 zeigt eindrücklich, dass Basis und Kompakt eine optimale Kombination bilden. | Bild 2: wissenschaftliche Leiter und Referenten: Prof. Dr. Patrick Weber, Prof. Dr. Eric Röhner, Prof. Dr. Michael Müller, Prof. Dr. Marc Thomsen, Dr. Stephanie Kirschbaum, Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth, Priv.-Doz. Dr. Bernd Preininger | Bild 3: beim Workshop



01



02



03



01



02

AE-Masterkurs Endoprothetik bei posttraumatischen Zuständen Hüfte und Knie

Berlin, 10.–11. November 2022

Bild 1: wissenschaftlicher Leiter Prof. Dr. Siegfried Hofmann beim Vortrag | Bild 2: Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, wissenschaftlicher Leiter, bei den Falldiskussionen



01



02

AE-Masterkurs Teilgelenkersatz am Knie

Berlin, 3.–4. November 2022

In Berlin kamen die Schlitten-Spezialisten zusammen. Bild 1: die wissenschaftlichen Leiter, Prof. Dr. Johannes Beckmann und Dr. Johannes Holz mit dem AE-Präsidenten in der Mitte | Bild 2: Prof. Dr. Ralf Bieger beim Workshop | Bild 3: Prof. Dr. Andreas Halder beim Workshop



01



02



03

AE-Kompaktkurs Kurzschäft

Berlin, 9. November 2022

Die Kompaktheit des Kurses hat hier nichts mit der Kürze des Schaftes zu tun ... Bild 1: ... was auch die intensive Arbeit beim Workshop zeigt. | Bild 2: die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Bernd A. Ishaque, Priv.-Doz. Dr. Marco Ezechieli, Priv.-Doz. Dr. Philipp Kutzner

AE-Tutorials Endoprothetik des Hüftgelenks und Endoprothetik des Kniegelenks

Berlin, 28.-30. November 2022

Ein genaues Abzählen ist schwierig, "es waren sehr viele" muss reichen: Die enorme Resonanz zeigt den Erfolg der Tutorials. Außerdem macht die intensive generationsübergreifende Zusammenarbeit allen Beteiligten großen Spaß! Ein besonderer Dank geht hier an die Industriepartner, ohne die das praktische Training nicht möglich wäre.



AE-Industriepartner

Dank für konstruktive Zusammenarbeit

Die medizintechnische Industrie arbeitet kontinuierlich an der Optimierung und Neuentwicklung von Implantaten und Instrumenten. Daraus entsteht ein stetiger Schulungsbedarf. Im Interesse der Patienten unterhält die AE regelmäßigen, konstruktiven Austausch mit Herstellern von Implantaten und Operationszubehör, um in der Ausbildung immer den neuesten Stand der Technik abbilden zu können.

Die nachstehenden Unternehmen unterstützen die Arbeit der AE als Industriepartner. Die organisatorische Unabhängigkeit und die wissenschaftliche Neutralität der AE werden davon nicht berührt.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

ZIMMER BIOMET
Moving You Forward.™

Smith+Nephew

DePuy Synthes
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson

MATHYS
a company of enovis.

RESORBA
BIOSURGICALS

Veranstaltungsübersicht 2023

AE-Kongress		
25. AE-Kongress	Leipzig	08.–09.12.
AE-Masterkurse Hüfte		
AE-Masterkurs Hüfte	Köln	02.–03.02.
AE-Masterkurs „Komplexe Revisions-eingriffe in der Hüftendoprothetik“	Stuttgart	30.–31.03.
AE-Masterkurs „Gelenkerhaltende Hüftchirurgie“ mit praktischen Übungen an Humanpräparaten – Dreiländerkurs	Dresden	16.–17.06.
AE-Masterkurs Hüfte	Leipzig	31.08–01.09.
AE-Masterkurs „Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik“	Berlin	09.–10.11.
AE-Masterkurse Knie		
AE-Masterkurs „Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik“	Köln	26.–27.01.
AE-Masterkurs „Teilgelenkersatz am Kniegelenk“	Hamburg	29.–30.06.
AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik – Modul 3 für das Zertifikat Kniechirurg der DKG	München	06.–07.07.
AE-Masterkurs Knie	A-Linz	22.–23.09.
AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik – Modul 3 für das Zertifikat Kniechirurg der DKG	Braunschweig	28.–29.09.
AE-Masterkurs „Komplexe Revisions-eingriffe in der Knieendoprothetik“	Berlin	Termin folgt
Weitere AE-Masterkurse		
AE-Masterkurs „Update und Experten-austausch Knie- und Hüftendoprothetik“	Jena	15.–16.06.
AE-Masterkurs Knie, konzipiert von der AE-ComGen	Stuttgart	22.–23.06.
AE/DVSE-Masterkurs Schulter- und Ellenbogenendoprothetik	Berlin	20.–21.07.
AE-Masterkurs „Endoprothetik bei posttraumatischen Zuständen“ – Hüfte und Knie	Hamburg	21.–22.09.
AE-Basiskurse und AE-Basis-Kompaktkurse, Seminare		
AE-Basis-Kompaktkurs „Standards in der Hüft- und Knieendoprothetik“ beim VSOU	Baden-Baden	27.–29.04.
AE/DVSE-Basiskurs Schulter- und Ellenbogenendoprothetik	Berlin	20.–21.07.
AE-Kompaktkurs Umstellungsosteotomien: Gelenkerhalt durch knienahe Osteotomien	Hamburg	20.09.
AE-Basis-Kompaktkurs „Hüft- und Knieendoprothetik“ beim DKOU	Berlin	25.–27.10.
AE-Basiskurs Anatomie	A-Graz	Termin folgt
AE-Seminar „Junior Orthopaedic Surgery Trainees – Skills in Surgery“	Leipzig	08.12.
AE-Tutorials		
AE-Tutorial „Endoprothetik des Hüftgelenks“	Berlin	10.–12.07.
AE-Tutorial „Endoprothetik des Kniegelenks“	Berlin	10.–12.07.
Weitere AE-Präsenzveranstaltungen in Planung		
AE-Kompaktkurs Kurzschäft		
AEC-Kurse OP: Veranstaltung für OP-Fachpflege und Physician Assistants – in München und Leipzig		

AE-Online-Veranstaltungen	
AE-Online-Kompaktkurs „Endoprothetische Versorgung in der juristischen Bewertung – Erfahrungen aus Gutachten“	01.–02.02.
AE-Online-Kompaktkurs Spezial „Periprothetische Frakturen: Hüfte und Knie“	28.02–01.03.
AE-Online-Masterkurs Knie	18.–19.04.
AE-Online-Kompaktkurs Infektion	02.–03.05.
AE-Online-Masterkurs Knie	11.–12.07.
Weitere AE-Online-Veranstaltungen in Planung	
AE-Online-Masterkurs Hüfte	
AE-Online-Masterkurs Knie	
AE-Hybrid-Veranstaltungen in Planung	
AE-Online-Basiskurs Knie mit einem Präsenztage für Fallbesprechung und praktische Übungen	
AE-Online-Basiskurs Hüfte mit einem Präsenztage für Fallbesprechung und praktische Übungen	
AE-Online-Kurzsessions	
AE-Topic of the Week	1x p. m. mittwochs
AE-ComGen-ENDOFacts	1x p. m. dienstags

AE-Tutorial

Für junge Operateure, die zu Spezialisten in der Endoprothetik werden wollen

AE-Basiskurse und AE-Basis-Kompaktkurse

AE-Basiskurs: aktueller Stand des Wissens, Standard-Operationstechniken
AE-Basis-Kompaktkurs: grundlegender Überblick

AE-Masterkurse

Schwierige Versorgungssituation, für erfahrene Operateure

AE-Kompaktkurse

Teilaspekte der Endoprothetik im Mittelpunkt

AE-Kongresse und Symposien

Bestandsaufnahme des medizinischen Wissens- und Forschungsstandes, besondere Aspekte, Austausch unter Experten

AE-Topic of the Week

Online-Format, ein bis zwei Vorträge und Live-Diskussion zu spannenden Themen der Endoprothetik

AE-ComGen-ENDOFacts

Online-Format, mit konkreter endoprothetischer Problemstellung aus dem klinischen Alltag

Impressum

Herausgegeben von der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.
www.ae-germany.com

Verantwortlich: AE-Präsident Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner

Koordination:
Andrea Trautwein
Geschäftsstelle AE – Deutsche
Gesellschaft für Endoprothetik e.V.
0761/87070510
a.trautwein@ae-germany.com

Gestaltung / Produktion:
Caroline Baranski
www.baranski.design