

Liebe Mitglieder der AE, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,



die AE-Kurse waren in diesem Jahr mit wenigen Ausnahmen ausgebucht, für die meisten gab es Wartelisten. Das ist ein schöner Erfolg, zu dem viele von Ihnen beigetragen haben!



Im Anschluss an die Präsidiumssitzung in Offerschwang traf sich das Präsidium zur Festlegung der inhaltlichen Schwerpunkte der AE-Vision 2020. Wichtigster Punkt war die Weiterentwicklung der

Kurskonzeptionen in den nächsten Jahren. Neben den bekannten Formaten wurden neue Kurskonzepte von den Kollegen Parsch, Rickert und den Unterzeichnern erarbeitet. So werden ab dem kommenden Jahr Spezialkurse eingeführt, die insbesondere der Tatsache Rechnung tragen sollen, dass immer mehr erfahrene Kollegen an Masterkursen teilnehmen. Für diese Kollegen gilt es, die Kurskonzepte ständig zu überarbeiten und weiterzuentwickeln. So wird es im Jahre 2017 Spezialkurse zu patientenspezifischen Implantaten und Instrumenten, Infektkurse sowie Kurse zur posttraumatischen Arthrose geben. In Aachen wird erstmals ein Pilotkurs mit anatomischen Workshops zum Primärknie stattfinden. Außerdem wird die AE-Akademie ein Seminar zur Gesundheitsökonomie anbieten. Im Rahmen der Agenda 2020 werden auch das E-Learning und der breite Einsatz von Videos zunehmend in die Kurse eingeführt.

Wir blicken auf ein erfolgreich durchgeführtes AE-Forum „Experts meet experts“ am 17. Juni in Hamburg zurück, das parallel zur Jahrestagung der NOUV abgehalten wurde. Thema war diesmal die „Individualisierung in Orthopädie und Unfallchirurgie – wie viel Aufwand und Mehrkosten sind gerechtfertigt?“. Prof. Dr. Knaebel und Priv.-Doz. Dr. Hommel, die wissenschaftlichen Leiter des Forums, berichten in diesem Heft darüber. Im nächsten Jahr wird

Fortsetzung auf Seite 2

Standard und Einzelfall

AE-Forum – Experts meet Experts: Individualisierung in Orthopädie und Unfallchirurgie – wie viel Aufwand und Mehrkosten sind gerechtfertigt?

In den vergangenen Jahren hat sich das AE-Forum – Experts meet Experts zu einer wichtigen Veranstaltung im Jahreskalender der AE entwickelt. Herausfordernde Themen an den Schnittstellen der Endoprothetik zu anderen Bereichen, exzellente Referate von Experten unterschiedlicher Provenienz und insbesondere der offene Dialog sowie die engagierte Diskussion machen das Forum zu einer wertvollen Ergänzung im Kongresskalender. So freuten sich die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel (Wriezen) und Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (Tuttlingen) auch in diesem Jahr knapp hundert Interessierte aus Medizin und Industrie begrüßen zu dürfen.

In Hamburg wurde die Individualisierung in der Orthopädie und insbesondere die ökonomische Vertretbarkeit von Individuallösungen und deren klinischer Nutzen zum zentralen Thema gemacht. Mit Unterstützung des AE-Präsidenten Prof. Dr. Carsten Perka (Berlin) konnte ein spannendes und abwechslungsreiches Programm zusammengestellt werden, welches die AE-Mitglieder

ansprach und, den Rückmeldungen zufolge, auch überzeugte.

Risikomanagement statt Komplikationsmanagement

In der ersten Sitzung ging es unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfizner um das Thema

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel und Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel (v.l.)



Fortsetzung auf Seite 3

Ankündigungen

14. AE-ComGen-Symposium



„Innovationen und neue Technologien in Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit 3D-Live-Surgery-Session

30. Juni – 1. Juli, Hannover

Kongress „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2017“



9.–10. November, Frankfurt a.M.

19. AE-Kongress



1.–2. Dezember, Hamburg

dieses Forum zum Thema Gesundheitsökonomie beim NOUV-Kongress in Dortmund stattfinden. Auch die ComGen hatte Ende Juni in Mainz ein erfolgreiches und sehr gut besuchtes Symposium, über welches hier ebenfalls berichtet wird. Im kommenden Jahr wird das ComGen-Symposium in Hannover stattfinden.

Die AE-Sessions beim DKOU-Kongress waren weit überdurchschnittlich besucht und sind ein Erfolg für alle AE-Mitglieder. Der Themenblock „Goldstandards in der Endoprothetik. Wie viel Evidenz haben wir tatsächlich?“ und die Expertenrunde „Intraoperatives Komplikationsmanagement – Praktisches Vorgehen Step by Step“ zeichneten sich durch sehr gute Referate sowie intensive Diskussionen aus. In der AE-Lounge durften wir viele von Ihnen begrüßen. Auch dort gab es gute Diskussionen bei Getränken und Speisen. An dieser Stelle noch einmal großen Dank an Andrea Trautwein, Bettina Protzer, Jelena Binde-mann, Martina Bieser und Carina Wam-bach, die uns in stets bester Laune mit Rat und Tat zur Verfügung standen.

Die AE ist nach wie vor ein wichtiger Partner bei EPRD und EndoCert. Sowohl zu EPRD als auch EndoCert gab es auf dem DKOU mehrere Veranstaltungen, auf denen Sie sich über den aktuellen Stand der Dinge informieren konnten. Im Rahmen der AE-Akademie werden weitere Leitlinien erar-beitet, so insbesondere derzeit die Leitlinie zur periprotektischen Infektion. Auf der Website finden Sie mehrere Handlungs-empfehlungen zu verschiedenen Themen, die derzeit einer klaren Stellungnahme bedürfen. Mittlerweile wurde auch das CIRS-System über die AE-Website einge-führt. Detailinfos folgen mit entsprechend konkreter Anleitung.

Im Laufe des Jahres wurde nach Rücksprache mit dem Springer-Verlag der Beschluss über die Neuauflage der Manuale Hüfte, Knie und Schulter gefasst. Die neuen Herausgeber sind: Hüfte – Perka, Heller, Morlock, Rudert; Knie – Wirtz, Matziolis, Pfizner, Reichel; Schulter – Scheibel, Nie-meier, Brunner. Die derzeit vergriffenen Bände sollen in der zweiten Hälfte des Jahres 2017 wieder verfügbar sein, was ein durchaus ehrgeiziges Projekt darstellt.

Die Zusammenarbeit mit der Industrie ist nach wie vor vorbildlich und geschieht dauerhaft im konstruktiven Dialog. In die-

sem Jahr konnte die Firma Smith & Nephew als neuer Industriepartner gewonnen werden. Das Unternehmen stellt sich in diesem Heft vor.

Wir möchten an dieser Stelle, auch wenn es bereits vollständig ausgebucht ist, noch einmal auf das gesundheitspoliti-sche Symposium hinweisen, welches am 8. Dezember aus Anlass des zwanzigjährigen Bestehens der AE abgehalten wird. Neben Vorträgen aus den eigenen Reihen – Ewer-beck, Flechtenmacher, Günther, Haas, Hel-ler, Hoffmann, Kladny, Liener, Perka, Puhl und Windhagen – werden wir den Juristen und Bundestagsabgeordneten, Dietrich Monstadt, Privatdozent Dr. Stefan Sauer-land vom IQWiG und Dr. Stefan Etgeton von Bertelsmann begrüßen können. Mode-rieren wird Dr. Werner Bartens, Arzt und Leitender Redakteur im Wissenschaftsres-sort der Süddeutschen Zeitung, der außer-dem einen Vortrag zur Endoprothetik in der Wahrnehmung der Presse hält. Das Ziel des Organisators Puhl ist es, ohne kontroverse Diskussionen vor der Öffentlichkeit klare, gut belegbare Verbesserungsvorschläge zu positionieren und uns mit Medien und Politik in einen konstruktiven Dialog zu begeben.

Natürlich sei an dieser Stelle auch noch einmal auf den Jubiläumskongress in Ber-lin am 9.-10. Dezember 2016 hingewiesen. Dieses Jahr ist Dan Berry unser Ehrengast. Ihm wird die Ehrenmitgliedschaft der AE verliehen. Außerdem möchten wir Ihnen die Mitgliederversammlung am Morgen des 10.12. ans Herz legen, zu der Sie bereits eingeladen wurden.

Auf dem diesjährigen Kongress werden erstmals zwei AE-Wissenschaftspreise – für Grundlagenarbeit und für klinische Arbeit – vergeben. Wie bereits erwähnt, wurde das Preisgeld durch die Stiftung Endoprothetik verdoppelt.

Erlauben Sie Ihrem Generalsekretär noch einige Anmerkungen zu politischen Ent-wicklungen, die uns derzeit mehr oder weniger intensiv beschäftigen:

Die GOÄ, zu der mittlerweile erneut vier Sitzungen stattfanden, wurde nun einem größeren Kreis zugänglich gemacht und für gut befunden. Dies betrifft aber letztend-lich nur die Legendierung. Am 8. November gab es eine weitere Sitzung zum Paragra-fenteil, der natürlich juristisch geprägt ist. Aber nur, wenn der Paragrafenteil adäquat

„Risikoadaptierte Infektionsprävention“. Einleitend referierte Dr.-Ing. Katrin Stern-berg (Tuttlingen) über die **antimikrobielle Beschichtung** von Implantaten. Sie stellte fest, dass die periprotektische Infektion bei Primärimplantation mit einer Inzidenz von bis zu vier Prozent ein numerisch kleines, klinisch jedoch relevantes Problem darstellt. Die Inzidenz von Infektionen bei Revisions-eingriffen wird mit bis zu zwanzig Prozent angegeben. Dr. Sternberg stellte verschie-dene Strategien vor, die Häufigkeit periprotektischer Infektion durch unterschiedliche Beschichtungen der Implantate zu reduzie-ren. Alle genannten Optionen zielen auf eine periprotektische Milieu-Veränderung, um die Bildung des Biofilms oder einer manifesten Infektion zu verhindern. Einschränkend wies sie allerdings darauf hin, dass der klinische Nachweis einer Verbesserung bei einer Inzi-denz zwischen einem und vier Prozent mit klinischen Studien nur schwierig zu führen sei. Daher gelte es die verschiedenen Opti-onen mit unterschiedlichen Materialkom-ponenten und einer passiven oder aktiven Wirkungsweise nach entsprechender Kennt-nis des Keimspektrums oder des Risikopro-fils des Patienten zu wählen. Dr. Sternberg stellte fest, dass heute eine Vielzahl von ver-schiedenen Materialien und Oberflächen zur Verfügung steht. Sie wies aber abschließend auch auf die zukünftigen Herausforderungen in der Zulassung dieser Beschichtungen hin, da hier an der Grenzzone zwischen Medizin-produnkt und Arzneimittel gearbeitet wird.

In seinem Referat zum Thema „**Präopera-tives Patientenscreening**“ berichtete Dr. Lars Frommelt (Hamburg) über die hohe klinische Relevanz eines risikoadaptierten Screenings. Die Kolonisation mit MRSA sei tatsächlich ein relevanter Prädiktor für das Entstehen von komplizierenden Wundin-fektionen (Surgical Site Infection – SSI). Bei vorliegender Wundinfektion ist das Risiko, auch eine tiefe Gelenkinfektion zu erleiden, zwei- bis neunfach erhöht. Somit sollte beim Nachweis einer Kolonisation eine Dekonta-mination angestrebt werden. Die allgemeine Dekontamination ohne risikoadaptiertes Screening hält Dr. Frommelt vorerst für nicht notwendig, da das anzugehende Keimspek-trum nicht bekannt sei und somit auch der klinische Nutzen ungewiss. Einschränkend stellte er fest, dass das risikoadaptierte Screening zurzeit nur beim MRSA klinisch belegt, bei anderen Keimen hingegen noch unsicher sei. Allerdings zeigen mehrere Pub-



Podiumsdiskussion über individualisierte Endoprothetik mit Prof. Dr. Wolfgang Schneiders, Prof. Dr. Andreas Niemeier, Helmut D. Link, Norbert Ostwald, Prof. Dr.-Ing. Georg Duda, Prof. Dr. Carsten Perka, Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel und Dipl.-Kfm. Marc D. Michel (v.l.n.r.)

likationen, dass das präoperative Screening das individuelle Risiko der Patienten für das Erleiden einer periprothetischen Gelenkinfektion senkt und somit ein sinnvolles Instrument für die klinische Routine darstellt.

Dr. Walter Freiherr von Stein (Düsseldorf) berichtete über die **intraoperative Infektionsdiagnostik** mittels des neuen Diagnostikverfahrens „FISH-ing“. Von Stein, Gründer von Miacom, stellte die Erfahrungen seines Unternehmens mit dem neuen Diagnostik-Kit vor. Bei Krankheitsbildern wie Sepsis und Pneumonie mache der Test eine preiswerte und schnelle Diagnostik möglich, die auch intraoperativ anwendbar sein könnte. Diese Einschränkung machte er, da bisher wenige Erfahrungen in der Orthopädie vorliegen und die Datenlage bisher noch zu dünn ist, um hier den Routineeinsatz zu empfehlen. Zum Nachweis werden 104 bis 105 Keime benötigt, die nach einer zehnminütigen Testzeit und einem weiteren Intervall von dreißig Minuten ein zuverlässiges Ergebnis zulassen. Für den Durchsatz einer höheren Probenanzahl ist bereits eine Automatisierung möglich. Somit ist die Durchführung einer ersten klinischen Erprobung dieses neuen diagnostischen Verfahrens für den Erregernachweis denkbar und möglich.

Dr. Heinrich Mühlhofer (München) bewertete ein weiteres neues diagnostisches Verfahren zur intraoperativen Infektionsdiagnostik, den **Alpha-Defensin-Test**. Er stellte eine systematische Literaturrecherche mit

anschließend durchgeführter Metaanalyse vor und verwies auf neun relevante Publikationen, die zum Thema Anwendung in der Endoprothetik zur Diagnostik der periprothetischen Infektion vorliegen. In der Bewertung der Literatur legte Dr. Mühlhofer dar, dass der Test verhältnismäßig teuer und lediglich in der Lage sei, einen Infektionsnachweis zu führen. Ein Erregernachweis ist nicht möglich. Ebenso liegt bisher noch keine Multi-Center-Studie zum Einsatz dieses diagnostischen Verfahrens vor. Der Goldstandard ist nach Meinung des Referenten demzufolge immer noch die Synovia-Diagnostik. Auch wenn er einräumte, dass Biomarker die Zukunft in der Infektionsdiagnostik darstellen, sind noch weitere Untersuchungen erforderlich, um den endgültigen klinischen Nutznachweis der Testmethode zu belegen.

Im letzten Referat dieser Sitzung berichtete Priv.-Doz. Dr. Andrej Trampuz (Berlin) über Strategien bei **infektionsbedingten Wechseloperationen**. Dabei ging es um die Frage, ob das zweizeitige Vorgehen mit kurzem Intervall anderen bewährten Strategien überlegen sei. Die Erfahrungen der Charité zeigen, dass die Ergebnisse bei zweizeitigem Wechsel mit kurzem Intervall den Ergebnissen der bisherigen Therapiestrategie ebenbürtig sind. Als kurzes Intervall beschrieb Dr. Trampuz eine endoprothesenfreie Zeit von zwei bis drei Wochen versus sechs bis sieben Wochen beim langen Intervall. Grundsätzlich sollte die Antibiotikatherapie über mindes-

tens zwölf Wochen durchgeführt werden, ein antibiotikafreies Fenster sei klinisch nicht sinnvoll. Eine Oralisierung der Antibiose strebt Dr. Trampuz in aller Regel nach zwei bis drei Wochen an. Er plädierte dafür, patientenadaptiert individuell vorzugehen. Für ein langes endoprothesenfreies Intervall gibt es aus seiner klinischen Erfahrung wenig Argumente. Eine wissenschaftliche Studie zur Untermauerung der Erfahrungen wurde begonnen.

Komplexe Versorgungsstrategien sind Individualentscheidungen

Im zweiten Sitzungsblock unter dem Vorsitz von Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel und Dipl.-Kfm. Marc D. Michel (Weisendorf) wurde unter dem Titel „Individualisierte Operationen“ die operative Therapie ins Zentrum der Vorträge und der Diskussion gestellt. M.D. Michel sprach über Abrieb, Allergie, Arthrofibrose, Infekt und **Knieendoprothesen aus Keramik** als Lösungsoption. Er legte dar, dass die Keramikprothese eine potentielle Antwort auf die klinische Inzidenz der aseptischen Lockerung, der Infektion sowie des Polyethylenabriebs biete. Durch die neue, interessante Materialkombination zeigt sich hier eine Option für eine zukünftige Patientenversorgung, wobei die klinischen Daten noch ausstehen. Der Referent sieht hier ein neues Marktsegment im Bereich der Knieendoprothetik. Das Produkt werde, bei entsprechendem klinischem Nachweis, auch seine Anwender finden. Über die Daten wird noch

formuliert ist, ergibt eine Legendierung Sinn, und nur wenn die Honorierung die gewünschte Komplexbildung adäquat berücksichtigt, kann die Ärzteschaft eine neue GOÄ anerkennen.

Die Bundesärztekammer hat trotz aller Diskussionen und trotz des Rücktritts von Dr. Windhorst immer noch eine sehr eingeschränkte personelle Kapazität. Die Damen und Herren, die sich bei der Bundesärztekammer mit der GOÄ befassen, sind definitiv mehr als ausgelastet. Ich kann nach wie vor nicht verstehen, wieso hier seitens des Führungsgremiums der Bundesärztekammer, insbesondere ihres Präsidenten, nicht mehr Manpower zur Verfügung gestellt wird. Man hat in vielen Phasen der Diskussion den Eindruck, dass Prof. Montgomery nicht mit der notwendigen Vehemenz für diese Gebührenordnung eintritt. Es darf überhaupt nicht zur Diskussion stehen, dass wir uns mit PKV und Beihilfe fair zu vergleichen haben. Es gab seit 30 Jahren keine Anpassung, und wir müssen diese einfordern.

Wird diese Forderung nicht ernstgenommen, dann gibt es zunächst einmal keine GOÄ. Auf keinen Fall darf es aber dazu kommen, dass im Rahmen eines Kompromisses eine GOÄ konzipiert wird, bei der der Entgeltanteil für eine bestimmte Leistung unter der jetzigen liegt. Dann wäre es trotz aller Probleme besser, wenn die jetzige GOÄ bestehen bliebe. Vor der nächsten Bundestagswahl wird ohnehin keine Verabschiedung mehr stattfinden, und die Mehrheitsverhältnisse bei den nächsten Wahlen werden uns zeigen, wie schnell eine Bürgerversicherung kommt oder möglicherweise dennoch versucht wird, die nun konzipierte GOÄ umzusetzen.

Die Mindestmengen-Diskussion beim GBA ist weiter im Fluss. Ich erinnere daran, dass wir in unserer Stellungnahme darauf hingewiesen haben, dass es nicht nachvollziehbar sei, für die primäre Endoprothese eine Mindestmenge zu fordern, aber weder für den Schlitten noch insbesondere für den Wechsel eine adäquate Orientierung zu geben. Es ist in nicht plausibel, wenn einer Klinik untersagt wird, primäre Knieendoprothesen zu implantieren, dieselbe Klinik aber Teilendoprothetik und Wechseloperationen durchführen darf.

Seitens der Universitätsklinik Dresden unter der Leitung von Klaus-Peter Günther fan-

den in Dresden weitere Treffen der Initiative zur evidenz- und konsensbasierten Indikationsstellung der Knieendoprothetik (EKIT) statt, bei der die Identifikation von Therapiezielen in der Endoprothetik und die konsensbasierte Formulierung von Indikationskriterien ebenso thematisiert wurden wie die Prüfung möglicher Prädiktoren, die sich auf das Ergebnis nach Knie-TEP auswirken. Stefan Kirschner und Karl-Dieter Heller waren hier zugegen. Klaus-Peter Günther sei an dieser Stelle noch einmal gedankt. Zudem war die AE in Person des Generalsekretärs an der Expertenrunde bei der Erstellung des Weißbuchs Endoprothetik vertreten.

Die Pressearbeit mit Unterstützung des Thieme-Verlags war auch im zurückliegenden halben Jahr wieder sehr erfolgreich. Es wurden drei Pressemitteilungen verfasst. Die Themen waren: „Künstliche Gelenke sind keine Altersfrage“, „Endoprothesenregister“ und die „Überlastung beim Sport in Bezug auf Gelenkschäden“. Zahlreiche regionale und überregionale Printmedien sowie Internetforen haben sich dieser Themen angenommen. Die Reichweite lag im Printbereich bei 25 Millionen Lesern. Das Ziel war, seitens der AE der Endoprothetik zu einem positiven Image zu verhelfen, entgegen dem vorherrschenden Trend in der Presse.

Last but not least gilt unser besonderer und ganz herzlicher Dank erneut Andrea Trautwein, Bettina Protzer sowie dem Team der AE-Geschäftsstelle und der AE-Kursorganisation. Sie haben wie immer Hervorragendes geleistet und die AE durch ihren unermüdlichen und hochmotivierten Einsatz vorangebracht. Desweiteren möchten wir den zahlreichen wissenschaftlichen Leitern und Referenten danken, die sich trotz extrem knapper Ressourcen mit bestem Fachwissen und enormem Einsatz bei der AE engagieren. Viele Beispiele dieses Engagements bekommen Sie auf den folgenden Seiten zu sehen.

*Prof. Dr. Carsten Perka,
AE-Präsident*

*Prof. Dr. Karl-Dieter Heller,
AE-Generalsekretär*

zu berichten sein, wobei erste biomechanische Ergebnisse äußerst vielversprechend sind.

Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel referiert über **Patientenspezifische Instrumente** (PSI) und über die Frage, ob hier die Datenlage Einsatz und Mehrkosten rechtfertigt. Einleitend legte er eine differenzierte Literaturübersicht zu patientenspezifischen Instrumenten vor und fand nach Datenlage keine eindeutige Anwendungsempfehlung. Allerdings zeigte er, dass ein Beobachter-Bias in den Publikationen vorliegen könnte, da sämtliche Publikationen mit positiven Ergebnissen zu PSI von Zentren verfasst wurden, die diese bereits routinemäßig einsetzen. Negativergebnisse kommen überwiegend aus Kliniken, die die PSI nur im Rahmen der Studie verwendeten. Zurzeit ist aus Sicht des Referenten der flächendeckende Einsatz aufgrund der vorliegenden Daten noch nicht gerechtfertigt. Er sieht die Technologie allerdings am Beginn ihrer Entwicklung mit noch offenem Potenzial für die Zukunft. Hier muss der Aspekt der Effizienzsteigerung im Rahmen der operationsbegleitenden Prozesse an erster Stelle genannt werden. Auch könne er sich durchaus einen Vorteil für das Balancing des ligamentären Weichgewebes in Kombination mit PSI vorstellen.

Prof. Dr. Wolfgang Schneiders (Dresden) referierte über den **individuellen Knochen-defektersatz** versus der Verwendung von Tumorendoprothesen. Er zeigte eine Reihe von hochinteressanten Kasuistiken mit komplexen Defektsituationen, die allerdings allesamt sehr individuellen Versorgungslösungen zugeführt wurden. Folgerichtig erklärte der Referent, dass die Defektsubstitution am Knochen stets einer Individualentscheidung unter interdisziplinärem Ansatz zur Bewältigung dieser klinischen Herausforderung unterliege.

AE-Präsident Prof. Dr. Carsten Perka erläuterte den aktuellen Stand der Entwicklung bei **Einmalinstrumenten** in der Knieendoprothetik und warf die Frage auf, ob diese eine Versorgungsstrategie für die Zukunft seien. Einschränkend wies er darauf hin, dass das in diesem Referat vorgestellte Entwicklungsprojekt in seiner finalen Phase vor der Markteinführung stehe und somit noch keine klinischen Ergebnisse darstellbar seien. Einen wesentlichen Vorteil sieht er darin, dass sich die Instrumentarien an die chirurg-



Podiumsdiskussion über Behandlungsablauf und Reha mit Dr. Ursula Vigelius-Rauch, Roger Rost, Christine Maria Hermeling, Paul Silberer, Robert Prill M.Sc., Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner, Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (v.l.n.r.)

gische Strategie adaptieren lassen und man grundsätzlich gesundheitsökonomische Vorteile annehmen, auch wenn diese bisher noch nicht verifiziert seien. Für die Zukunft rechnet Prof. Perka mit einer Prozessoptimierung des Operationsablaufes. Er verwies auf die potentielle Gefahr der Wiederverwendung des Einmalinstrumentariums, diese sei unbedingt zu vermeiden. Einen wesentlichen Vorteil erwartet er auf dem Gebiet der Sterilität und Hygiene.

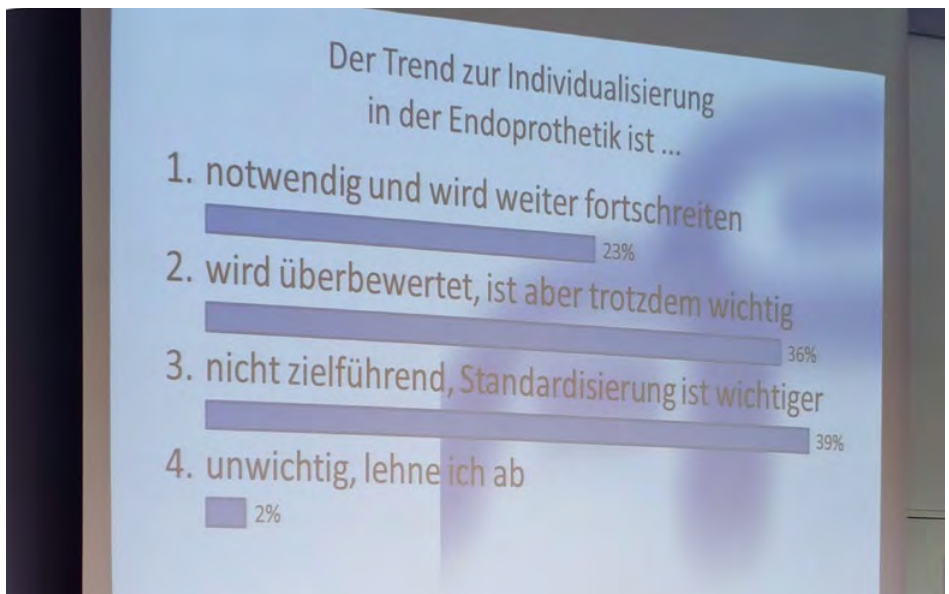
Helmut D. Link (Hamburg) berichtete über spezielle, individualisierte **Implantatsonderanfertigungen** und was bei ihnen sinnvoll und ökonomisch vertretbar sei. Das Unternehmen Link habe in den vergangenen 40 Jahren mit über 30.000 Sonderanfertigungen Erfahrungen gesammelt und hierbei verschiedenste Indikationen, wie Adipositas, anatomische Defekte oder Korrekturen nach suboptimalen Ergebnissen von Voroperationen versorgt. Grundsätzlich sieht der Referent eine Differenzierung zwischen notwendigen und zweckmäßigen Sonderanfertigungen, so dass die Patientensituation stets individuell betrachtet werden müsse. Über die Sonderanfertigung wird so auch stets individuell entschieden, die ökonomische Rechnung kann sich folglich nur auf den Einzelfall beziehen. Eine gesamtwirtschaftliche Aussage über Sinn und Nutzen der Sonderanfertigung ist somit nicht möglich. H.D. Link nimmt allerdings an, dass die Vorteile im Einzelfall auch volkswirtschaftliche Relevanz haben können.

Fast Track hat viele Anhänger

Die dritte Vortragssitzung unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Carsten Perka und Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel war dem peri- und postoperativen Management inklusive Rehabilitation gewidmet.

Christine Maria Hermeling (Tuttlingen) beschrieb die Interessen der Industrie im Hinblick auf das **Fast-Track-Behandlungskonzept** in der Orthopädie. Einleitend erläuterte sie die ökonomischen Grundlagen für Fast Track und stellte die Ziele des Fast-Track-Konzeptes vor. Sie betonte, dass nicht

die schnelle oder (zu) frühe Entlassung des Patienten das Ziel sei. Die therapeutischen Bemühungen sind darauf auszurichten, einen entlassfähigen Patienten als zentrales Ziel aller Maßnahmen in den Mittelpunkt zu stellen. Häufig beobachtet die Referentin in der Praxis allerdings klinikinterne Schwierigkeiten bei der Implementierung eines Fast-Track-Konzeptes. Eine externe Moderation in Partnerschaft mit einem Unternehmen, welches nicht nur Produkt-, sondern auch Prozesskompetenz hat, ist oft eine große Hilfe. Entscheidend sei, dass kontinuierlich eine hohe Versorgungsqualität angestrebt wird. Hierbei kann ein Unternehmen mit



Ergebnis der TED-Abstimmung: Die Individualisierung wurde von den Teilnehmern kontrovers beurteilt.



Paul Silberer (links) im Gespräch mit Jo Theunissen

seiner Produktkompetenz und seinem produktassoziierten Service-Know-how unterstützend beitragen. In diesem Sinne stellt ein Unternehmen den wertschöpfenden Beitrag entlang der Behandlungskette in den Vordergrund und nicht die rein ökonomischen Interessen des eventuellen Mehrumsatzes mit seinen Produkten.

Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner berichtete über **Fast Track Recovery** aus Sicht des Kliniklers. Er verglich sie mit einer Industrialisierung (Standardisierung) der therapeutischen Bemühungen. Für eine erfolgreiche klinische Implementierung des Fast-Track-Konzeptes ist die Analyse der Risikofaktoren der Patienten und im zweiten Schritt die Risikominimierung entscheidend, um therapeutisch erfolgreich zu sein. Die richtigen prädiktiven klinischen Parameter für das postoperative Langzeitergebnis sind für den geplanten Therapiepfad auszuwählen und entsprechend der oben beschriebenen Grundidee zu kontrollieren. Bei richtigem Patientenmanagement, verbunden mit der Reduktion der vorliegenden Risikofaktoren, ist Fast Track eine sichere und für den Patienten angenehme Behandlungskonzeption, welche die Prozesse in der Klinik wesentlich beschleunigen kann.

Dass die peri- und postoperative Schmerztherapie ein zentraler Erfolgsfaktor im Fast-Track-Konzept ist, stellte Dr. Ursula Vigelius-Rauch (Gießen) in ihrem Referat zur **postoperativen Schmerztherapie** dar. Von

zentraler Wichtigkeit ist für sie die frühzeitige, ausreichende und adäquate Schmerztherapie ohne Therapiepausen, um die Chronifizierung der Schmerzen zu vermeiden und insbesondere eine frühzeitige und schmerzarme Mobilisation zu ermöglichen. Zurzeit sind vier Empfehlungen zur postoperativen Schmerztherapie evidenzgesichert, welche alle auf dem Konzept der multimodalen Schmerztherapie beruhen und adjuvant unterstützt werden. Bei entsprechender Indikation eingesetzt, ist die Schmerztherapie ein zentraler Erfolgsfaktor für eine schonende perioperative Phase, die eine rasche Rehabilitation der Patienten ermöglicht.

Dass die frühzeitige Mobilisation der Patienten in der Orthopädie das Behandlungsergebnis maßgeblich beeinflusst, referierte Robert Prill (Cottbus) in seinem Vortrag zur individuellen **patientenspezifischen Physiotherapie**. Er verwies auf eine erhebliche Effizienzsteigerung durch Standardisierung der Behandlungsprozesse. Ein Problem stellt dabei die klinische Befundung dar. Nur wenn die Diagnose für den Behandler eindeutig erscheint, kann eine optimale Wahl der Therapieoption erfolgen. Dies wurde vom Referenten an Beispielen sehr anschaulich erläutert. Somit ist eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Physiotherapeuten erforderlich. Wird die klinische Befundung mit richtiger Zuordnung des Therapiekonzeptes erfolgreich durchgeführt, ist die standardisierte Physiotherapie sowohl effektiv als auch effizient.

Roger Rost (Duderstadt) schilderte Aktuelles zum Thema **Hightech in der Orthopädietechnik**. Einleitend erläuterte er die Differenzierung zwischen dem mittelbaren und dem unmittelbaren Behinderungsausgleich. Hierbei sei zu beachten, dass es bereits heute gesetzlich festgelegt ist, dass Patienten den Anspruch auf eine Versorgung nach dem Stand der Technik sowie auf eine Besserversorgung hätten, um wieder Mobilität und Lebensfähigkeit zu erreichen. Äußerst anschaulich wurde die Leistungsfähigkeit moderner Exoprothesen für eine normale Patientenmobilität anhand von Videos demonstriert und damit auch die Chancen der Patienten auf Rückkehr in ein selbständiges, selbstbestimmtes und mobiles Leben. Neben einer möglichst optimalen Stumpfversorgung und einer Phase der intensiven Betreuung im Rahmen der Prothesenanpassung ist für den Behandlungserfolg mit Exoprothesen allerdings eine detaillierte Verordnung mit häufig ausführlicher medizinischer Begründung wichtig. R. Rost konnte überzeugend darstellen, dass die Technik zur Versorgung bei Extremitätenverlust heute einen beeindruckenden Stand mit fortschrittlichen sensomotorischen Prothesen erreicht hat.

In der abschließenden, sehr interessanten Diskussion wurde nochmals gemeinsam herausgearbeitet, dass der Therapieerfolg peri- und postoperativ nur durch ein Zusammenwirken unterschiedlicher Fachbereiche und Berufsgruppen gelingen kann. Unsere Patienten müssen optimal diagnostiziert und klinisch eingeschätzt werden, um sie den richtigen standardisierten oder zum Teil individualisierten Therapiekonzepten zuzuordnen.

Die wissenschaftlichen Leiter dankten dem hochengagierten Publikum und den exzellenten Referenten zum Abschluss dieser Veranstaltung und konnten nur nochmals betonen, dass dieser Dialog zwischen Orthopädie und Industrie außerordentlich fruchtbar sei und sich die Fortschritte in Orthopädie und Endoprothetik nur gemeinsam erreichen lassen.

*Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel,
Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel*

Neues Präsidium der AE-ComGen, Neuaufnahmen

In der Mitgliederversammlung am 23.06.2016 in Mainz wurde folgendes Präsidium der ComGen gewählt:

Prof. Dr. Andreas Niemeier wurde als Präsident für eine zweite Amtszeit von zwei Jahren wiedergewählt.

Schriftführer Prof. Dr. Michael Klinger hat eine leitende Position übernommen und ist daher aus der ComGen ausgeschieden. Zu seiner Nachfolgerin wurde **Priv.-Doz. Dr. Iris Schleicher** gewählt.

Für den aus demselben Grund ausscheidenden Prof. Dr. Peter Helwig wurde **Prof. Dr. Gunnar Björn Ochs** zum Mitglied des Präsidiums gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner wurde als Nachfolger von Priv.-Doz. Dr. Schleicher zum Mitglied des Präsidiums gewählt.

Als Nachfolger für das Mitglied des Präsi-

ums Dr. Diethelm Träger wurde **Priv.-Doz. Dr. Tilman Calließ** gewählt.

Die weiteren Präsidiumsmitglieder **Dr. Bernhard Egen**, Schatzmeister, sowie **Dr. Alexander Beier**, Mitglied des Präsidiums, sind bis 2017 gewählt.

In der Mitgliederversammlung am 23.06.2016 wurden folgende AE-Mitglieder in die ComGen aufgenommen:

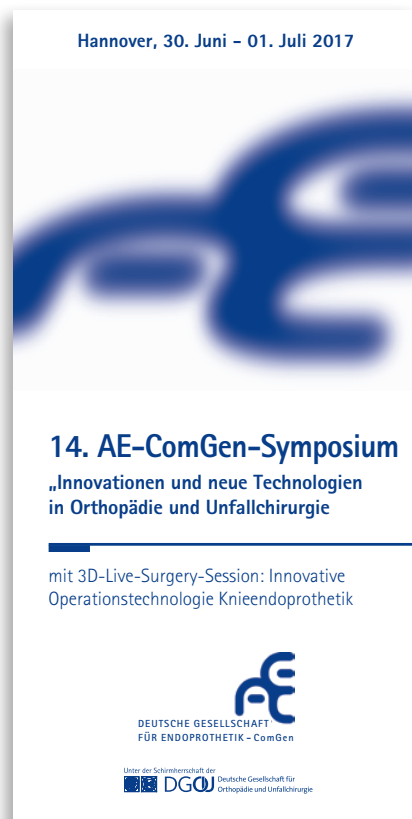
Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Bieger
Geschäftsführender Oberarzt
Orthopädische Universitätsklinik am RKU

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Benjamin S. Craiovan
Oberarzt,
Sektionsleiter Traumatologie
Endoprothetik/Revisionsendoprothetik
Orthopädische Universitätsklinik
Regensburg/Bad Abbach

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Müller
Oberarzt und Sektionsleiter
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CCM), Klinik für Orthopädie Unfallchirurgie

Prof. Dr. med. Andre Friedrich Steinert
Leitender Oberarzt Rheumaorthopädie,
Oberarzt Endoprothetik und Koordinator
EPZmax, Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus Würzburg

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Patrick Weber
Oberarzt,
Leiter der Hüftendoprothetik
und stellvertretender Leiter der
Knieendoprothetik
Klinik und Poliklinik für Orthopädie,
Physikalische Medizin und Rehabilitation der
LMU München, Campus Großhadern



14. AE-ComGen-Symposium 2017 Innovationen und neue Technologien in Orthopädie und Unfallchirurgie mit 3D-Live-Surgery-Session: Innovative Operationstechnologie Knieendoprothetik

Hannover 30.06.-01.07.2017
Marriott Courtyard Hotel Hannover Maschsee

- Innovationen und Scheininnovationen
- Innovationsgebiet Endoprothetik
- Digitale Revolution in Orthopädie und Unfallchirurgie
- Personalrecruitment und Klinikentwicklung heute und in Zukunft
- Falldiskussionen
- Gastvortrag: Evolution in der Knieendoprothetik – Wissenschaft und Wissenslücken: Achsen, Bänder, Implantate
- 3D-Live-Surgery-Session: Innovative Operationstechnologie Knieendoprothetik

**Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Tilman Calließ,
Dr. med. Dietmar Müller, Prof. Dr. med. Andreas Niemeier**

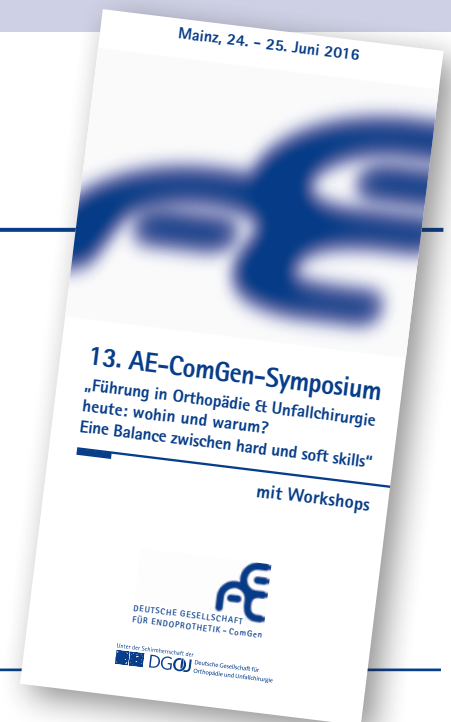
AE-ComGen-Mitgliederversammlung

Donnerstag, 29.06.2017, 17:00 Uhr
Marriott Courtyard Hotel Hannover Maschsee

Endoprothetik im Wandel

13. AE-ComGen-Symposium: „Führung in Orthopädie & Unfallchirurgie heute: wohin und warum? Eine Balance zwischen hard und soft skills“ Mainz, 24.-25. Juni 2016

Das AE-ComGen-Symposium war in diesem Jahr neben fachlichen Schwerpunkten zur Endoprothetik ebenso durch mehrere Vortragsblöcke zu hoch aktuellen Themen der Berufspolitik und des beschleunigten Wandels der Rahmenbedingungen klinischer Arbeit in Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland gekennzeichnet.



Hüftendoprothetik bei proximaler Femurfraktur

Prof. Dr. Klaus Dieter Schaser (Dresden) beleuchtete in seinem Vortrag die Evidenzlage zur endoprothetischen Versorgung der hüftgelenksnahen Fraktur. Bezüglich der Zugangswege gebe es keine klaren Aussagen, die Luxationsrate scheint bei dorsalem Zugang etwas erhöht zu sein. Ältere Patienten sollten eher zementiert, jüngere oder kardiopulmonal vorbelastete Patienten eher zementfrei versorgt werden. Keine Evidenz gebe es für eine endoprothetische Versorgung von per- und subtrochantären Frak-

turen. Bei schweren Beugekontrakturen und gleichzeitiger Koxarthrose, postulierte der Referent aufgrund eigener klinischer Erfahrung, sei eine Totalendoprothese nur selten indiziert.

Dr. Michael Schneider (Mainz) berichtete über seine Erfahrung mit Kurzschaftprothesen bei der Versorgung der medialen Schenkelhalsfraktur. Bei guter Knochenqualität biete der Kurzschaft eine Versorgungsoption. In einer eigenen Studie gab es mit ihm keinen erhöhten Blutverlust und keine Verlängerung der OP-Zeit. Es seien lediglich drei Luxationen (9 Prozent) aufgetreten, was

nach endoprothetischer Versorgung einer medialen Schenkelhalsfraktur laut Literatur dem Durchschnitt entspreche. Der Eingriff sollte jedoch nur von Operateuren durchgeführt werden, die Erfahrung mit dem Kurzschaft haben.

Dr. Holger Haas (Bonn) ging detailliert auf die Anforderungen des Blocks Schenkelhalsfraktur ein, die der EndoCert-Erhebungsbogen für die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum (EPZ) vorgibt. Sie wurden unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie ausgearbeitet. Hervorzuheben ist die formelle Einbin-

Die wissenschaftlichen Leiter: Priv.-Doz. Dr. Björn Habermann, Prof. Dr. Andreas Niemeier und Dr. Michael Schneider



derung eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie die Vorlage eines geriatrischen Versorgungskonzepts. Kliniken, die gleichzeitig zertifiziertes AltersTraumaZentrum DGU sind, haben diese Kriterien bereits erfüllt. Der Referent sieht das Traumamodul des Erhebungsbogens als ein Signal und richtungsweisend für die Zukunft.

Schulterendoprothetik: Mit oder ohne Schaft?

Der erste Teil dieses Themenblocks beschäftigte sich mit der Kontroverse Standard-schaftprothese vs. schaftfreie Versorgung in der primären Schulterendoprothetik. Dr. Thomas Ambacher (Pforzheim) zeigte die Vorteile einer schaftfreien Verankerung auf: kürzere OP-Zeit, einfache Verankerungstechnik, geringeres Risiko eines Overstuffing, weniger Implantatfehlagen, Minimierung des Risikos einer intraoperativen Fraktur, geringerer Blutverlust und die gute Versorgungsoption auch bei posttraumatischen Fällen. Die bisherigen Ergebnisse weisen vergleichbare Lockerungsraten wie schaftgeführte Implantate auf. Allerdings liegen bisher keine Langzeitergebnisse vor. Aus Sicht des Referenten besteht die Indikation für ein schaftgeführtes Implantat nur noch sehr selten.

Demgegenüber betonte Prof. Dr. Andreas Niemeier (Hamburg), dass es durchaus Indikationen gebe, die eine Schaftverankerung

erforderlich machen. Er nannte zum Beispiel eine lokal schlechte Knochenqualität oder posttraumatische Deformitäten in der Metaphyse. Zudem wiesen die Oberflächenprothesen, je nach Prothesendesign, Unterschiede in der Primär- und Sekundärstabilität auf. Prof. Dr. Markus Rickert (Gießen) wies darauf hin, dass bisher nur wenig Evidenz zu dieser Fragestellung vorliege. Die meisten Untersuchungen kommen aus Einzelkliniken. Randomisierte Studien fehlen noch.

Schulter und Ellenbogen: Revision

Prof. Dr. Philipp Kasten (Tübingen) ging auf den Wechsel schaftfreier Systeme ein. Er unterschied zwischen Pressfit-Systemen mit Finnen und Hohlschraubensystemen mit Kalottenträgern. In den meisten Fällen ist die Wechseloperation relativ einfach, allerdings seien die Hohlschraubensysteme oft schwieriger zu entfernen. Bei der Wahl der Revisionsendoprothese müsse der Zustand der Rotatorenmanschette und des Glenoids berücksichtigt werden. Bei entsprechenden Defekten der RM und des Glenoids sei eine inverse Schulterendoprothese indiziert.

Dr. Thomas Ambacher gab einen Überblick über technische Tipps und Tricks für die Vermeidung und Versorgung periprothetischer Frakturen. Insgesamt sind diese Frakturen zwar selten, sie können aber vor allem intraoperativ oder interprothetisch bei einliegender Ellenbogenendoprothese auftreten.

Gerade bei schlechter Knochenqualität muss oft ein Knochenfenster zur Implantatentfernung geöffnet werden. Je nach Knochenqualität muss der neue Schaft zusätzlich mit einer Platte mit Kabelcerclagen oder einer „Huckepackplatte“ (locking attachment plate) stabilisiert werden. Nicht erkannte Lockerungen oder nicht erkannte periprothetische Infektionen sind häufige Probleme bei solchen Frakturen. Deshalb spielt die präoperative Diagnostik eine besonders wichtige Rolle.

Prof. Dr. Lars Müller (Köln) sprach über die seltenen interprothetischen Frakturen an der oberen Extremität. Interessanterweise gibt es Daten, die darauf hinweisen, dass die Länge der Knochenbrücke zwischen den Implantaten keine Auswirkung auf die Stabilität und Frakturanfälligkeit hat. Die Versorgungsmöglichkeiten richten sich nach der individuellen Situation. Frühe Frakturen sind häufig infektassoziiert. Bei großen Defekten können auch strukturelle Allografts zum Einsatz kommen. Die funktionellen Ergebnisse sind in den meisten Fällen eher schlecht, insbesondere wenn der Ansatz des M. triceps nicht mehr vorhanden ist.

Individualendoprothetik Hüfte und Knie

Priv.-Doz. Dr. Björn Habermann (Mainz) stellte zu Beginn der Sitzung das in seiner Klinik praktizierte Vorgehen zur Versorgung

Prof. Dr. Peter Kirschner, Priv.-Doz. Dr. Marcus Egermann, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Günter Schug (v.l.n.r.)





Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (rechts) beim Workshop

großer knöcherner Pfannendefekte dar, von der Verwendung von Standardimplantaten über den Einsatz von Cage-Konstrukten bis zum Einsatz von Individualimplantaten. Er präsentierte interessante Fälle als Versorgungsbeispiele, für die jeweils eine Individualendoprothese für die Pfannenrekonstruktion erforderlich war. Er wies darauf hin, dass es sich hierbei weiterhin um Ausnahmesituationen handelt. Vorteile bei der Verwendung von Individualimplantaten können in einer vergleichsweise hohen Primärstabilität und stabiler Fixation bei großer knöcherner Auflagefläche gesehen werden. Nachteile sind unter anderem die Kosten und die lange Planungsphase.

Dr. Philip Rehbein (Wiesbaden) hielt einen sehr anschaulichen und praktisch orientierten Vortrag zur CT-basierten 3D-Planung mit einem speziellen Softwaresystem, wie er es für schwierige Primärimplantationen der Hüfte verwendet. Er demonstrierte mit Videosequenzen wie er in solchen Situationen durch 3D-Simulation präoperativ die optimale Komponentenpositionierung für den größten impingementfreien Bewegungsumfang ermittelt. Vorteile sieht er dabei in der dreidimensionalen Berücksichtigung der individuellen knöchernen Anatomie. Die Weichteilsituation kann jedoch nicht berücksichtigt werden. Außerdem wird ein CT des gesamten Oberschenkels und des Beckens benötigt.

Priv.-Doz. Dr. Johannes Beckmann (Stuttgart) sprach über seine Erfahrungen mit Patient-matched Implants am Kniegelenk. Er



Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner (Mitte) beim Workshop

demonstrierte, dass die Individualendoprothese der knöchernen Situation angepasst wird und so der Überhang des Implantats gegenüber der knöchernen Substanz sehr effektiv vermieden werden kann. Er sieht sinnvolle Indikationen für extreme anatomische Situationen, zum Beispiel posttraumatisch, bei ausgeprägt hypoplastischer lateraler Kondyle oder bei großem dorsalen Offset. Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner (Berlin) beschrieb Gefahren und Grenzen sowie den evidenzbasierten Nutzen individueller Knieendoprothesen. Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm (Heidelberg) sprach über das Kosten/Nutzen-Verhältnis des Verfahrens. Zu dem gesamten Themenblock Individualprothetik des Kniegelenks entwickelte sich eine sehr intensive Diskussion. Es wurde deutlich, dass es in der Literatur bisher keine Evidenz gibt, die einen Vorteil der Individualendoprothesen gegenüber konventionellen Implantaten nachweist. Offene Fragen bleiben bei dem rein knöchernen referenzierten Verfahren vor allem hinsichtlich der Möglichkeit, intraoperativ flexibel auf unerwartete Weichteilsituationen zu reagieren sowie hinsichtlich des Aspekts, dass immer nur ein einziges geplantes Implantat steril für den Eingriff geliefert wird und somit kein Ausweichen möglich ist. Die Reduktion der OP-Schritte und die höhere OP-Effizienz (um 7-10 Minuten kürzere OP-Zeit) führt nach Datenlage in der Literatur bisher noch nicht zu geringeren Gesamtkosten (höhere Kosten durch Schichtbildgebung und Planungsaufwand). Die rege Diskussion verdeutlichte, dass auf diesem Teilgebiet der Endoprothetik die Ent-

wicklung bei weitem noch nicht abgeschlossen ist.

Rechtliche Neuerungen und Rahmenbedingungen

Prof. Dr. Gerold Labek (Linz) beschrieb die rechtlichen Neuerungen und Rahmenbedingungen der 2016 in Kraft getretenen neuen EU-Verordnung zum Medizinproduktegesetz (MPG). Das Ziel dieser Verordnung ist es, durch umfangreichere Prüfungen vor der Erstzulassung von Medizinprodukten, die Patientensicherheit zu verbessern. Der Referent betonte, dass nun alle Implantate in die Hochrisikoklasse eingestuft werden. Daraus resultiert, dass vorklinische Studien, Complaints und die vorhandene Datenlage bei Antragstellung von den Herstellern vorzulegen sind. Das Medizinprodukt muss während der gesamten Produktlebenszeit überwacht werden. Für die Implantatforschung gilt künftig mehr noch als bisher, dass jeder Prozessschritt transparent dargestellt werden muss.

Dipl.-Kfm. Marc D. Michel, Geschäftsführer der Peter Brehm GmbH, gab zu bedenken, dass das neue MPG durch seine innovationshemmende Wirkung vor allem wirtschaftliche Auswirkungen auf die gesamte Medizintechnikbranche in Deutschland haben werde und die Existenz kleiner, bislang erfolgreicher Unternehmen gefährde. Zu erwarten sei unter anderem ein Verlust von Arbeits- und Ausbildungsplätzen in der Gesundheitswirtschaft. Der Referent sieht eine deutliche Vergrößerung des Aufwands nicht nur für Hersteller, sondern auch für Lieferanten, die sich nun möglicherweise aus dem Markt zurückziehen werden. Der Markteintritt für Start-Ups sei erschwert oder gar unmöglich geworden. Zudem entstehe ein Zulassungs- und wahrscheinlich auch Innovationsstau, da nur wenige (universitäre) Zentren darauf spezialisiert sind, die erforderlichen klinischen Studien mit den geforderten Standards durchzuführen.

Karrierperspektiven

Während sich vor nicht allzu langer Zeit ein Arzt entweder für eine klinische Karriere oder für eine Niederlassung entscheiden musste, gibt es mittlerweile mehrere Arbeitsmodelle, die die zuvor festen Grenzen überschreiten. Dr. Alexander Beier (Kremmen) berichtete ausführlich über die Beweggründe seiner



Das Plenum beim Vortrag von Prof. Dr. Gerold Label

Entscheidung, zu je 50 Prozent in eigener Praxis und als angestellter Oberarzt bei einem privaten Klinikträger zu arbeiten. Prof. Dr. Christian Heisel (Speyer) ist neben seiner Praxistätigkeit als Sektionsleiter an einer Klinik tätig. Beide sehen einen Mehrwert für den Patienten und die klinische Versorgung, aber auch für sich selbst im Hinblick auf die persönliche Zufriedenheit.

Eine weitere Alternative bietet die Funktion eines Sektionsleiters, welche gegenüber der „klassischen“ Oberarztposition eine gewisse Unabhängigkeit und Personalverantwortung bietet, befand Dr. Ralf Dieckmann (Münster). Ein Sektionsleiter habe die Möglichkeit, seinen Bereich eigenverantwortlich aufzubauen und zu führen. Martin Bosch, Geschäftsführer des St. Josefs Hospitals in Wiesbaden, beschrieb die unterschiedlichen vertraglichen Möglichkeiten und betonte, dass eine Vertragsgestaltung von der Unternehmenskultur beeinflusst werde und ihrerseits die Wettbewerbssituation beeinflussen könne.

Prof. Dr. Friedrich Böttner (New York) berichtete über seine Erfahrung mit dem US-amerikanischen System und seine Arbeit als Associate Professor am Hospital for Special Surgery in New York City. Er erläuterte die Andersartigkeit von Personalführung und Ausbildung. Außerdem beschrieb er die gemeinschaftliche Organisation der orthopädischen Chirurgen, betonte aber auch, dass das deutsche Gesundheitssystem – gemessen an den Kosten – deutlich effizienter sei als das amerikanische.

Führung in Orthopädie und Unfallchirurgie: Warum und wohin?

Prof. Dr. Jörg Bethge (Wiesbaden) thematisierte den Konflikt zwischen den Erwartungen der Arbeitgeber (Geschäftsführung) und den Ansprüchen des Arztes hinsichtlich der Behandlung seiner Patienten. Er verwies auf das Paretoprinzip, nach dem bei Arbeitsprozessen etwa 80 Prozent der Ergebnisse mit 20 Prozent des Aufwands erreicht werden, während die letzten 20 Prozent eines Projekts 80 Prozent des Aufwands erfordern. Er postulierte drei Lösungsansätze zur Bereinigung von Konflikten: 1. wissen, was wichtig ist, 2. wissen, was notwendig ist und 3. wissen, wer man ist.

Hinsichtlich Renditeerwartung und Effizienzsteigerung in der Endoprothetik zitierte Dr. Pierre Göbel (Daun) eine weiter zunehmende Spezialisierung, um eine noch weitere Effizienzsteigerung erreichen zu können. Demgegenüber steht aber auch der Versorgungsauftrag, vor allem in ländlichen Gebieten. Insbesondere größere Abteilungen stoßen an die Grenzen der möglichen Effizienzsteigerung. Der Auftrag der Ausbildung werde im bestehenden System nicht abgebildet.

Dr. Stefanie Donner (Wiesbaden) skizzierte sehr anschaulich die Erwartungen der Generation Y. Diese zeige durchaus ein hohes Maß an Interesse und Engagement. Ihre Lösungsansätze seien jedoch oft anders, als in den herkömmlichen Strukturen gewohnt.

Um den Bildungshunger dieser Generation herauszufordern, empfahl sie folgende Maßnahmen: 1. das Warum einer Anordnung/Anweisung erklären, 2. klare Strukturen vorgeben, 3. ein strukturiertes Ausbildungskonzept erstellen und 4. Grenzen aufzeigen.

Prof. Dr. Klaus-Dieter Heller (Braunschweig) informierte über aktuelle berufspolitische Entwicklungen im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Er thematisierte unter anderem die Problematik der Mindestmengenregelung. Bisher sind zum Beispiel Wechseloperationen und unikondyläre Schlittenprothesen von dieser Regelung ausgeschlossen. Es gibt keine individuelle, sondern nur eine institutionsbezogene Mindestmenge. Die umfangreichen Veränderungen, die das neue Krankenhausstrukturgesetz bringt, wurden strukturiert dargestellt und kritisch diskutiert.

Ehrevortrag von Prof. Dr. Peter Kirschner und Falldiskussionen

Prof. Dr. Peter Kirschner war an seiner Wirkungsstätte im Katholischen Klinikum Mainz über Jahrzehnte in die Entwicklung der Endoprothetik involviert und hat diese mit geprägt. Er war außerdem Gründungsmitglied und langjähriger Präsident der AE. In seinem Vortrag „Was habe ich in vier Jahrzehnten Endoprothetik und Führungsarbeit gelernt?“ beschrieb er, wie man es schaffen kann, trotz sich stetig ändernder, zum Teil durchaus widriger äußerer und innerer Umstände des Krankenhausbetriebs, nicht nur die Versorgungsqualität in der Endoprothetik aufrechtzuerhalten und kontinuierlich weiterzuentwickeln, sondern sich dabei unbeirrt an grundsätzlichen Prinzipien der Führung im besten Sinne unter Einbeziehung aller Berufsgruppen zu orientieren und dadurch sehr nachhaltige Wirkung zu erzielen.

Zum Abschluss des lebhaften, zum Teil kontroversen, immer offenen und sehr fairen Austausches im Rahmen des gut besuchten diesjährigen ComGen-Symposiums kamen in der Kategorie „Mein interessantester Fall – was habe ich daraus gelernt?“ noch einige Aspekte zur Sprache, die als Denkanstoß für den Heimweg gedient haben mögen.

*Björn Habermann
Michael Schneider
Andreas Niemeier*

Siechtum made by DRG?

Das InEK-Sachkostenkonzept gefährdet die Versorgungsqualität

In den letzten Jahren haben knappe Krankenhausbudgets, rückläufige Margen und das Auseinanderbrechen etablierter Geschäftsbeziehungen dazu geführt, dass innerhalb der Medizinprodukteindustrie tiefgreifende Anpassungsprozesse notwendig und auch umgesetzt wurden. Für die deutsche Medizinprodukteindustrie hat vor allem die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG) einen starken und nachhaltigen Druck geschaffen. Der steigende internationale (Preis-)Wettbewerb und die immer weiter verschärften Zulassungsbedingungen haben diesen Druck in den folgenden Jahren zusätzlich erhöht. Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wird weitere strukturelle Veränderungen in der deutschen Krankenhauslandschaft mit sich bringen. Dipl.-Kfm. Univ. Marc D. Michel, Geschäftsführer der Peter Brehm GmbH, gibt Auskunft über die Inhalte und Konsequenzen der Neuregulierung.

Wie bewerten Sie die Veränderungen durch das geplante Gesetz?

Gegenstand der Diskussionen waren bisher vor allem die Maßnahmen zur sogenannten Qualitätsoffensive und zur Mengenregulierung über den Fixkostendegressionsabschlag. Das ist gut! Die Verpflichtung der Vertragsparteien der Selbstverwaltung auf Bundesebene, bis zum 30. Juni 2016 „sachgerechte Korrekturen“ der Sachkostenanteile in den Bewertungsrelationen für das Jahr 2017 zu vereinbaren, fand hingegen bis 17. März 2016 nur sehr wenig Beachtung. Das ist schlecht! Denn an diesem Tag stellte das InEK sein Konzept zur Berücksichtigung der Sachkosten in der DRG-Kalkulation im Rahmen des DRG-Forums vor. Da der Gesetzgeber hierbei zur Vermeidung von „Fehlanreizen“ einseitig in die Kalkulationsmethodik eingreift, stellt dieses Konzept den in seiner Umverteilungswirkung einschneidendsten Systemumbau dar, den es seit Einführung des G-DRG-Systems gegeben hat. Damit stellt es den statistischen Charakter des Systems in Frage. Die Beibehaltung der auf Ist-Kosten basierenden Kalkulation jeder Fallpauschale wäre meines Erachtens deutlich vorteilhafter gewesen, genauso wie die begründete Absenkung der Sachkostenanteile in den Fallpauschalen, die tatsächlich übervergütet werden.

Wird die Übervergütung durch das Konzept des InEK angemessen abgesenkt?

Der diesem Konzept zugrundeliegende Gesetzestext (§ 17b Absatz 1 Satz 6 KHG)

gab ausdrücklich eine Analyse in Bezug auf eine systematische Übervergütung der Sachkostenanteile vor. Das vom InEK vorgestellte Konzept sieht allerdings keine Analyse vor, sondern geht von einer generellen Übervergütung von Sachkostenanteilen bei allen DRGs aus. Es entspricht somit nicht den Vorgaben des Gesetzgebers. Zudem ist die Unterstellung einer generellen Übervergütung der Sachkosten und somit auch der Medizinprodukte aller Fallpauschalen, ohne begründende Daten auszuweisen, sehr kritisch zu sehen.

Welche Konsequenzen hat das Konzept für die Kliniken?

Das Grundproblem aller Krankenhäuser liegt in der sogenannten Preis-Kosten-Schere. Sie beschreibt die Tatsache, dass der Anstieg der Vergütung für Krankenhausleistungen seit Jahren deutlich unter der Kostensteigerung lag. Somit war die Leistungssteigerung durch mehr Menge die einzige Möglichkeit, dies zu kompensieren. Dennoch ermöglichte das bisherige Vergütungssystem auch Universitätskliniken, Maximalversorgern und hochspezialisierten Kliniken, die generell einen überproportional hohen Anteil sachkostenintensiver Leistungen aufweisen, durch eine Mischkalkulation quasi eine Querfinanzierung nicht ausreichend vergüteter Leistungen, wie beispielsweise der Revisionsendoprothetik. Da das InEK-Konzept eine in Bezug auf die Leistung undifferenzierte, massive Abwertung der Sachkostenvergütung in der primären Endoprothetik auslösen wird, werden die genannten Zentren



Dipl.-Kfm. Univ. Marc D. Michel, Geschäftsführer der Peter Brehm GmbH

von erheblichen Erlösverlusten betroffen sein, was zu einer Einschränkung sowohl innovativer als auch medizinisch unbestritten erforderlicher, aber sachkostenintensiver Verfahren führen wird.

Was kritisieren Sie am InEK-Konzept?

Das nunmehr vorliegende Konzept zur Korrektur der Vergütung von Fallpauschalen beinhaltet leider keine erlösrelevante Regelung der immer noch bestehenden, zum Teil erheblichen Unterfinanzierung im Bereich der Extremkostenfälle, der Innovationseinführung, der Notfallversorgung, der Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses sowie der flächendeckend nicht getätigten Investitionen, obwohl diese dringend erforderlich wären. Kostenanstieg und Innovationen bei Arzneimitteln und Medizinprodukten werden im Rahmen des DRG-Systems quasi vorfinanziert, da diese aufgrund der Kalkulationsmethodik erst zwei Jahre später im Vergütungssystem Eingang finden können. Durch die weitere Absenkung der Sachkosten steht zu befürchten, dass künftig die zügige Einführung von wichtigen Innovationen in die medizinische Versorgung gefährdet ist.

Welche künftigen Fehlentwicklungen befürchten Sie?

Die nunmehr vorgenommene Umverteilung der Mittel von Sach- und Personalkosten führt zu Fehlanreizen und Fehlsteuerung in der Patientenversorgung. Es ist zu erwarten, dass beispielsweise die Entscheidung für ein bestimmtes Endoprothesenmodell nicht

mehr nach dem Gesichtspunkt der medizinischen Notwendigkeit, sondern noch stärker nach wirtschaftlichen Überlegungen getroffen wird, als es bis dato ohnehin schon der Fall war. Aus Sicht der Patienten müsste die bedarfsgerechte Versorgung mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten – auch und gerade unter den neuen restriktiven Bedingungen der DRG-Vergütungsregelung im Krankenhaus – sichergestellt werden. Der Fehlanreiz einer Abwertung der Sachkostenfinanzierung zugunsten der Personalkostenfinanzierung führt aber letztendlich in eine Kürzung der Vergütung vieler Fallpauschalen im Zusammenhang mit Medizinprodukten. Schon jetzt kommt es bei der Abbildung bestimmter endoprothetischer Verfahren zur Behandlung desselben Krankheitsbildes über dieselbe DRG (sogenannte Misch-DRG) zu strukturellen Übervergütungen und damit vermeintlich zu wirtschaftlichen Vorteilen für kostengünstige Methoden, die langfristig eine schlechtere Ergebnisqualität oder mehr Nebenwirkungen zeigen als qualitativ hochwertige, aber teurere beziehungsweise sachkostenlastigere Methoden. Die pauschale Absenkung der Sachkosten verstärkt diesen Fehlanreiz. Die Konsequenz ist, dass weniger effektive Behandlungsmethoden den Vorzug bekommen. Eine Minderung der Versorgungsqualität für den einzelnen Patienten ist zu erwarten.

Welche Bedeutung hat das aktuelle Konzept zur Korrektur der Vergütung für die Hersteller?

Anfang 2007 hat die Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent den einen oder anderen Klinikmanager dazu animiert, die Firmen unter Verweis auf die Preise mit ins Boot zu holen und somit die Erhöhung weiterzugeben, die sonst bei den Kliniken hängengeblieben wäre. Zehn Jahre später darf die Absenkung der Sachkosten nicht dazu führen, dass man erneut diesen Weg einschlägt, da die Ertragssituation der Hersteller dies nicht hergibt.

Der mit dem InEK-Konzept generierte ökonomische Druck auf die Leitungserbringer wird in erheblichem Umfang auch die Unternehmen der Medizinprodukteindustrie treffen. Zweifelsfrei werden die um 5,75 Prozent abgesenkten Sachkosten innerhalb der DRGs erneut einen starken und nachhaltigen Druck auf die Hersteller schaffen. Der Medizinproduktesektor und mit ihm die Endo-

prothesen werden in Zukunft noch mehr in erster Linie als Kostenfaktor wahrgenommen und bewertet werden.

Welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Die Ertragssituation der Hersteller von Endoprothesen in Deutschland wird sich weiter verschlechtern, wenn die Absenkung der Sachkosten zu weiteren Preisreduzierungen führt. Was zu beachten ist: Eine einseitige Fokussierung der Kliniken auf die Sachkosten, insbesondere den Implantatebereich, reicht aufgrund des geringen Kostenhebels nicht aus, um die gesamtwirtschaftlichen Probleme, die sich aus dem InEK-Konzept ergeben, nachhaltig zu lösen.

Da DRGs im Grunde nichts anderes als einen am Markt durchsetzbaren Zielpreis darstellen, dürfen diese quasi fixen Erlöse die bei der Behandlung entstehenden Kosten nicht übersteigen. Wie eingangs gezeigt, werden zahlreiche Krankenhäuser – allen voran die Universitätskliniken, Maximalversorger und Fachkliniken – unter den neuen Bedingungen für eine identische Leistung künftig einen wesentlich geringeren Erlös erzielen. Perspektivisch müssen sie mit Hilfe von zukunfts- und prozessorientierten sowie entscheidungsunterstützenden Controllingsystemen ihre Kostensituation optimieren – die retrospektive Betrachtung der Ist-Kosten und damit verbunden eine Nachkalkulation reichen nicht mehr aus.

Da dieser Umstellungsprozess für die Kliniken eher mittel- beziehungsweise langfristig zum Erfolg führt, äußert sich für die Hersteller der Kostendruck seitens der Kliniken schon jetzt verstärkt in einer verminderten und immer weiter abnehmenden Akzeptanz des Preisniveaus für Medizinprodukte. Diese geht mit einer signifikant höheren Bereitschaft einher, zu anderen, vermeintlich billigeren aber nicht immer wirtschaftlicheren Anbietern zu wechseln.

Durch die signifikante Absenkung der Sachkosten aus den DRGs wird bei den Implantaten eine Preisspirale nach unten verfestigt – und das, obwohl wir in Deutschland im internationalen Vergleich die niedrigsten Endoprothesenpreise haben. Dieser Trend zum weiteren Preisverfall wird durch die permanente Konfrontation mit der Austauschbarkeit des Herstellers noch verstärkt.

Was bedeutet diese Entwicklung im Hinblick auf die Qualität?

Krankenhäuser stehen unter Druck – und den werden sie weitergeben! Ob es immer gut ist, den Preis als Hauptkriterium bei der Beschaffung zu betrachten, ist sicher fraglich. Die Absenkung der Sachkosten bei den endoprothetischen DRGs wird dafür sorgen, dass immer mehr Krankenhäuser angesichts des Drucks, unter dem sie aktuell stehen, den Preis wichtiger finden als die Qualität. Abstriche an der Qualität, und das bedeutet ja auch an der Qualität der verwendeten Materialien und Implantate, sind jedoch in einem künftig immer wichtigeren Qualitätswettbewerb auf Dauer keine Überlebensoption. Der aus der Automobilindustrie überlieferte „Lopez-Effekt“ muss im Sinne der Patienten dringend vermieden werden. Wer erinnert sich nicht mehr an José Ignacio López de Arriortúa? 1993 wurde der damalige General-Motors-Manager gemeinsam mit sieben seiner „Krieger“ (so von López bezeichnet) zum damals angeschlagenen VW-Konzern nach Wolfsburg geholt. „Seine kompromisslose Verhandlungsführung mit den Zulieferern [...] führte in der Folge zu starken Qualitätseinbußen bei den gelieferten Komponenten“, resümiert Wikipedia. Kerngedanke der López-Strategie war es immer, mehr Rentabilität im Wesentlichen durch Preissenkungen bei den Zulieferern zu erzielen.

Wie sehen Sie Ihre Rolle als Hersteller?

Regelmäßig trifft heute eine Preissenkungsforderung nach der anderen bei den Herstellern von Endoprothesen ein. Es steht zu befürchten, dass die oben beschriebene Sachkostenreduzierung eine weitere Runde einläuten wird. Es ist davon auszugehen, dass die ersten Gespräche zwischen Herstellern und Kliniken bereits geführt wurden oder kurz bevorstehen. Und wenn ein Hersteller weitere Preiszugeständnisse gemacht hat, ziehen die nächsten nach. Wir alle – Kliniken wie Industrie – brauchen darauf eine Antwort, da uns das DRG-System für unsere Verhandlungsergebnisse immer weiter abstrafen wird. Denn jede massive Preisrunde nach unten führt erneut zu weiteren DRG-Absenkungen. Wollen wir das wirklich haben? Chancenlos sind wir meines Erachtens nicht, solange wir uns die Freiheit bewahren, auch einmal „Nein“ oder „Ja, aber“ zu sagen.

Der Markt regelt sich auf beiden Seiten – bei den Krankenhäusern, aber auch bei den Herstellern. Und da es sich im Moment auf beide Parteien konzentriert, können auch beide nicht ungeschoren davonkommen, soviel ist klar! Sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Industrie wäre es daher wichtig, die Zukunft bewusst gemeinsam zu gestalten. Sie sind Partner in einem System, nicht nur Käufer oder Lieferanten. Als solche müssen sie sich verhalten, wenn sie im Wettbewerb bestehen wollen – und zwar beide. Wir dürfen nicht zulassen, dass seit Jahren oder Jahrzehnten etablierte Technologien und Verfahren aufgegeben werden, weil die Vergütung deren Verwendung nicht mehr zulässt.

Welche Weichenstellung wünschen Sie sich für die Zukunft?

Die aktuelle Diskussion über das InEK-Sachkostenkonzept steht stellvertretend für eine Entwicklung, die es kritisch zu hinterfragen gilt und deren Nutzen für die Patienten fragwürdig ist: Ist unsere Gesellschaft wirklich bereit, Krankenhäuser künftig als „Gesundungsfabriken“ zu sehen, in denen es ausschließlich um Kostencontrolling, Prozessmanagement und Erlösoptimierung geht und nicht um Ethik und Humanität? Dies kann und darf nicht der Sinn und Zweck der Gesundheitspolitik und mit ihr der Krankenhausfinanzierung sein. Vielmehr müssen der mündige Patient und die umfassende Qualität der Versorgung im Mittelpunkt aller Bemühungen um ein modernes Krankenhauswesen stehen.

Die AE bedankt sich bei ihren Partnern für deren Unterstützung!

Gold

Aesculap – a B. Braun company.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

CeramTec
THE CERAMIC EXPERTS

DePuy Synthes
PART OF THE JOHNSON & JOHNSON FAMILY OF COMPANIES

LINK 



PETER BREHM
Die Präzision in Titan
für den Menschen

stryker[®]

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.¹

Silber

 **smith&nephew**

Weitere Industriepartner

RESORBA[®]
REPAIR AND REGENERATE
an Advanced Medical Solutions Group plc company

Ad absurdum

Empfindliche DRG-Abwertung in der elektiven Hüftendoprothetik und in der Wirbelsäulenbehandlung

Seit Jahren sehen wir uns in der Öffentlichkeit dem Vorwurf ausgesetzt, dass die Zahl der endoprothetischen Eingriffe in Deutschland viel zu hoch sei und die jährliche Steigerung der Fallzahlen wirtschaftliche Gründe hätte. Dies hat die Selbstverwaltungspartner – die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft – zu einer Reaktion veranlasst, die erst durch das neue Krankenhausstrukturgesetz ermöglicht wurde.

Nun wird ein gravierender Eingriff ins DRG-System damit begründet, dass bereits seit der Einführung des pauschalierenden Vergütungssystems im §17b KHG eine Regelung besteht, die den Vertragsparteien auf Bundesebene erlaubt, die Relativgewichte von Leistungen bei auffälligen, offensichtlich wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen abzusenken. Bisher wurde diese Regel jedoch nicht angewandt. Mit dem neuen Krankenhausstrukturgesetz wurde aus der Möglichkeit aber eine Pflicht. Bei fehlendem Konsens kann man die Bundesschiedsstelle anrufen.

Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung hat nun in Anlehnung an das InEK-Konzept zur Anpassung der Sachkosten eine Absenkung für 21 Fallpauschalen aus fünf Leistungsbereichen beantragt, darunter auch bei Knie- und Hüftgelenkoperationen. Damit wären die Bewertungsrelationen dieser DRGs um insgesamt ca. 12 Prozent abgewertet worden. Dazu gab es aber offensichtlich noch einmal Verhandlungen, in deren Verlauf die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Zurückweisung des Antrages beantragte. Schließlich wurde beschlossen, bei zwei Fallpauschalen mit überdurchschnittlicher Fallzahlentwicklung in den letzten zwei Jahren eine Abstufung aufgrund betriebswirtschaftlicher Vorteileffekte im Rahmen einer befristeten Erprobungsregelung zu akzeptieren.

Laut Mitteilungen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft wurde in der kontroversen Diskussion auf „kritische Stellungnahmen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften aus der Orthopädie zur Leistungsentwicklung“ hingewiesen. Im Rahmen dieser Sitzungen wurden zwei Leistungsbereiche mit acht Fallpauschalen

festgelegt, die sich auf Behandlungen an der Wirbelsäule und Operationen des Hüftgelenkes beziehen. Im September wurde vereinbart, die Anpassung für den Katalog 2017 durchzuführen. Mit einem DRG-Split zwischen Fraktur und Arthrose in der Hüftendoprothetik wurde die bisherige DRG „Revision und Ersatz des Hüftgelenkes bei Frakturen“ (I47B) um die I47C „Revision und Ersatz des Hüftgelenkes“ ergänzt.

Diese DRGs sind von einer Absenkung der Vergütung betroffen:

- I10D – Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompliziertem Eingriff an der Wirbelsäule oder Diszitis oder intervertebralem Cache, 1 Segment ohne bestimmte Spinalkanalstenose, ohne bestimmte Bandscheibenschäden ohne Verschluss eines Bandscheibendefektes mit Implantat
- I10E – andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
- I10F – andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
- I10G – andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als 1 Belegungstag
- I10H – andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe, oder 1 Belegungstag
- I47C – Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrorese ohne äußerst schwere CC (Alter > 15 Jahre), ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose am Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff.



Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller
Generalsekretär AE
1. Vorsitzender VLOU
Vizepräsident BVOU
Vorstandsmitglied DGOOC und DGOU

Diese DRGs wurden herabgestuft:

- I68D, nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie ohne Kreuzbeinfraktur sowie die
- I68E, nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, 1 Belegungstag

Die anteilige Absenkung der Relativgewichte wurde analog zur Sachkostenvereinbarung auf alle Kosten vorgenommen. Somit wird die Bewertungsrelation für den DRG-Katalog 2017 anteilig zu 50 Prozent und 2018 zu 60 Prozent abgesenkt. Dies entspricht allein im Jahr 2017 einem Minus von 5,75 Prozent, die Sachkosten werden nicht zusätzlich abgesenkt. Bei den mit Abstufung bezeichneten DRGs wird der Median zur Fallzahl der Datenjahre der DRGs über alle Krankenhäuser gebildet, die diese Leistungen erbringen. Liegt ein Krankenhaus über diesem Median, so werden von der ersten Leistung an alle Fälle mit einer abgesenkten Bewertungsrelation abgerechnet.

Die Vereinbarung kann nach zwei Jahren gekündigt werden. In diesem Fall muss der Leistungskatalog und dessen Höhe neu verhandelt werden. Eine weitere Besonderheit der Regelung besteht darin, dass das hier freiwerdende Erlösvolumen finanzierungsneutral im System auf andere Leistungen umverteilt wird. Die hier gelisteten Leistun-

gen sind vom Fixkostendegressionsabschlag nach §10 Abs. 13 Krankenhausentgeltgesetz ausgenommen.

Die Vertragspartner weichen hier erstmals vom Grundsatz der DRG-Weiterentwicklung auf Grundlage der Erhebung von Ist-Daten für die Kalkulation der Fallpauschalen ab. Das führt zu einer empfindlichen Abwertung der genannten Leistungen, was vor allem hochspezialisierte Kliniken empfindlich treffen wird. Aufgrund der Anpassungen der letzten Jahre gab es bereits eine Abwertung, insbesondere bei der einfachen Hüfttotalendoprothese, die nun im beschriebenen Umfang schwer zu kompensieren sein wird. Die Ermittlung des Medians und die daraus folgende generelle Abstufung der DRG bei dessen Überschreitung geht eindeutig zulasten der Kliniken mit hoher Spezialisierung und hohen Fallzahlen. Damit ist die ursprüngliche Intention des DRG-Systems ad absurdum geführt: die Schaffung von spezialisierten Kliniken, die dank hoher Fallzahlen eine hohe Spezialkompetenz erreichen und höchste Versorgungsqualität bieten.



Können die Verfahren, so wie sie nun bewertet werden, überhaupt noch kostendeckend durchgeführt werden? In den Kliniken, die diese Leistungen anbieten, wird jedenfalls eine komplette Umstrukturierung nötig. Der Vergütungsverlust kann nur durch kürzere Liegezeiten, preiswertere Implantate oder geringere Sachkosten kompensiert werden. Die Personalkosten steigen gleichzeitig unaufhaltsam. Es wird unweigerlich zu einer Qualitätsabsenkung im Bereich der beschriebenen Leistungsbereiche kommen, insbesondere im Bereich der primären Endoprothetik. Bereits vor dieser Herabstufung kommt etwa die Wahl einer Endoprothese mit Kurzschaft und Keramik/Keramik-Gleitpaarung nur dann in Frage, wenn man über eine adäquate Menge

an Patienten verfügt, die eine solche hochwertige Lösung nicht benötigen und so eine Querfinanzierung ermöglichen. Doch auch diese Möglichkeit wird künftig eingeschränkt sein, sodass man letztlich Abstriche bei der Implantatqualität machen müssen.

Auf Klinikebene kann man damit kurzfristig vielleicht kostenneutral agieren. Langfristig ist aber zu befürchten, dass die Entwicklung zu einer schlechteren Versorgung der Patienten führt, die sich in verkürzten Standzeiten, höheren Revisionsraten und volkswirtschaftlich steigenden Kosten niederschlägt.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Frankfurt/Main, 9.–10. November 2017

Save the date

Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2017

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

BVMed
Gesundheit gestalten.



AE- und BVMed-Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2017

Frankfurt am Main, 9.–10. November 2017
Hilton Frankfurt Airport
THE SQUIRE, Am Flughafen

- Qualitätssicherung und Transparenz
- Vorkommnisse und Serious Adverse Events (SAE) in der Endoprothetik
- Innovationseinführung und Zulassung
- Fallbeispiele aus der Technik: Wohin steuert der technologische Fortschritt?
- Wissenschaft und Haftung
- Ökonomie vs. Marketing vs. Medizin – wer sind die Guten, wer die Bösen?

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Univ.-Prof. Dr. med. Henning Windhagen,
Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka, Prof. Dr. habil. Michael M. Morlock, Ph. D.,
Heinrich Wecker, Dipl.-Kfm. Univ. Marc D. Michel

Vorstellung des neuen AE-Industriepartners Smith & Nephew

Bereits vor über 160 Jahren legte Thomas J. Smith den Grundstein für Smith & Nephew mit einem Fachgeschäft für Verbandstoffe und pharmazeutische Produkte in Hull, England. 1896 wurde sein Neffe Horatio N. Smith sein Geschäftspartner. Er begann mit der Entwicklung von eigenen Verbandstoffen. Heute ist Smith & Nephew ein globales Medizintechnikunternehmen, das in den Bereichen Orthopädie, Traumatologie, Sportmedizin und Wundmanagement innovative Produkte entwickelt und vertreibt. Es ist unser Ziel, durch Leistung, Innovation und Vertrauen das Leben der Patienten zu verbessern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Smith & Nephew ist in über 100 Ländern präsent und beschäftigt über 14.000 Mitarbeiter weltweit. In Deutschland ist Smith & Nephew an mehreren Standorten mit dem Hauptsitz in Hamburg vertreten.

Als Komplettanbieter in der Orthopädie bietet Smith & Nephew endoprothetische Lösungen für jede größere Gelenkregion. Ein Beispiel unserer innovativen Produkte ist OXINIUM® –

eine Zirkoniumoxid-Legierung für Gelenkersatz, von der wir weltweit bereits mehr als eine Million Einheiten verkauft haben. Eingeführt 1997 für Knieersatz und 2003 für Hüftersatz ist das OXINIUM® Material ein keramisiertes Metall, das Patienten eine bessere Verschleißreduzierung und Haltbarkeit als konventionelle Komponenten bietet. Die VERILAST® Technologie (hochvernetztes Polyethylen mit OXINIUM®) steht für viele unserer Knie- und Hüftimplantate, wie JOURNEY® II, LEGION®, POLARSTEM®, NANOS® und SL-PLUS® MIA in Kombination mit der R3® Pfanne zur Verfügung.

Unser Unternehmen legt von jeher sehr großen Wert auf die Aus- und Weiterbildung. In allen Sparten gibt es dafür spezielle Teams, unsere Produktspezialisten, die unseren Kunden in allen Fachfragen zur richtigen Anwendung

unserer Produkte zur Verfügung stehen. Darüber hinaus bietet Smith & Nephew Anwendern die Möglichkeit, an unseren Professional Education Fortbildungen teilzunehmen oder an Workshops, die individuell gestaltet werden. Des Weiteren bestehen mit vielen Kliniken in Deutschland in den verschiedensten Indikationsgebieten Kooperationsvereinbarungen. Dies erlaubt es uns, interessierten Ärzten die Möglichkeit zu Hospitationen einzuräumen und sich so kontinuierlich weiterzubilden.

Seit dem 1. Juli 2016 richtet Smith & Nephew auch regelmäßige Hands-on Workshops für bestimmte Produkte innerhalb verschiedener AE-Veranstaltungen aus. Hier geben erfahrene Anwender Einblicke in die OP-Technik und tauschen sich mit den Teilnehmern über intraoperative Erfahrungen und klinische Ergebnisse aus.



Wir stehen Medizinern und Pflegenden seit über 150 Jahren unterstützend zur Seite.

° Markenzeichen von Smith & Nephew

Unter dem Credo „Repair and Regenerate“ bietet RESORBA Medical bereits heute vielfältige Lösungen für aktuelle chirurgische Behandlungsprobleme an.

Basis aller Weiterentwicklung ist die langfristige Zusammenarbeit mit klinischen und universitären Einrichtungen im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten, so zum Beispiel in den Bereichen Knochenregeneration und Tissue Engineering, wie auch die partnerschaftliche Kooperation mit klinischen Anwendern.

In der Endoprothetik hat unser Standardprodukt GENTA-COLL® resorb® – neben der Funktion als Adjuvans nach chirurgischem Debridement bei Revisionseingriffen – auch bei Erstimplantation einen hohen Stellenwert.

Aktuelle Studienergebnisse zum Beispiel aus der Herzchirurgie unterstreichen diese Bedeutung, zumal in der Endoprothetik zusätzliche Risiken bestehen: Die Wechselwirkung der Keime mit großen Mengen an Fremdmaterial sowie die Gefahr einer Biofilmbildung.

RESORBA Medical investiert entgegen dem Trend nicht nur personell in den Ausbau von Forschung und Entwicklung. Unsere Forschungsinvestitionen sind vergleichbar mit dem prophylaktischen Einsatz von GENTA-COLL® resorb®:

Strategisch planbare Kosten akzeptieren, um später einen konkreten Nutzen zu generieren.



**Neu-
GENTA-FOIL resorb® in der Größe 10 x 10 cm
für Orthopädie und Unfallchirurgie:**

Beste Voraussetzungen zur Sicherung des Ergebnisses nach Orthopädischen Revisionseingriffen:

Nach erfolgreicher Produkteinführung im Jahre 2010 in der Handchirurgie wird nun das bisherige Portfolio (2,5 x 2,5 cm; 2,5 x 5 cm) der GENTA-FOIL resorb® um die Größe 10 x 10 cm erweitert. Die spezielle Größe für den Einsatz in der Orthopädie und Unfallchirurgie weist alle Merkmale der GENTA-FOIL resorb® Familie auf.

- Resorbierbar
- Mit temporärer Barrierefunktion
- Antibiotisch geschützt
- Biokompatibel
- Natürlich quervernetzt (ohne chemische Zusätze)
- Nach kurzem Anfeuchten sehr gut plastisch modellierbar
- Struktur- und formstabil, trotzdem
- Flexibel und dehnbar
- Verursacht keine Sekretion

Haftet angefeuchtet hervorragend auf Fremdoberflächen.

1 cm² der Folie enthält:
5,6 mg Kollagen equinen Ursprungs
4 mg Gentamicinsulfat
entsprechend 2,20 – 2,86 mg
Gentamicinbase

REF	Größe	Packungsinhalt
GF 25	2,5 x 2,5 cm	1 Folie / VE
GF 255	2,5 x 5 cm	1 Folie / VE
GF 1010	10 x 10 cm	1 Folie / VE

GENTA-FOIL resorb® erfüllt alle vielfältigen Anforderungen an ein modernes Bioimplantat:

- Biokompatibel
- Keine immunologische Abwehrreaktion
- Entzündungsfreie Wundheilung

Optimiert wird die Funktion von GENTA-FOIL resorb® als mechanischer Schutz und Trennschicht durch die Kombination mit einem Antibiotikum zum Infektionsschutz.

Gentamicinsulfat zählt zur Gruppe der Aminoglykosid-Antibiotika und weist ein breites antibakterielles Wirkspektrum auf. Gerade durch die Möglichkeit der lokalen Applikation von GENTA-FOIL resorb® nach chirurgischen Maßnahmen, wird dem Problem dort entgegengetreten, wo es entsteht oder bewältigt werden muss, ohne den Organismus zusätzlich zu belasten.



Besuchen Sie unseren
Stand 4.2/65 zum DKOU 2016

RESORBA®
REPAIR AND REGENERATE

an Advanced Medical Solutions Group plc company

RESORBA Medical GmbH · Am Flachmoor 16 · 90475 Nürnberg
Fon: 09128 9115-0 · Fax: 09128 9115-91
info@mail@resorba.com · www.resorba.com
Kontakt: Frau Ruhl – Fon: 0160 97 81 68 87

AE-ComGen-OP-Personalkurs

München, 29.-30. April 2016

Die wissenschaftlichen Leiter Dr. Christian Fulghum (links) und Dr. Stephan Horn (1), Teilnehmerinnen beim Workshop mit Dr. Stephan Horn (2), Dr. Christian Fulghum instruiert die Arbeit am Kunstknochen (3)



AE-ComGen-OP-Personalkurs

Karlsruhe, 3.-4. Juni 2016

Die wissenschaftlichen Leiter waren Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner und Prof. Dr. Johannes Beckmann (nicht im Bild), unterstützt von Ulla Lohmann, OP-Leitung Orthopädie der Vincenz-Kliniken in Karlsruhe (1). Praxisübung in den Workshops (2), Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner beim Workshop (3)



AE-Kurs Hüfte

Berlin, 10.-11. Juni 2016

Die wissenschaftlichen Leiter waren Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel (links) und Priv.-Doz. Dr. Stephan Tohtz (1). Workshops am Kunstknochen mit Tutor Priv.-Doz. Dr. Steffen Höll (2.v.l., 2). Teilnehmer bei Workshop und OP-Planung (3, 4)



13. AE-ComGen-Symposium

Mainz, 24.-25. Juni 2016

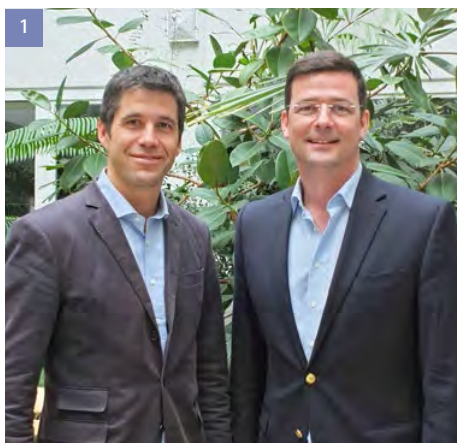
Zwei der Referenten waren Dr. Michael Schneider (links) und Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm (1). Sonnige Pause im Erbacher Hof (2)



AE-Forum „Experts meet Experts“

Hamburg, 17. Juni 2016

Dipl.-Kfm. Marc D. Michel (links) mit Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (1). Prof. Dr.-Ing. Georg N. Duda und Referentin Dr.-Ing. habil. Katrin Sternberg (2). Prof. Dr. Dominik Parsch, Prof. Dr. Anke Eckardt und Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (3, v.l.n.r.), Dr. Alexander Beier, (links) und Prof. Dr. Andreas Halder (4)



AE-ComGen-OP-Personalkurs

Heidelberg, 1.–2. Juli 2016

Die wissenschaftlichen Leiter waren Prof. Dr. Andreas Niemeier und Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm (1). Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm beim Workshop (2), Prof. Dr. Andreas Niemeier beim Workshop (3,4)



AE/DVSE-Kurs für Schulterchirurgie

Berlin, 7.-8. Juli 2016

Die wissenschaftlichen Leiter: Prof. Dr. Markus Scheibel, Prof. Dr. Ulrich Brunner, Prof. Dr. Bernd Fink, Prof. Dr. Falk Reuther (1, v.l.n.r.). Die Referenten Prof. Dr. Géza Pap (2, links) und Prof. Dr. Frank Gohlke (rechts) mit Prof. Dr. Markus Scheibel (Mitte), Prof. Dr. Bernd Fink (Mitte) instruiert beim Workshop (3)



AE-Masterkurs Hüfte

Frankfurt, 8.-9. Juli 2016

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Andrea Meurer und Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (2. und 3. v. l.) mit Dr. Thorsten Schache (links) (1), zu den Referenten gehörten Prof. Dr. Christoph Eingartner (links) und Prof. Dr. Dr. Michael Wagner (2). Beim Workshop mit Instruktoren Prof. Dr. Johannes Stöve (3, links) und Tutor Dr. Matthias Kemmerer (4, Mitte)



AE-Masterkurs Knie

Berlin, 14.-15. Juli 2016

Der wissenschaftliche Leiter Dr. Thomas Mattes mit den Referenten Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner, Priv.-Doz. Dr. Robert Hube und Dr. Alexander Beier (1, v.l.n.r.), Ass.-Prof. Dr. Henrik Husted (links) und Prof. Dr. Nikolaus Böhler (2), der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Andreas Halder beim Workshop (3), Dr. Alois Franz beim Workshop (4)



AE-Kompaktkurs Infekt und Zement

Kassel, 26. August 2016

Die wissenschaftlichen Leiter waren Prof. Dr. Werner Siebert (1, links) und Prof. Dr. Maximilian Rudert (5. v.l.), hier mit dem Senatsbeobachter Dr. Norbert Fohler (rechts), Dr. Sabine Mai und Prof. Dr. Rudolf Ascherl (3. u. 4. v.l., 1). Prof. Dr. Rudolf Ascherl beim Vortrag (2). Beim Workshop wurde unter anderem die Verwendung des Zementiersystems trainiert (3).





AE-Kurs Knie

Köln, 2.–3. September 2016

Die wissenschaftlichen Leiter fungierten auch als Instruktoren bei den Workshops: Prof. Dr. Georg Matziolis (1) und Prof. Dr. Hartmuth Kiefer (2). Volles Haus beim Planungsworkshop (3)



AE-Masterkurs Hüfte

Berlin, 16.–17. September 2016

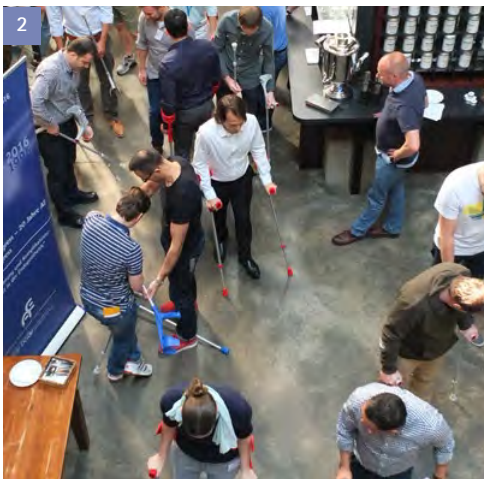
Instruktor Prof. Dr. Christian Götze (rechts) beim Workshop (1), praktische Übung beim Workshop (2). Die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Robert Hube und Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe (3)



AE-Tutorial Hüfte

Hamburg, 8.–10. September 2016

Die Tutoren Priv.-Doz. Dr. Iris Schleicher (stehend) und Prof. Dr. Hartmuth Kiefer (sitzend, 2.v.l.) bei der Gruppenarbeit (1). Perspektive wechseln: Teilnehmer mit Gehhilfen (2). Teilnehmer und Tutoren in der Kaffeepause (3). Beim Keramikworkshop konnten die Teilnehmer die Kraft beim Impaktieren des Kugelkopfes messen (4). Tutor Dr. Heiko Spank beim Workshop (5), Tutor Dr. Steffen Oehme (stehend) beim Planungsworkshop (6). Kursteilnehmer informieren sich über das Implantatangebot (7). Tutor Dr. Thomas Mattes (rechts) mit einem Teilnehmer (8)





AE-Masterkurs Knie

Berlin, 30. September – 1. Oktober 2016

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (links) und Prof. Dr. Volker Ewerbeck (rechts) mit Referent Dr. Holger Haas (1), Prof. Dr. Veit Krenn, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Priv.-Doz. Dr. Andrej Trampuz (2, v.l.n.r.), Instruktoren Arne Schaefer (Mitte) und Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel (4. v. r.) beim Workshop (3)



AE-Kompaktkurs Teilgelenkersatz am Knie

Hamburg, 7. Oktober 2016

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Peter Aldinger und Dr. Johannes Holz (4. und 5. v. r.) mit den Referenten Prof. Dr. Christian Hendrich, Prof. Dr. Michael Clarius, Prof. Dr. Andreas Niemeier, Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm, Dr. Christoph Becher und Prof. Dr. Carsten O. Tibesku (1, v.l.n.r.). Workshops mit Dr. Ralph Akoto (2) und Dr. Wolf-Peter Niedermauntel (3)



AE-Masterkurs Hüfte

Köln, 7.–8. Oktober 2016

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (Mitte) beim Workshop (1), Prof. Dr. Dieter C. Wirtz beim Kaffee mit Dr. Lars Frommelt (2). Die wissenschaftlichen Leiter waren Dr. Holger Haas (links) und Prof. Dr. Dieter C. Wirtz (3), Priv.-Doz. Dr. Sascha Gravius (Mitte) beim Workshop (4)



AE-Masterkurs Revision Knie

Berlin, 13.–14. Oktober 2016

Die wissenschaftliche Leitung hatte Prof. Dr. Bernd Fink (Mitte) sowie Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner (links) in Vertretung von Prof. Dr. Carsten Perka. Dr. Philipp von Roth war wissenschaftlicher Organisator des Kurses. Gut besuchte Fachausstellung (2), Prof. Dr. Bernd Fink im Workshop (3, Mitte)





DKOU 2016

Berlin, 25.–28. Oktober

Generalsekretär Prof. Dr. Karl-Dieter Heller bei Smart- und Small-Talk in der AE-Lounge (1). Die AE-Session am 25.10. fand großen Anklang (2).



AE-Kurs Gelenkerhaltende Hüftchirurgie

Bern, 11.–12. November 2016

Konzentrierte Arbeit beim Anatomie-Workshop (1). Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Klaus Siebenrock und Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (hinten, 5. und 6. v. l.) mit den Referenten (2), Gastgeber Prof. Dr. Klaus Siebenrock beim Vortrag im Hörsaal des Instituts für Anatomie der Universität Bern (3)



AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie

Ofterschwang, 17.–19. November 2016

Tutor Dr. Erwin Lenz (1, Mitte) beim Workshop, Prof. Dr. Björn Gunnar Ochs als Tutor beim Workshop (2, rechts), Prof. Dr. Ulrich Nöth (3, 2. v.l.) als Tutor beim Workshop



AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik

Tirschenreuth,
23.–24. November 2016

Referent Prof. Dr. Rainer Neugebauer mit einem Teilnehmer und dem wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Bernd Preininger (1, v.l.n.r.), Prof. Dr. Rudolf Ascherl beim Workshop (2)



AE-ComGen-OP-Personalkurs

Tirschenreuth, 24.–25. November 2016

Die wissenschaftlichen Leiter waren Prof. Dr. Tobias Renkawitz, Prof. Dr. Rudolf Ascherl und Priv.-Doz. Dr. Patrick Weber (v.l.n.r.).



AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen

Hannover, 25.11.2016

Die wissenschaftlichen Leiter waren Prof. Dr. Henning Windhagen (1, links) und Prof. Dr. Michael J. Raschke. Prof. Dr. Henning Windhagen beim Workshop (2, links).



Stiftung Endoprothetik

Die Stiftung Endoprothetik firmiert seit 2013 unter diesem Namen, nachdem sie im Jahre 2002 zunächst als Endo-Stiftung gegründet worden war. Der satzungsgemäße Stiftungszweck ist die Förderung von wissenschaftlichen Projekten zur Erforschung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie deren Behandlung. Gefördert werden können ausschließlich gemeinnützige Institutionen; in der Regel handelt es sich dabei um Universitäten oder Fachkliniken. Der Themenschwerpunkt der Förderung liegt dabei auf dem Gebiet der Endoprothetik. Seit 2016 hat die Stiftung Endoprothetik zusätzlich, wie die AE mit einem Anteil von 50 Prozent, die Finanzierung des AE-Preises übernommen.

In den letzten zehn Jahren wurden 32 Projekte gefördert und erfolgreich abgeschlossen, die sich sowohl mit Themen aus der Grundlagenforschung als auch mit kontrollierten Studien im Bereich der klinischen Forschung beschäftigten. Die Publikation der Studien erfolgte in zum Teil hochrangigen internationalen Fachzeitschriften. Die Erträge aus der Verwaltung und Anlage

ihres Vermögens sowie Spenden haben die Stiftung in die Lage versetzt, hierfür insgesamt rund 2.390.000 Euro bereitzustellen. Aktuell wurden für sechs Projekte Fördermittel von über EUR 380.000 zugesagt. Weitere Projekte befinden sich im Prozess der Antragstellung.



Der aus alten Hüftimplantaten geformte Diskuswerfer möge den Projekten der Stiftung Dynamik und Reichweite verschaffen.

Förderanträge für Projekte werden durch ein ehrenamtlich tätiges wissenschaftliches Gremium in einem unabhängigen, zweistufigen Auswahlverfahren beurteilt. An einen kurzen Sichtungsantrag, der prägnant das Ziel der Studie erläutern soll, schließt sich im Falle einer positiven Bewertung ein ausführlicher Förderantrag an. Über diesen wird dann abschließend entschieden. Die Mitglieder der AE sind wegen des thematischen Zusammenhanges besonders dazu aufgerufen, Anträge bei der Stiftung einzureichen. Die Antragsformulare und die spezifischen Regularien sind der Internetseite www.stiftung-endoprothetik.de zu entnehmen. Hier finden Sie auch umfangreiche Informationen zu den bisher geförderten Projekten und die jeweiligen Publikationen.

*Dr. med. Christian Friesecke
Chefarzt
Direktor des wissenschaftlichen Institutes
Abteilung für Endoprothetik
und Gelenkchirurgie
Zentrum für Orthopädische Chirurgie
Facharzt für Chirurgie
Tabea Krankenhaus Hamburg*

30. Jan.–01. Feb.	AE-Tutorial Endoprothetik des Kniegelenkes, Glonn b. München
10.–11. Februar	AE-Masterkurs Knie, Köln
03.–04. März	AE-ComGen-OP-Personalkurs, Karlsruhe
23.–25. März	AE-Kurs und AE-Masterkurs Hüfte, Ofterschwang
07. April	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen, Tübingen
27.–29. April	AE-Basis-Kompaktkurs „Standards in der Hüft- und Knieendoprothetik“ anlässlich der Jahrestagung der VSOU, Baden-Baden
18.–19. Mai	AE-Masterkurs Posttraumatische Arthrosen, Berlin
16.–17. Juni	AE-ComGen-OP-Personalkurs, Dresden
22.–23. Juni	AE-Basis-Kompaktkurs Hüfte/Knie anlässlich der Jahrestagung der NOUV, Dortmund
23. Juni	AE-Forum (interne Veranstaltung AE und Industriepartner) zum Thema Gesundheitsökonomie, Dortmund, NOUV
30. Juni–01. Juli	14. AE-ComGen-Symposium, Hannover
05. Juli	AE-Kompaktkurs Spezial: Infektion, Berlin
06.–07. Juli	AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik, Berlin
07.–08. Juli	AE-ComGen-OP-Personalkurs, Heidelberg
13.–14. Juli	AE/DVSE-Masterkurs Schulterchirurgie, Berlin
21.–22. Juli	AE-ComGen-OP-Personalkurs, München
31. August	AE-Kompaktkurs Spezial: PSI, Köln
01.–02. September	AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik, Köln
01.–02. September	AE-ComGen-OP-Personalkurs, Köln
08.–09. September	AE-Masterkurs Hüfte, Frankfurt
11.–13. September	AE-Tutorial Endoprothetik der Hüftgelenkes, Hamburg
22.–23. September	AE-Masterkurs Spezial: Primäre Knieendoprothetik am Spenderknie, Aachen
29.–30. September	AE-Masterkurs Gelenkerhaltende Hüftchirurgie mit praktischen Übungen an Humanpräparaten, Dresden Dreiländerkurs
06.–07. Oktober	AE-Masterkurs Knie, München
12.–13. Oktober	AE-Masterkurs Hüfte, Köln

25.–27. Oktober	AE-Basiskurs Hüfte/Knie beim DKOU (mit Physio-Anteil), Berlin
09.–10. November	Kongress Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2017, Frankfurt/Main
16.–18. November	AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie, Ofterschwang
01.–02. Dezember	19. AE-Kongress, Hamburg
08. Dezember	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik, Tirschenreuth

Weitere geplante AE-Veranstaltungen 2017

AE-Kompaktkurse Spezial Teilgelenk am Knie (auch mit EBM-Anteil)
AE-Kompaktkurse Periprothetische Frakturen, Leipzig und Münster
AE-Kompaktkurse Zement und Zementiertechnik
AE-Kompaktkurs Kleine Gelenke
Weiterer AE-ComGen-OP-Personalkurs, Regensburg

Aktuelle Informationen zu den AE-Veranstaltungen finden Sie fortlaufend auf unserer Website: www.ae-gmbh.com

Mitarbeiter von AE-Mitgliedern erhalten beim Besuch von AE-Veranstaltungen vergünstigte Konditionen. Nutzen Sie dieses Angebot für hochwertige Fortbildung!

IMPRESSUM

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

Verantwortlich:

Prof. Dr. Carsten Perka, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Koordination:

Andrea Trautwein

Geschäftsstelle AE-Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.

0761/45647666

a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion:

Zsolt Pekker

07634/551946

pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion:

LoopKomm Infomarketing

0761/4882791

grafik@loopkomm.de