

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



die Phase der Umstrukturierungen der AE ist zwar noch nicht ganz abgeschlossen, aber ein großer Teil des Weges ist zurückgelegt. Die Trennung von AE-e.V. und AE-GmbH ist vollzogen. Das Konzept des Multisponsorings ist umgesetzt. Die Finanzierung der AE für die Jahre 2009 und 2010 ist gesichert. Die für die Entscheidungsgremien notwendigen Geschäftsordnungen und das Kommunikationsregelwerk sind verabschiedet. Der Industriebeirat ist etabliert, mit seinen Mitgliedern – allen voran mit seinem Sprecher, Priv.-Doz. Dr. Hanns-Peter Knaebel – besteht eine beispielhafte Kommunikationskultur. Besser kann man es sich nicht wünschen.

Auch nach außen gibt die AE ein höchst stabiles Bild ab: 2009 wurden bisher sieben Kurse in Bonn, Berlin, Ofterschwang, Düsseldorf, Damp, Stuttgart und Kitzbühel äußerst erfolgreich durchgeführt und abgeschlossen. Ein hervorragend organisierter und hoch interessanter ComGen-Kongress in Lindau hat ein weiteres Mal die kreative Klasse unserer Nachwuchsorganisation unter Beweis gestellt. Die Akzeptanz der neuen Kompaktkurse zum Thema Thrombose und Embolie sowie Zementiertechnik zeigt, dass auch hier ein guter Ansatz verfolgt wird. Die Kurs- und Terminplanung für das Jahr 2010 steht vor dem Abschluss.

Belebende Gegensätze

6. AE-ComGen-Kongress in Lindau

Der 6. AE-ComGen-Kongress, der am 26. und 27. Juni 2009 in Lindau stattfand, war ein Kongress der Gegensätze: Die beschauliche Atmosphäre am sonnigen Bodenseeufer kontrastierte mit den kontrovers diskutierten Spannungsfeldern der Endoprothetik. Das Alter des historischen Gebäudes – seit 1752 in Familienbesitz – stellte einen Gegensatz zur tagenden „jungen AE-Generation“ dar. Unter der wissenschaftlichen Leitung von Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking (Ulm), Dr. Klaus Kolb (Reutlingen) und Dr. Thomas Mattes (Ulm) war ein ansprechendes Programm zusammengestellt worden, das nicht nur Komplikationen der Endoprothetik aus allen Winkeln beleuchtete, sondern auch auf brisante gesundheits- und berufspolitische Themen einging.

Allgemeine Komplikationen

Priv.-Doz. Dr. Philipp Drees (Mainz) stieß mit seiner Darstellung der Einsatzgebiete, der Vor- und Nachteile der neuen **oralen Thromboseprophylaxe** eine angeregte Diskussion zur „Thromboseprophylaxe-Pille“ an. Dr. Christian Friesecke (Hamburg) stellte das Behandlungskonzept der Endoklinik

Hamburg bei **infizierter Prothese** dar, das bei Spätinfektionen mit einzeitigem Prothesenwechsel, topischer Antibiose und totalem Weichteildébridement eine bemerkenswerte Erfolgsrate von 85–90 Prozent aufweist.

Eine sehr viel seltenere Komplikation beschrieb Prof. Dr. Marc Thomsen (Baden-Baden): **Allergische Komplikationen** nach endoprotektischer Versorgung sind nur bei wenigen Patienten zweifelsfrei nachzuweisen – manche Kritiker bezweifeln noch immer deren Existenz. Der vorgeschlagene diagnostische Algorithmus bei Verdacht auf allergische Reaktion (Epikutantestung – Gelenkpunktion – arthroskopische Probeentnahme zur Histologie) ist dabei im klinischen Alltag hilfreich. Die Diskussion um allergische Reaktionen wird durch den Oberflächenersatz in der Hüftendoprothetik zusätzlich angefangen, da bei Metall-Metall-Gleitpaarung unspezifische Reaktionen häufiger gesehen werden.

Der Themenblock wurde durch einen Exkurs in die plastische Chirurgie abgerundet. Priv.-Doz. Dr. Hisham Fansa (Bielefeld) gab einen faszinierenden Einblick in diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bei intraoperativen **Nervenläsionen**. Muskelerersatzplastiken wie ein M.-tibialis-posterior-Transfer bei Fußheberparese oder ein M.-bizeps-femoris-Transfer bei Kniestreckerparese sollten erst in Erwägung gezogen werden, wenn zwölf Monate postoperativ keine Spontanremission eingetreten ist.

Komplikationen der Knieendoprothetik

Priv.-Doz. Dr. Georg Matziolis (Berlin) ging auf das komplexe Thema der **Rotationsfehlstellungen** ein. Bei der Diagnostik ist die Computertomographie Standard, proble-

Die wissenschaftlichen Leiter Dr. med. Klaus Kolb, Dr. med. Thomas Mattes und PD Dr. med. Ralf Decking



Die AE bleibt in der Spur und fährt „unter Dampf“. Das „Teaching“ ist als Kernaufgabe angenommen, das erste anderthalbtägige Seminar zum Thema „Teach the Teachers“ ist bereits terminiert. Gleiches gilt für die Sondierungsgespräche mit unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der DGOU, zur Frage zu einer institutionalisierten Kooperationsmöglichkeit. Die ersten Gespräche werden Anfang September stattfinden.

Sie sehen also, liebe Kolleginnen und Kollegen, Schritt für Schritt werden die sorgsam abgestimmten Pläne umgesetzt. Ich bin sicher, dass wir gemeinsam mit allen anderen Beteiligten von den sich abzeichnenden neuen Perspektiven profitieren werden. Für Ihre kontinuierliche Unterstützung danke ich Ihnen sehr, und verbleibe mit den herzlichsten Grüßen

Ihr

Professor Dr. Volker Ewerbeck
AE-Präsident

Terminänderung

AE-Mitgliederversammlung Magdeburg, 04.12.2009

Sehr herzlich möchte ich Sie im Namen des Präsidiums zur nächsten AE-Mitgliederversammlung, die in **Magdeburg am Freitag, dem 04.12.2009, von 08.00–09.00 Uhr (vor Beginn des 11. AE-Kongresses „Kleine Gelenke“)** stattfinden wird, einladen. Aus organisatorischen Gründen mussten wir den Termin vom 03.12.2009 auf den 04.12.2009 verschieben. Die Tagesordnung wird Ihnen fristgerecht zugesandt.

Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Verständnis, freue mich auf eine gut besuchte Mitgliederversammlung und einen interessanten AE-Kongress in Magdeburg.

matisch ist jedoch das Fehlen wirklicher Norm- und Grenzwerte bei der Beurteilung der Rotation, da entsprechende Werte in asymptomatischen Patientenkollektiven einer sehr breiten Streuung unterliegen. Die Indikation zur operativen Revision ist dementsprechend zurückhaltend zu stellen.

Der Problematik des „**stiff knee**“ nach endoprothetischen Versorgung widmete sich Prof. Dr. Heiko Reichel (Ulm). Er betonte, dass die Mehrzahl dieser Fälle auf intraoperativen Faktoren wie zum Beispiel einem retropatellaren Overstuffing, Streckapparat-schädigung, mangelhafter Rekonstruktion der Gelenklinie oder Oversizing der Komponenten beruhen und damit vermeidbar sind. Das Krankheitsbild der Arthrofibrose hingegen geht mit einer inflammatorischen Komponente mit Vermehrung des Bindegewebes einher und bleibt damit von intra- und postoperativen Faktoren weitgehend unbeeinflusst. Je nach Ausmaß der Bewegungseinschränkung ist eine Narkosemobilisation zwischen zwei und zwölf Wochen postoperativ angezeigt, die Indikation zum Komponentenwechsel ist zurückhaltend und nur bei eindeutiger Fehlposition zu stellen.

Prof. Dr. Johannes Stöve (Ludwigshafen) ging im Anschluss auf die gegenteilige Problematik ein: Das **instabile Knie** nach endoprothetischer Versorgung. Detailliert beschrieb er Indikationen und Kontraindikationen der verschiedenen Kopplungsgrade zwischen „posterior stabilized“ Inlays über (teil)gekoppelte Prothesen bis hin zur Scharnierprothese. Dr. Volkmar Heppert (Ludwigshafen) stellte im Anschluss das operative Management von Weichteildefekten bei infizierter Kniegelenksendoprothese vor. Die Take-Home-Message „Ein Prothese, die die Sonne sieht, ist infiziert“ wurde von spektakulären Fallbeispielen untermauert.

Komplikationen der Hüftendoprothetik

Am zweiten Kongresstag leitete Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Schwarzenbruck) die Sitzung mit der Frage ein, ob **Amputationen** zu umgehen oder tatsächlich irgendwann die ein-

zige operative Rückzugsmöglichkeit bei einem komplikationsträchtigen Verlauf sind. In die Entscheidung sollten unterschiedliche Parameter sowie auch das Procalcitonin als Parameter zur Früherkennung schwerer systemischer Infektionen etwa durch Bakterien herangezogen werden. Dieses dient als prognostischer Marker bei einer beginnenden Sepsis oder systemischem Inflammationssyndrom.

Dr. Klaus Kolb aus Reutlingen berichtete über Behandlungsstrategien bei **periprotetischen Frakturen**. Angelehnt an die Vancouver-Klassifikation periprotetischer Frakturen zeigte er, illustriert durch Fallbeispiele, Versorgungsmöglichkeiten auf. Abhängig von der Frakturlokalisation, seinen Ausläufern und dem noch vorhandenen Implantat-Knochen-Kontakt sollte die individuelle Entscheidung zum Erhalt der in situ liegenden Prothese und Osteosynthese, oder zur aufwendigen Revision der Prothese und dem Wechsel auf ein geeignetes Revisionsimplantat getroffen werden. Ziel sollte es sein, in jedem Fall eine Entscheidung zu treffen, die eine schnelle Mobilisierung des Patienten bei größtmöglicher Stabilität der Versorgung erlaubt.

Bisher zählten zu den prädisponierenden Faktoren für die Entwicklung **heterotoper Ossifikationen** unter anderem eine produktive Arthrose, trochantäre oder subtrochantäre Osteotomien, postoperative Hämatome sowie Risikoerkrankungen wie die idiopathische Skeletthyperostose oder eine ankylosierende Spondylarthropathie. Prof. Dr. F.W. Koch aus Troisdorf stellte in seinen Ausführungen dar, dass ebenso die Überdehnung der hüftgelenksnahen Weichteile, zum Beispiel beim Umlagern des zu operierenden Beines bei der Femurpräparation, zur Ausbildung heterotoper Ossifikationen führen kann. Verursacht durch eine Störung nociceptiver Neurone kommt es zu einer Induktion von Osteoblasten. Als Prophylaxe empfiehlt Prof. Koch die Gabe von NSAR oder alternativ Thalidomid.

Die Gratwanderung zwischen **Luxation und Impingement** erläuterte Dr. Otmar Hersche

(Zürich). Abhängig vom operativen Zugang zeigen Patienten nach endoprothetischer Versorgung am Hüftgelenk eine erhöhte Luxationsneigung, wie es etwa beim dorsalen Zugang der Fall ist. Bei Implantation einer Hüftgelenksendoprothese sollte auf eine kombinierte Anteversion und -torsion von 20–30° bei Männern sowie 45° bei Frauen und eine Kopf-Hals-Ratio > 2:1 geachtet werden. Dies vermindert die Luxationsereignisse, den Abrieb und die Inzidenz eines Implantatversagens. Ventrale Luxationen ereignen sich in der Regel bei vermehrter Anteversion der Pfannenkomponente oder zu tiefer Implantation. Eine Luxation nach dorsal ist meist durch einen in zu hoher Retro-torsion implantierten Schaft verursacht. Die konservative Therapie einer Luxation empfiehlt er bei einem Erstereignis, ventraler Luxation und korrekter Implantatlage. Bei rezidivierenden, vor allem dorsalen Luxationen und einer Luxationsangst beim Patienten sollte eine Revision vorgenommen werden.

Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking (Ulm) arbeitete in seinem Vortrag das Für und Wider von **konventioneller Hüftgelenksendoprothese und modernem Oberflächenersatz** heraus. Beginnend bei den ersten Versuchen der Hüftchirurgie, als man versuchte durch Überzug von Glaskappen über den Hüftkopf die Knorpelbildung anzuregen, bis hin zu modernen Operationsverfahren zog er aktuellste Untersuchungen für seinen Vortrag heran. Aufgrund fehlender Langzeitergebnisse des Oberflächenersatzes und den sehr gut belegten Langzeitergebnissen konventioneller Implantate, die sich bereits in der zweiten Dekade befinden, gibt er diesem zur Zeit den Vorzug. Er hob jedoch die theoretischen Vorteile des Oberflächenersatzes bei richtiger Indikation hervor.

Komplikationen der OSG-Endoprothetik

Ist die Arthrodesis eine Rückzugsvariante aus einer **infizierten oder gelockerten Spunggelenksendoprothese**? Mit dieser Frage leitete Dr. Matthias Bühler (München) die letzte Sitzung ein. Nach einer kurzen Zusammenfassung der Kontraindikation und Illustration

durch eindrückliche radiologische Befunde zeigte er die Indikationen und das therapeutische Ziel, sowie auch die Nachteile der TTCA und TCA auf. Hierbei wurden die unterschiedlichen Operationsmethoden dargestellt. Im Mittelpunkt stand die retrograde Kompressionsmarknagelung mit einem AA Nail, deren Indikationen, Kontraindikationen und aktuellen Behandlungsergebnisse. Diese bestätigen eine hohe Therapiesicherheit bei gutem Patientenkomfort. Dr. Bühler sieht die Rückfußarthrodesis als Rettungsoperation zum Fußhalt nach septischen und aseptischen Komplikationen und favorisiert die retrograde Kompressionsmarknagelung oder die Verwendung eines Fixateur extern.

Impingement oder Fraktur: Liegt es am Design der verwendeten Implantate oder an der Operationstechnik? Dr. Kai Hillmann aus Bad Oeynhausen erläuterte die Pathomechanismen und ihre Ursachen, die in der Endoprothetik am OSG zu Impingement oder Frakturen führen. Bis zu 20 Prozent der Patienten erleben im Verlauf ein Impingement, bei bis zu fünf Prozent kommt es zu einer Fraktur im Bereich des Sprunggelenkes. Frakturen treten häufig nach dem Überkreuzen von Sägeschnitten bei der Präparation der Tibia auf. Das Impingement ist meist durch eine Varus-/Valgus-Instabilität verursacht, die aus einem intraoperativ unausgewogenem Weichteilbalancing resultiert. Zudem können periartikuläre Ossifikationen oder ein Implantatversagen wie zum Beispiel die Luxation des Inlays zu einem Impingement führen.

Endoprothetik in den USA

Einen Einblick in das US-amerikanische Gesundheitssystem gaben W. N. Capello, M.D., und J. A. D'Antonio, M.D. Die Zukunft der US-amerikanischen Hüftendoprothetik liegt ihrer Meinung nach in der **Keramik-Keramik-Gleitpaarung**: In mehreren gemeinschaftlich durchgeführten, prospektiven, multizentrischen Studien mit mehr als 400 Patienten konnten sie zeigen, dass die Patienten mit Keramik-Keramik-Paarung in Bezug auf Osteolyse und aseptischer

Lockerung den Patienten mit Keramik-Polyethylen-Paarung überlegen waren. Da die Rate der „keramikspezifischen“ Komplikationen (Inlaybruch und „Squeaking“) ebenfalls äußerst gering war – unter einem Prozent –, gehen die Autoren von einer Bedeutungszunahme der Keramik-Keramik-Gleitpaarung in Zukunft aus.

Zukunft der Endoprothetik

Prof. Dr. Tobias Hüfner (Hannover) stellte faszinierende Aspekte der **Computernavigation in der Unfallchirurgie**, etwa zur Verschraubung der Iliosakralgelenke vor. Die Hauptprobleme der Navigation sieht er in ihrer kritiklosen Anwendung und ungeklärten technischen Problemen wie dem Verbiegen des Bohrers bei Einbringen der Schrauben und der Dislokation der Referenzpunkte. Der Stand der Dinge der **minimalinvasiven Endoprothetik** wurde von Priv.-Doz. Dr. Thomas Kalteis (München) dargestellt. Dabei ging er insbesondere auf den ventralen Zugang zum Hüftgelenk nach Watson-Jones und den antero-lateralen Zugang nach Smith-Peterson ein, die im Gegensatz zum anterolateralen Standardzugang die sogenannte „Trochanterglatze“ und die damit einhergehende Gangasymmetrie vermeiden können. Genauso wie beim mini-midvastus-Zugang zum Kniegelenk hält der initiale Vorteil bezüglich Mobilisation und Beweglichkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe jedoch nur bis zur zwölften postoperativen Woche an. Der Themenblock wurde durch die Darstellung **innovativer Knochenersatzstoffe** durch Prof. Dr. Carsten Perka (Berlin) abgerundet. Er ging detailliert auf die Möglichkeiten des operativen Management bei Knochendefekt vom autologen/allogenen Knochenersatz über Zementaugmentation bis hin zu Tantal-Wedges ein.

Qualitätssicherung in der Krankenhausmedizin

Wer ist besser geeignet, DRG-Details der **Abrechnung bei Komplikationen** darzustellen als ein Unternehmensberater für Krankenhäuser? Krankenhausberater André

Fortsetzung auf Seite 4

Sonnentag (Düsseldorf) rechnete vor, dass sich Komplikationen nach endoprothetischer Versorgung auch finanziell nicht lohnen, da die zum Teil höhere Vergütung in ungünstigem Verhältnis zu den höheren Aufwendungen steht.

Das umstrittene Thema der **Konsiliarärzte** wurde vom Rechtsanwalt Norbert Hermann Müller (Bochum) aufgegriffen, der mit ausgezeichnete Rhetorik das rechtliche Vakuum darstellte, in dem sich Konsiliarärzte und die auftraggebenden Krankenhäuser derzeit bewegen.

Das Thema **Qualitätsmanagement** wurde von Experten unterschiedlichen Hintergrunds beleuchtet. Dipl.-Ing. Erich Brand, Leiter Sicherheit und Zuverlässigkeit bei Eurocopter Deutschland (München) stellte das Qualitätsmanagementsystem FRACAS – Failure Reporting, Analysis and Corrective Action System – vor, das bei dem auf hohe Zuverlässigkeit der Produkte angewiesenen Eurocopter-Konzern ausgezeichnete Ergebnisse liefert. Entscheidend für diese guten Resultate sind die Interaktion zwischen allen am Prozess Beteiligten und der ungehinderte Informationsfluss in alle Richtungen. Besonders in diesem Bereich kann eine Anwendung dieses im technischen Bereich entwickelten Systems im medizinischen Bereich zu einer Verbesserung des Qualitätsmanagements beitragen.

Der Leitspruch des Qualitätsmanagement-Unternehmens KTQ – vorgestellt von der Geschäftsführerin und Diplom-Pflegewirtin Gesine Dannenmeier (Berlin) – lautet „plan-do-check-act“: Zunächst wird der Soll-Zustand („plan“) mit dem durch eine Visitation erhobenen Ist-Zustand („do“) verglichen. Dann werden nach Analyse der entsprechenden Kennzahlen („check“) Verbesserungsvorschläge gemacht („act“). Durch die zunehmende Verbreitung dieses Systems in deutschen Krankenhäusern soll eine Verbesserung des Qualitätsmanagements erreicht werden. Ein Beleg, dass sich dieses Konzept in der Klinik durch höhere Sicherheit oder Wirtschaftlichkeit auszahlt lässt sich in der augenblicklichen Datenlage jedoch nicht finden.

Weiterbildungsordnung

Zwei Vorträge befassten sich mit der gleichen Frage jedoch aus unterschiedlichem Blickwinkel: „Ist die neue Weiterbildungsordnung nun ein Schritt in die richtige Richtung, oder nicht?“ Diese Frage blieb nach den Vorträgen von Prof. Dr. Almut Tempka (Berlin) und Priv.-Doz. Dr. Jörg Ohnsorge (Aachen) zunächst offen. Sie referierten zum einen aus Sicht der prüfenden Institution, zum anderen aus Sicht des Auszubildenden über Probleme in der Umsetzung der aktuellen Weiterbildungsordnung. Beiden gemeinsam war in Ihren Ausführungen die Erkenntnis, dass die Umsetzung der Weiterbildungsordnung streng nach den Vorgaben der Ärztekammer nicht immer möglich ist, ebenso wie die offene Frage, wie auf Seiten der Kammer und auf Seiten des Ausbilders damit umgegangen werden soll. Was bedeutet es für den Auszubildenden, wenn seine Intensivzeit nicht in den ersten zwei Jahren absolviert wurde? Kann er dennoch in adäquater Zeit seine Facharztprüfung ablegen? Sollte die Ausbildung in den Kliniken so organisiert werden, dass sie streng nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung durchgeführt wird, so kann eine Abteilung die Arbeitskraft eines abteilungseigenen Assistenzarztes kaum nutzen, da er die meiste Zeit Rotationen in anderen Abteilungen durchlaufen muss. Sollte die Ausbildung sich nicht streng an die Weiterbildungsordnung halten, so müssen die Kammern prüfen, welche Abweichungen sie zu akzeptieren bereit sind. Zwischen beiden Vorgehensweisen liegt ein weites Feld, das Platz für Unsicherheit auf Seiten der Assistenzärzte lässt.

Dr. Sebastian Jung, Dr. Julia Wölflé

Wir bedanken uns bei unseren Partnern für ihre Unterstützung:

AESCULAP®
Aesculap – a B. Braun company.

 **Bayer HealthCare**
Bayer Vital

 **Boehringer Ingelheim**

CeramTec
THE CERAMIC EXPERTS

LINK® 

ORAMED.DJO


www.PETER-BREHM.de
Die Präzision in Titan
für den Menschen

 **RESORBA®**
WUNDVERSORGUNG

 **zimmer**
Confidence in your hands®

AE-Sponsor Aesculap AG setzt auf konsequenten Wissensaustausch mit Anwendern und Partnern

Gelebte Unternehmensphilosophie – Sharing Expertise

Aesculap bietet nicht nur ein breit gefächertes und innovatives Technologieportfolio für die Endoprothetik und alle anderen medizinischen Disziplinen an, sondern setzt sich seit Jahren für die Aus- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal ein.

Der konsequente Wissensaustausch steht exemplarisch für die Firmenphilosophie „Sharing Expertise“ des Melsunger B.Braun-Konzerns, dessen Sparte Aesculap ist. Hierbei geht es vor allem darum, Wissen und Kenntnisse mit kooperierenden Partnern zu teilen, wirksam zu nutzen und konsequent auszubauen. Diese Strategie und Ziele decken sich hervorragend mit dem Leitbild der AE. Nachdem die AE in den letzten Monaten erfolgreich auf eine breitere Basis gestellt wurde, lag es nahe, dass Aesculap die AE als Hauptsponsor unterstützt.

Aesculap ist mit einem Umsatz von über 1 Milliarde Euro weltweit erfolgreich und steht seit über 140 Jahren für Zuverlässigkeit und Qualität. In der Benchmark-Factory in Tuttlingen, einer der modernsten und umweltfreundlichsten Implantate-Fertigungen Europas, sorgen neueste Technologien im Zusammenspiel mit ausgebildeten Fachkräften und hochwertigen Materialien für höchste Qualität und Präzision.

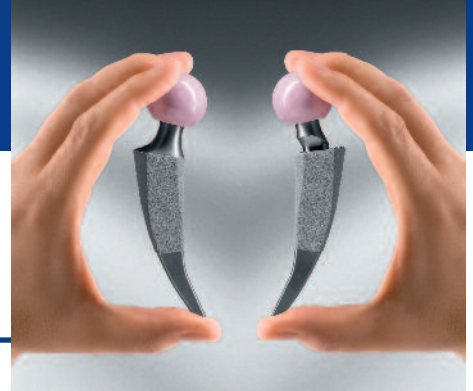
Für Mobilität und Beweglichkeit

Bei den Entwicklungsarbeiten steht der Patientennutzen – und damit die Wiederherstellung von Mobilität und Beweglichkeit – im Mittelpunkt, wie zum Beispiel im Bereich der orthopädischen Navigation. Durch Zusammenführung und Integration

von Instrumenten und Implantaten mit dem marktführenden Navigationssystem OrthoPilot® bietet Aesculap ein umfassendes System zur exakten Implantation bei Hüft- und Knieeingriffen.

Fortschritt für die Orthopädie

Von der minimal-invasiven Arthroskopie bis zur Knierevisionsendoprothetik bietet Aesculap für das Kniegelenk die gesamte Bandbreite an operativen Behandlungsmöglichkeiten an. Im Bereich der Sportorthopädie umfasst es mit dem navigierten Kreuzbandersatz, der navigierten Umstellungsosteotomie und der autologen Chondrozytentransplantation viele, sehr fortschrittliche Verfahren. Bei der Versorgung mit uni- oder bikondylärem Gelenkersatz sind Schmerzfreiheit, die Erhöhung des Bewegungsumfangs und die Schonung wertvoller Knochenstrukturen das oberste Ziel. Durch moderne Implantate für Revisionseingriffe wie zum Beispiel die gekoppelte Enduro Knieendoprothese oder die modularen Columbus®- und e.motion®-Revisionsysteme bietet Aesculap heute auch Lösungen für schwierige Situationen an. Einzigartig ist die Möglichkeit, auch bei Knierevisionseingriffen mit dem OrthoPilot® zu navigieren. Kurzum: Die komplette Produktpalette von Aesculap erlaubt ein stufenweises Vorgehen bei der Versorgung von Patienten mit Kniegelenkverschleiß.



Kurzschaffprothesensystem Metha®



Aesculap bietet eine breite Palette von Lösungen für die Knieendoprothetik

In der Hüftendoprothetik bietet Aesculap als Systemlieferant von der Kurzschaffprothese über verschiedene primäre Hüftsysteme bis hin zu modularen Revisionssystemen innovative Produkte für alle Indikationen an. Speziell das Kurzschaffprothesensystem Metha® setzt neue Standards und steht für die neue Generation von Hüftimplantaten. Ideal für minimal-invasive Operationstechniken und besonders geeignet für junge und aktive Patienten, da besonders knochen- und muskelschonend.

Wissen

Seit vielen Jahren engagiert sich Aesculap für die Fort- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal. So wurde mit der Aesculap Akademie schon frühzeitig ein weltweit anerkanntes Weiterbildungszentrum mit jährlich über 900 praxisorientierten Kursen und Seminaren aufgebaut. Ganz im Sinne der Unternehmensphilosophie „Sharing Expertise“.



Aesculap – a B.Braun Company

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Mehr Informationen unter:

www.aesculap.de
www.orthopilot.de
www.kurzschaff.de

Seit mehr als 60 Jahren liefert AE-Sponsor LINK erstklassige Implantatqualität

Patientensicherheit als oberstes Gebot

„Made in Germany“ – diese Gravur zielt jedes einzelne Prothesenmodell, das die Produktionsstätte der Waldemar Link GmbH & Co. KG in Norderstedt bei Hamburg verlässt. Das Qualitätszeichen ist nicht allein Ausdruck der konsequenten Orientierung des Unternehmens an der Patientensicherheit. Es steht auch für die Leistungsstärke der Ärzteschaft im deutschsprachigen Raum insgesamt. „Die Kooperation mit führenden Orthopäden und Chirurgen ist für uns unverzichtbar. Nur so können wir unserem Ruf als Innovationstreiber gerecht werden und neue, wegweisende Produkte entwickeln. Die Sponsorentätigkeit bei der AE ist daher ein wichtiger Schritt für uns, den Dialog mit der hiesigen Ärzteschaft zu intensivieren und auf diesem Wege die Zukunft der Endoprothetik entscheidend mitzugestalten – auch in kontinuierlicher Zusammenarbeit mit unseren derzeitigen Sponsorenpartnern“, so Link-Geschäftsführer Norbert Ostwald.



Geschäftsführer Norbert Ostwald

Beste Überlebensraten

In ihrer mehr als 60-jährigen Unternehmensgeschichte hat die Firma Link bei der Produktentwicklung von Beginn an auf eine enge Abstimmung mit der Wissenschaft und den entsprechenden Fachärzten gesetzt. Das Ergebnis sind hochwertige Implantate, die von der Primärversorgung über Revisionen bis hin zu komplizierten Sonderanfertigungen den gesamten Bereich der Endoprothetik abdecken. „Mit unseren Produkten stets die beste Qualität abzuliefern, ist oberstes Gebot für uns. Dieses Qualitätsversprechen ist keine Floskel, sondern ein unanfechtbares Markenzeichen, das wir uns hart erarbeitet haben“, sagt Inhaber Helmut D. Link und verweist auf die ausgezeichneten Überlebensraten der Implantate von Link. Bestes Beispiel ist die totale Hüftendoprothese SPII Modell Lubinus, die im schwedischen Hüftregister regelmäßig herausragende Langzeitergebnisse erzielt.

Internationale Kompetenz

Neben der herausragenden Produktqualität ist die internationale Präsenz eine weitere Stärke des Unternehmens. Mit mehr als 86 Vertretungen und Vertriebsfirmen ist Link auf allen Kontinenten der Erde zu Hause – und das mit großem Erfolg. In China zum Beispiel – dem weltweit wichtigsten Wachstumsmarkt auch in der Endoprothetik – ist das Unternehmen zum Marktführer aufgestiegen. Von der intensiven Vernetzung auf internationaler Ebene profitiert auch die hiesige Ärzteschaft. So initiiert Link Jahr für Jahr eine Vielzahl interessanter Projekte, bei denen sich insbesondere die jüngere Medizinergeneration weltweit profilieren und wichtige Erfahrungen sammeln kann. Im deutschsprachigen Raum gehören die Trainingsveranstaltungen und wissenschaftlichen Symposien des Unternehmens ebenfalls zu den Pflichtterminen zahlreicher führender Mediziner und Nachwuchsärzte. Norbert Ost-



Hüftendoprothese SPII Modell Lubinus

wald: „Dieses Angebot können wir im Rahmen unseres Engagements bei der AE weiter ausbauen. Das freut uns außerordentlich, schließlich sind die Patienten darauf angewiesen, dass die Ärzte in jeder Hinsicht mit unseren Produkten vertraut sind.“

Die Waldemar Link GmbH und Co. KG steht als deutsches Familienunternehmen seit mehr als 60 Jahren für erstklassige Produkte. Derzeit arbeiten im Norderstedter Werk des Unternehmens rund 400 Mitarbeiter an wegweisenden Implantaten für den gesamten Bereich der Endoprothetik. Weitere 100 Mitarbeiter sind in der Firmenzentrale in Hamburg-Hummelsbüttel beschäftigt. Mit seinen hochwertigen Prothesenmodellen bietet der europäische Technologieführer höchste Versorgungssicherheit und kontinuierlichen Fortschritt in der Endoprothetik für alle wichtigen Märkte der Welt.

www.linkhh.de



Werksgelände in Norderstedt bei Hamburg

LINK®

Implantatkombination vor Gericht

Mix-and-Match bei Hart-Weich-Paarungen

Von Prof. Dr. Christoph Hubertus Lohmann

Bei einem zum Operationszeitpunkt 75-jährigen Patienten mit einer Coxarthrose wurde in einer großen Orthopädischen Spezialklinik für Gelenkersatzoperationen die Indikation zur Implantation einer Hüfttotalendoprothese gestellt. Die Operation erfolgte ohne jegliche Besonderheiten und Komplikationen. Der postoperative wie auch der Rehabilitationsverlauf werden von den Behandlern wie auch dem Patienten als erfolgreich und positiv beurteilt. Fünf Monate später stellte sich der Patient wegen Schmerzen im dorsalen und lateralen Oberschenkel auf der operierten Seite vor. Bei unauffälligen klinischen und radiologischen Befunden der Hüft-TEP wurde die Symptomatik auf einen Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 bei einer Osteochondrose ebenda zurückgeführt und erfolgreich operativ behandelt. Etwa ein Jahr nach dieser Wirbelsäulenoperation wurden bei erneuten Beschwerden im Oberschenkel ein postoperatives Narbengewebe und degenerative, multisegmentale Veränderungen diagnostiziert, die auch durch einen neurologischen Befundkorrelat bestätigt wurden. Im Rahmen einer sorgfältig durchgeführten „Stufendiagnostik“ (Bildgebung, Injektionen von Hüftgelenk und Wirbelsäule etc.) wurde die Symptomatik nicht nur von der operierenden Klinik, sondern auch von anderen konsultierten Orthopäden auf die vertebro-genen Schädigungen zurückgeführt.

Bei dem Patienten wurden bei der Hüftoperation folgende Implantate verwendet: Pfanne Allofit, Durasul-Inlay (Centerpulse GmbH), Schaft: SP-II, zementiert, und BIO-LOX® forte-Kopf (W. Link GmbH & Co KG).

Der Patient verklagte die operierende Klinik auf einen Behandlungsfehler. Es sei behandlungsfehlerhaft gewesen, dass bei der Hüft-TEP Implantate verschiedener Hersteller miteinander kombiniert worden seien. Durch diese fehlerhafte Kombination habe er nach der Operation ständig unter Schmerzen gelitten.

Die Klage wurde abgewiesen, weil dem Beklagten kein Behandlungsfehler im Zusammenhang mit der Implantation der künstlichen Hüfte nachzuweisen war. Das Gericht folgte in seinem Urteil den Ausführungen des Sachverständigen. Im Ergebnis bleibt dahingestellt, ob mit der Kombination von Implantatteilen unterschiedlicher Hersteller ein Verstoß gegen das Medizinproduktegesetz vorliegt, weil die Beschwerden des Klägers nicht im Zusammenhang mit der Hüftoperation stehen. Ein vorgelegtes biomechanisches Gutachten aus einem Rechtsstreit über eine Operation, bei der ein Bruch des Keramikkopfes eingetreten war, ist auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar, weil die Beschwerden des Patienten nicht auf der implantierten Hüftendoprothese beruhen und zudem eine korrekte Kombination von Kugelpfanne und Schaftkonus vorliegt.

Hervorzuheben ist bei der Urteilsfindung die sorgfältige Dokumentation, wodurch die beklagte Klinik die Indikationsstellung zur Hüftendoprothese, die durchgeführte Operation, die weitere Behandlung und auch die Differentialdiagnostik der vertebro-genen Beschwerden transparent gemacht hat.

Einen Anhaltspunkt für einen Behandlungsfehler sehen der Sachverständige und das Gericht auch nicht darin, dass die beklagte Klinik Prothesenteile unterschiedlicher Hersteller im Rahmen einer Hart-Weich-Gleitpaarung kombiniert hat. Unstrittig ist, dass Inkompatibilitäten bei Hart-Hart-Gleitpaarungen, zum Beispiel bei Keramik-Keramik- oder Metall-Metall-Paarungen, durch die Verwendung von Komponenten unterschiedlicher Hersteller entstehen können. Im vorliegenden Fall sind der Pfannenträger und das Inlay vom selben Hersteller, und der Prothesenschaft wurde mit einem vom Keramikkopf-Hersteller freigegebenen Konus kombiniert. Die Bewegung einer harten Keramik- oder Metallkugel in einem der Norm entsprechenden



Prof. Dr. Christoph Hubertus Lohmann

Polyethyleninlay führt nicht zu mechanischen Problemen. Mögliche mechanische Probleme durch die Kombination von Implantaten unterschiedlicher Hersteller im Rahmen der Hart-Weich-Gleitpaarungen sind in der Literatur nicht beschrieben und in der täglichen Praxis nicht bekannt. In vielen deutschen Kliniken und gerade auch an endoprothetischen Zentren ist es mit Erfolg üblich, im Rahmen der Hart-Weich-Gleitpaarung Implantate unterschiedlicher Hersteller zu kombinieren.

In den Produktinformationen der Hersteller wird in der Regel darauf hingewiesen, dass keine Haftung für die Kombination von Implantatteilen unterschiedlicher Hersteller übernommen werde. Das Gericht folgte auch hier der Meinung des Sachverständigen, dass in bestimmten Fällen (zum Beispiel bei Keramik-Kugelpfanne und Schaft) dieser Ausschluss berechtigt ist, aber in anderen Fällen – wie auch im vorliegenden – letztendlich der Operateur entscheiden muss, ob ein Ausschlussgrund vorliegt.

Zusammenfassend war nicht festzustellen, ob die Kombination der verwendeten Implantate unterschiedlicher Hersteller durch die beklagte Klinik falsch gewesen ist oder gar eine andere Kombination für den Patienten besser gewesen wäre.

Bestandsaufnahme Hüfte

Fortsetzung des Berichts vom 10. AE-Kongress

Pfannenrevision

Prof. Dr. Carsten Perka (Berlin) sprach über die Entscheidung zwischen **Azetabulumaufbau oder Revisionspfanne**. Der Einsatz von Knochenspänen führt oft zu mechanischen Defiziten, der Knochen versagt in der Hauptbelastungszone. Auch die Stützringe haben sich vor allem bei großen cranialen Defekten nicht wirklich bewährt. Ein guter Ansatz sei die Verwendung von Implantaten und Wedges aus porösem Tantal, die in seiner Klinik bereits in der Mehrzahl der Fälle eingesetzt werden. Bei Defekten ab Paprosky 3a kann man sie in Verbindung mit einem Stützring einsetzen. Das Metall soll „dorthin, wo die größte Krafteinleitung erfolgt“. Allo- und Autografts setzt er zum Verfüllen der Defekte nach der „mechanischen“ Rekonstruktion ein.

Optimierungspotenzial beim Pfannenwechsel ergibt sich für Prof. Dr. Dieter C. Wirtz (Bonn) schon aus den Defiziten der verfügbaren Systeme. Für ovale und Jumbopfannen reicht der benötigte Knochenkontakt höchstens bis zur Defektklasse Paprosky 2a/3a; ab 3b erreichen auch die Tantalimplantate ohne Osteosynthese keine stabile Überbrückung. Kleinere Stützschalen brauchen einen intakten cranialen Erker, ab Paprosky 3b reichen auch größere Stützschalen nicht. Für Defekte ab Klasse 3b, so sein Fazit, gebe es kein durchgängig bewährtes System für jede Situation. Er empfahl ein defektadaptiertes, zementfreies Vorgehen. Eine Möglichkeit dafür bietet ein neues System mit polyaxialen, winkelstabilen Schrauben, bei dem das Inlay unzementiert in einem schwenkbaren Inlayring untergebracht ist.

Dr. Otmar Hersche (Zürich) ist überzeugt, dass **Impingement und Prothesenluxation** die häufigste Ursache für frühe Revisionen und auch für viele Keramikbrüche verantwortlich sind. Als mögliche Gründe für das dorsale Implantat-Implantat-Impingement benannte er den dorsalen Zugang, die falsche Implantatpositionierung, die falsche Implantatwahl mit zu kleinem Offset sowie

die ungenügende Bandspannung. Die ventrale Luxation folgt ebenfalls auf die falsche Implantatpositionierung mit einer zu tiefen oder zu stark antevertierten Pfanne sowie zu stark antevertierten Schäften oder der falschen Implantatwahl. Als Indikationen für eine operative Behandlung nannte er die Luxationsangst der Patienten, die rezidivierende Luxation, klar erkennbare Fehler in der Implantatpositionierung, fehlende Compliance und die dorsale Luxation. Die ventrale Luxation könne eher konservativ behandelt werden.

Liegt die Pfannenposition außerhalb der sicheren Zone nach Lewinnek, betrage die Luxationsrate immerhin 6 Prozent, betonte Dr. Thomas Mattes (Ulm). Das lässt sich mit der **Navigation an der Hüftpfanne** weitgehend vermeiden, wie er am Beispiel der Anteversion anhand einer Studie mit mehreren Chirurgen ausführte. Bei der Freihandimplantation betrug die Abweichung von der gewünschten Positionierung durchschnittlich 10 Grad (maximal 35°), bei der navigierten nur noch 1,5° (maximal 8°). Sein Fazit: Die Navigation bringt reproduzierbare Ergebnisse, reduziert die Zahl der Ausreißer und verkürzt die Lernkurve. Sie hat zumindest das Potenzial, durch die Vermeidung von Komplikationen die Kosten zu senken, auch wenn noch keine Langzeitergebnisse vorliegen, um ihren klinischen Beitrag exakt zu benennen.

Schaftrevision

Prof. Dr. Bernd Fink (Markgröningen) plädierte dafür, bei schwierigeren Ausgangssituationen unzementierte **modulare Revisionschäfte** einzusetzen. Sie verbinden die distale Verankerung mit einer proximalen Längeneinstellung. Nach Möglichkeit sollten nicht mehr als zwei Komponenten verwendet und intraoperativ montiert werden. Besonders wichtig sei es, sich mit dem Schaft ausführlich zu beschäftigen, da die erhältlichen Systeme sehr unterschiedlich konzipiert seien, unter anderem im Hinblick auf ihre Konizität, Krümmung und die nötige

Bettpräparation. Distale Verriegelungsschrauben seien nur bei einer Fixationsstrecke unter 3 Zentimetern nötig.

In den meisten Fällen reiche aber ein Monoblock-Schaft für die **Revision bei zementfreien Schäften**, befand Prof. Dr. Rainer Neugebauer (Regensburg). Bei sorgfältiger Planung und Vorbereitung könne häufig sogar ein Primärschaft verwendet werden. Voraussetzung seien ein durchblutetes Knochenlager mit mindestens 4 Zentimeter konischer Verankerung und ein gutes Einschneiden der Schafttrippen. Bei älteren Patienten kann man „etwas mehr Metall“ verwenden, bei jüngeren sollte der Wiederaufbau des Knochens Priorität haben. Auf Dauer, so sein Fazit, sei die Biologie „das, was hält“.

Laut Dr. Götz von Foerster (Hamburg) ist der wichtigste Aspekt der **Revision bei zementierten Schäften**, dass die Patienten rechtzeitig kommen. Für die Revision mit Zement spricht seiner Ansicht nach die schnellere Belastbarkeit, vor allem bei alten Patienten, sowie die Infektion, auf die man mit antibiotikahaltigem Zement reagieren kann. Die Regeln der modernen Zementiertechnik müssen in der Revision besonders akribisch beachtet werden. Bei Bedarf muss der Operateur die Knochenoberfläche anrauen, um auch in einem glatten Schaft eine Zement-Knochen-Verbindung zu erreichen. Bei großen Zementmänteln ist der geduldige Aufbau mit Pressurizing entscheidend für den Erfolg. Bei festen Teilen des alten Zementmantels ist das Zement-in-Zement-Verfahren eine Option.

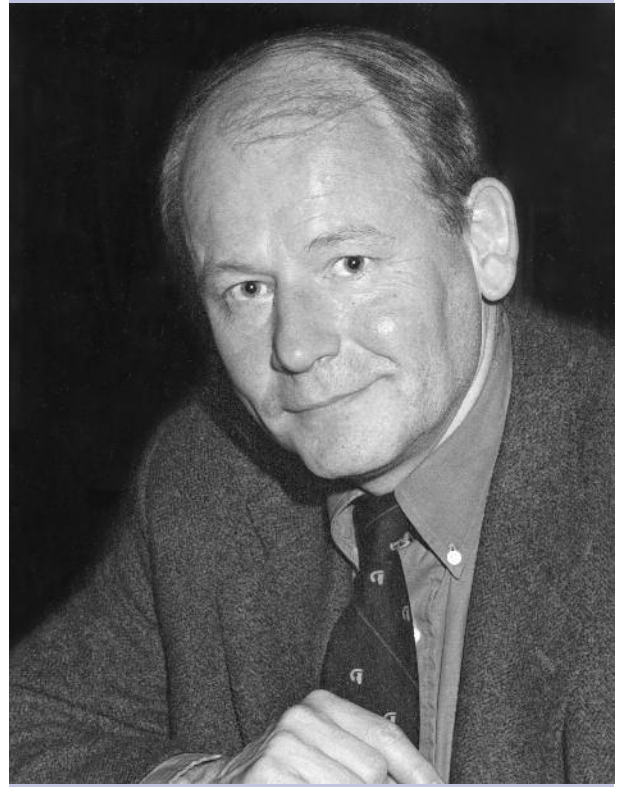
Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Schwarzenbruck) wies darauf hin, dass mit der Größe der Implantate auch die Häufigkeit von Infektionen zunehme. Beim **infizierten Langschaft** werden für die Versorgung verschiedene Implantatoptionen, bis hin zur Tumorphthese, gebraucht. Das in Schwarzenbruck angewendete Verfahren bei multiresistenten Keimen ist mehrzeitig und beinhaltet Debridement, Synovektomie, Lavage, lokale Anti-

biose und Stabilisierung. Besonders wichtig sei es, auf die Weichteile und eventuell auf ipsilaterale Knieendoprothesen zu achten, die ebenfalls infiziert sein könnten. Für die Überbrückung von Defekten empfahl er eine Strecke von mindestens 6 Zentimetern. Die Rezidivrate beträgt 19 Prozent; der MRSE-Keim sollte nicht unterschätzt werden.

Beim **antibiotikahaltigen Knochenzement** komme es weniger auf den Wirkstoffanteil im Zement an, als vielmehr auf die Freisetzungsrate, die sowohl von der Art des Zements als auch von Typ des Antibiotikums abhängt, führte Dr. Peter Seidel (Wehrheim) aus. Während Gentamicin 73 Prozent und Clindamicin 79 Prozent der relevanten Keime bekämpfen, erreicht eine Mischung aus beiden eine Rate von über 90 Prozent. Dr. Seidel empfahl, neben der lokalen auch eine systemische Antibiotikatherapie einzusetzen. Beim Zumischen weiterer Antibiotika sollten keine Lösungen, sondern nur Pulver verwendet werden, da sonst keine Polymerisation stattfindet.

Die **Revision bei Keramikbrüchen** stellt eine besondere Herausforderung dar. Prof. Dr. Heiko Reichel (Ulm) zeigte, dass dieser seltene Vorfall vor allem bei Pfanneneinsätzen mit Sandwich-Varianten und sehr dünnen Keramikwänden vorkomme. Die Implantatpositionierung spiele hier ebenfalls eine entscheidende Rolle, häufig sei die Subluxation ein Auslöser für den Inlaybruch. Schaftkonus und Pfanneninnenkonus müssen beim Montieren der Keramikkomponenten vollkommen sauber und trocken sein, sonst steigt die Frakturrate. Nach einem Keramikbruch ist der Einsatz von Metall und PE in der Gleitpaarung ausgeschlossen. Die Keramik/Keramik-Gleitpaarung ist die einzige, die dem unvermeidlichen Dreikörperverschleiß widersteht.

Prof. Dr. Jochen Löhr †



„Zu früh ist am 4. Juni 2009 Professor Doktor Jochen Löhr von uns gegangen. Er war ein Herr, er war ganz erfaßt von der Orthopädie und er hat der Orthopädie als Arzt, als Forscher und akademischer Lehrer mit großem Engagement seine Kraft gegeben.

Für sehr viele Menschen, die ihn so in Deutschland, in Europa und der weiteren Welt kennen, wird sein Weggehen eine Bestürzung und große Trauer gebracht haben und so wird er in der dankbaren Erinnerung vieler stehen.

Unser ganzes Mitgefühl gilt seiner Frau Ingeborg und den Kindern Elisabeth, Nikolaus und Philipp. Diejenigen, die Jochen Löhr kannten und die ihn mit seiner Familie insbesondere Inge kannten, leiden mit ihnen. Viele, sehr viele umgeben in Trauer seine Familie.“

(Auszug aus dem Nachruf
von Prof. Dr. Wolfhart Puhl)

Forschung und Entwicklung bei Bayer

Innovative Medikamente in der Pipeline

Bayer ist ein weltweit tätiges Unternehmen mit Kernkompetenzen auf den Gebieten Gesundheit, Ernährung und Hochwertige Materialien, die in den drei weitgehend eigenständig operierenden Teilkonzernen Healthcare, Crop Science und Material Science organisiert sind. Der Bayer-Konzern beschäftigt weltweit über 106.000 Mitarbeiter, von denen 56.200 in Europa und über 39.000 in Deutschland tätig sind.

Der Teilkonzern Bayer Healthcare unterteilt sich in vier Divisionen: Bayer Schering Pharma mit Sitz in Berlin entwickelt und vertreibt verschreibungspflichtige Arzneimittel; die Division Consumer Care konzentriert sich auf verschreibungsfreie Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel; der Bereich Diabetes Care ist ein weltweit anerkannter Spezialist für Blutzucker-Messgeräte; die Division Animal Health entwickelt und vermarktet Tierarzneimittel und -pflegeprodukte.

Der größte Teilkonzern Bayer Healthcare beschäftigt über 50.000 Mitarbeiter und investiert über 1,7 Milliarden Euro in Forschung und Entwicklung, wovon der größte Anteil auf den Bereich Pharma entfällt. Die Division Bayer Schering Pharma ist schwerpunktmäßig in den Gebieten Onkologie, Kardiologie, Women's Healthcare und Diagnostische Bildgebung tätig. Aktuelle Beispiele zur Pharmaforschung sind: Xarelto®/Rivaroxaban: ein Wirkstoff zur Prävention und Therapie thromboembolischer Erkrankungen; Nexavar®: ein Anti-Tumormittel zur Bekämpfung des Tumorwachstums durch die Kombination zweier spezieller Mechanismen.

Weltweit steigen die Kosten für Forschung und Entwicklung seit Jahrzehnten beständig an und liegen derzeit, eingerechnet der abgebrochenen Projekte, bei etwa einer Milliarde Euro pro Arzneimittel, wobei Entwicklungszeiten von acht bis zwölf Jahren kalkuliert werden müssen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Entwicklungskandidat zur Marktreife gelangt, liegt in der klinischen Phase I bei rund 10 Prozent, im Stadium der großen Zulassungsstudien, abhängig vom Indikationsgebiet, zwischen 35 Prozent und etwa 80 Prozent. Diese Kosten für die Arzneimittelentwicklung können nur noch große, international agierende pharmazeutische

Unternehmen aufbringen. Trotz enormer Anstrengungen in neuen Technologien, wie zum Beispiel das sogenannte High Throughput Screening oder die kombinatorische Chemie, stagniert die Entwicklung neuer Wirkstoffe weltweit. So werden in Deutschland im Schnitt etwa 30 neue Wirkstoffe pro Jahr eingeführt.

Eines der wichtigsten Projekte aus der Bayer-Forschung ist das Thrombose-Medikament Xarelto®. Ergebnisse aus klinischen Studien der Phase III unterstreichen, dass Xarelto® venösen Thromboembolien bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen signifikant wirksamer vorbeugt als die Standardtherapie (Enoxaparin). Xarelto® wird einmal täglich oral verabreicht und zeigte sich in vier großen Studien hinsichtlich seiner Wirksamkeit gegenüber Enoxaparin durchgehend überlegen. Die Häufigkeit von Blutungen war dabei vergleichbar niedrig.

Xarelto® stellt einen innovativen Ansatz in der Thromboseprophylaxe dar: Es ist das erste zugelassene Medikament aus der Klasse oraler, direkter Faktor-Xa-Inhibitoren, die die Blutgerinnung zielgerichtet hemmen. Für die erste zugelassene Indikation – die Prophylaxe von venösen Thromboembolien bei erwachsenen Patienten nach geplanten Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen – hat Xarelto® gegenüber der bislang gängigen Standardtherapie in klinischen Studien eine deutlich überlegene Wirksamkeit bei der Vermeidung gefährlicher Blutgerinnsel in den Venen gezeigt – und dies bei vergleichbarem Sicherheitsprofil. So konnte der neue Wirkstoff hier das Thromboserisiko gegenüber der Standardtherapie mit Enoxaparin (niedermolekulares Heparin, subkutan verabreicht) um mehr als 50 Prozent



Dr. Franz-Josef Wingen, Leiter der Medizin bei der Bayer Vital GmbH und Bayer Schering Pharma



Bayer HealthCare
Bayer Vital

senken. Deshalb könnte Xarelto® die klinische Praxis verändern und die Prophylaxe gefährlicher Thrombosen revolutionieren. Rivaroxaban wurde in den Bayer-Laboratorien in Wuppertal erfunden und wird gemeinsam von Bayer HealthCare und Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development, L.L.C. entwickelt. Rivaroxaban ist unter dem Markennamen Xarelto® in der Europäischen Union zur Prophylaxe von venösen Thromboembolien bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen zugelassen. Weitere Zulassungen für Xarelto® wurden in einer Vielzahl anderer Länder erteilt, darunter Australien, China, Kanada, Mexiko und Singapur. Derzeit wird Xarelto® in mehr als 40 Ländern weltweit vermarktet.

Aufgrund des umfangreichen klinischen Studienprogramms ist Rivaroxaban der zurzeit am intensivsten untersuchte orale, direkte Faktor-Xa-Inhibitor weltweit. Mehr als 65.000 Patienten sollen an dem klinischen Entwicklungsprogramm für Rivaroxaban teilnehmen, in dem das Potenzial dieses Präparats in der Prävention und Therapie eines breiten Spektrums akuter und chronischer thromboembolischer Erkrankungen untersucht werden soll. Dazu gehören unter anderem die VTE-Therapie, die Schlaganfallprävention bei Patienten mit Vorhofflimmern, die Sekundärprävention des akuten Koronarsyndroms und die Vorbeugung von VTE bei stationär behandelten Patienten mit internistischen Erkrankungen.

Mehr zum Thema Thrombose erfahren Sie unter:

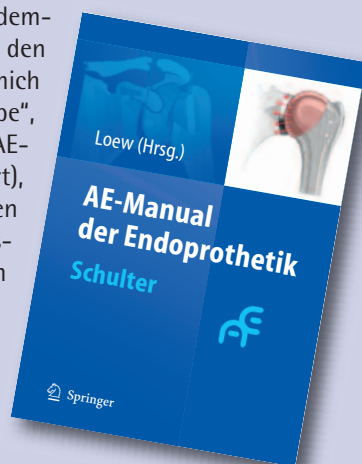
www.xarelto.de

Kommunikationskodex erfolgreich

Vor rund drei Jahren hat die AE mit ihrem Kommunikationskodex für den Umgang von Ärzten mit Presseorganen einen Orientierungsrahmen definiert. Das Ziel war, eine sachliche und korrekte Berichterstattung zu fördern und den Mitgliedern der AE in diesem Sinne klare Anhaltspunkte zu geben. Prof. Lutz Jani hat den Wortlaut des Kodex ausgearbeitet und anschließend die Auswertung der Berichterstattung übernommen, bei der Mitglieder der AE involviert waren. Für diese aufwendige und engagierte Arbeit gebührt ihm großer Dank. Schon in der ersten Auswertung nach Veröffentlichung des Kodex kam er zu dem Schluss, dass der überwiegende Teil der Berichte die – meist um die Endoprothetik kreisenden – Sachverhalte seriös und angemessen darstellte. Seitdem hat sich die Qualität der Berichterstattung, soweit AE-Mitglieder involviert sind, noch weiter verbessert. Der Vorstand hält eine systematische Beobachtung der Presseberichte daher nicht länger für nötig. Der Kommunikationskodex behält natürlich dennoch weiter seine Gültigkeit. Er ist unter dem Menüpunkt „News“ auf der AE-Website nachzulesen.

AE-Manual: Erster Band zum DKOU

Der erste Band des AE-Manuals ist fertiggestellt. Das Buch zur Endoprothetik der Schulter, als dessen Editor Prof. Dr. Markus Loew (Heidelberg) fungierte, wird vom Springer Verlag zum kommenden Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie veröffentlicht. Die Arbeit an den anderen Bänden ist inzwischen ebenfalls weit vorangeschritten. Das Material für die Bände über die Hüfte, das Knie und das Sprunggelenk ist fast vollständig und kann demnächst zur weiteren Bearbeitung an den Verlag übergeben werden. „Ich freue mich sehr über das Erreichen dieser Etappe“, sagt der Leiter des Gesamtprojekts AE-Manual, Prof. Dr. Ulrich Holz (Stuttgart), „auch wenn wir unseren ursprünglichen Plan, die Bände gleichzeitig fertigzustellen, nicht erreicht haben. Sie werden jetzt schrittweise veröffentlicht, zum größten Teil hoffentlich schon in der ersten Hälfte des nächsten Jahres.“



AE spendet Fußballtisch

Für die Workshops bei den Kursen „Hüfte“ und „Knie“ stellt die Volksschule Ofterschwang der AE zwei Mal im Jahr ihre Räumlichkeiten zur Verfügung. Als Dankeschön dafür spendet die AE im Gegenzug einen Geldbetrag zur Anschaffung von Spielgeräten oder ähnlichem an die Schule. Von diesem Geld hat die Einrichtung nun einen Fußballtisch für die Mittagsbetreuung gekauft. Zu dessen Einweihung kamen einige Vertreter der AE und der Schule in Ofterschwang zusammen.

Das Foto zeigt von links: Schulleiter Gerd Jonetz, Andreas Ächter vom Vorstand des Fördervereins Schüler-Kindergarten, (im Vordergrund) Siglinde Rötzer von der Mittagsbetreuung, Sibel Bichler, ebenfalls vom Förderverein, Prof. Dr. Wolfhart Puhl (Oberstdorf), Prof. Dr. Rainer Neugebauer (Regensburg), Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Schwarzenbruck), Bettina Oberberger, AE-Kongressorganisation, Prof. Dr. Florian Gebhard (Ulm) und Schüler der Volksschule Ofterschwang.



Ausschreibung AE-Preis 2009

Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird als Auszeichnung für eine innovative wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Endoprothetik verliehen.

Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden, Unfallchirurgen und alle Mitglieder der AE und der AE-ComGen. Eingereicht werden können Arbeiten, die in einer Peer-reviewed-Fachzeitschrift publiziert oder zur Publikation angenommen worden sind. Die Publikation darf nicht älter als ein Jahr sein und nicht gleichzeitig für einen anderen Preis eingereicht oder bereits anderweitig ausgezeichnet worden sein. Die Arbeiten müssen in deutscher oder englischer Sprache, in sechsfacher Ausfertigung bis zum 10. Oktober 2009 bei der Geschäftsstelle der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik, Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg, eingegangen sein. Sie werden von einer unabhängigen Jury bewertet. Der Preisträger soll auf dem 11. AE-Kongress in Mainz am 4./5. Dezember 2009 in einem Referat einen Überblick über die Arbeit geben.

AE-Reisestipendien

Auch dieses Jahr werden zwei Reisestipendien für die Current Concepts in Orlando (9. bis 12. Dezember 2009) an die Zweit- und Drittplazierten unter den Bewerbern für den AE-Preis vergeben. Voraussetzung ist die Genehmigung des Arbeitgebers für die Reise. Erwartet wird das Verfassen eines umfassenden Kongressberichts zur Veröffentlichung auf der Website der AE.

Die genauen Teilnahmebedingungen:
www.ae-germany.com → AE-Preis/
AE-Reisestipendium

Wechsel von der ComGen in die AE

Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Liener Vinzenz-von-Paul-Kliniken gGmbH,
Marienhospital Stuttgart, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

Neuaufnahmen in die ComGen am 25.06.2009



Priv.-Doz. Dr. med. Philipp Drees
Klinik und Poliklinik für
Orthopädie und Ortho-
pädische Chirurgie
Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz



Priv.-Doz. Dr. med. Philip Kasten
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus
der TU Dresden
Klinik und Poliklinik
für Orthopädie



Priv.-Doz. Dr. med. Georg Matziolis
Centrum für Muskuloske-
letale Chirurgie, Ortho-
pädische Klinik, Charité
Universitätsmedizin,
Campus Mitte, Berlin



Priv.-Doz. Dr. med. Markus Rickert
Orthopädische
Universitätsklinik
Heidelberg
Abt. Orthopädie I



Dr. med. Ernst Sendtner
Orthopädische
Klinik der Universität
Regensburg
ASKLEPIOS Klinik
Bad Abbach



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ralf Skripitz
Universitätsklinikum
Rostock
Orthopädische Klinik
und Poliklinik



Dr. med. Ralph Wetzel
Klinikum für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Klinikum Mittelbaden
gGmbH



Dr. med. Alexander Zeh
Martin-Luther-Univer-
sität Halle-Wittenberg
Universitätsklinik und
Poliklinik für Orthopädie
und Physik. Medizin

AE-Kurs Damp



Die wissenschaftlichen Leiter des AE-Masterkurses
Hüftrevision in Damp waren Dr. Steffen Oehme
und Priv.-Doz. Dr. Andreas Halder (Sommerfeld).

AE-Kurs Düsseldorf



Die wissenschaftlichen Leiter des AE-Masterkurses
Knie in Düsseldorf waren Dr. Alois Franz (Siegen),
Dr. Fritjof Süssenbach (Düsseldorf) und Priv.-Doz.
Dr. Reinhard Steffen (Düsseldorf-Kaiserwerth).

AE gratuliert

70 Jahre

03.05. Prof. Dr. med. Gerd Biehl

65 Jahre

10.05. Prof. Dr. med. Günther Aldinger
10.05. Prof. Dr. med. Arnim Braun
07.06. Prof. Dr. Dr. med. Wolfgang Plitz
02.07. Prof. Dr. med. Lothar Kinzl
13.08. Prof. Dr. med. Wolfgang Pförringer

60 Jahre

06.07. Prof. Dr. sc. techn. Erich Schneider
03.08. Dr. med. Eric Knoth
06.09. Prof. Dr. med. Joachim Hassenpflug

50 Jahre

05.05. Prof. Dr. med. Markus Kuster
13.05. Prof. Dr. med. Rolf Haaker
18.06. Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther
20.06. Dr. med. Karl Friedemann Hopf
05.07. Prof. Dr. med. Akhil Verheyden
17.07. Dr. med. Bernhard Egen
22.07. Prof. Dr. med. Michael Raschke
31.07. Prof. Dr. med. Ingo Marzi

40 Jahre

19.06. Priv.-Doz. Dr. med. Clayton Kraft
30.08. Dr. med. Jens Rossek

AE-Terminübersicht 2009

25.-26. September
AE-Kurs für Handchirurgie, Oberstdorf

01.-03. Oktober
AE-Dreiländerkurs Hüfte und Hüftrevision
CH-Luzern

11.-14. November
AE-Kurs und Masterkurs Knie, Ofterschwang

04.-05. Dezember
11. AE-Kongress, Magdeburg
„Kleine Gelenke“ – Sprunggelenk-,
Ellenbogen- und Schulterendoprothetik

Impressum

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Verantwortlich: Prof. Dr. Volker Ewerbeck
Koordination: Andrea Trautwein, AE-Geschäftsstelle,
0761/45 64 76 66, a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion: Zsolt Pekker,
07634/55 19 46, pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion: LoopKomm Infomarketing
GmbH, 0761/488 27 91, mail@loopkomm.de