

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



Ein ehemaliger Präsident der USA sagte einmal „Mächtige Kräfte erschüttern und gestalten sie um, unsere Welt – die brennende Frage unserer Zeit lautet, ob wir den Wandel zu unserem Freund statt zu unserem Feind machen können“. Diese Frage gilt nicht nur für die globalen Bereiche von Politik, Umwelt und wirtschaftlicher Entwicklung, wo derzeit auf grundverschiedene Weise mit Veränderungsbedarf umgegangen wird. Sie gilt auch für den Lebensbereich, in dem wir unserer täglichen Arbeit als Spezialisten für Endoprothetik nachgehen: veränderte Erwartungen unserer Patienten, Nachwuchsprobleme in vielen Bereichen, ethisch bedenkliche Zuweisungspraktiken und nicht zuletzt ein zunehmend kritischer Blick der Öffentlichkeit, der in Medienberichten über angebliche Sicherheitsmängel und Risiken seinen Ausdruck findet.

Wir stellen uns in der AE diesen Entwicklungen und versuchen, Lösungsansätze zu finden. Mit der Ernennung unserer Vereinigung als Sektion der DGOU übernehmen wir auch formell in der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie die Verantwortung, uns mit wichtigen Fragen der Endoprothetik zu befassen und damit einen zentralen Beitrag zur Gestaltung der künftigen Entwicklung zu leisten.

Dies gilt zunächst und vor allem in unserem Kernbereich der Fort- und Weiterbildung, wo wir unser bereits sehr anspruchsvolles Ver-

Knieendoprothetik – Realität und Limit

12. AE-Kongress in Regensburg, 3. bis 4. Dezember 2010

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Rainer Neugebauer (Regensburg) und Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Chemnitz) fand am 3. und 4. Dezember 2010 der 12. AE-Kongress mit dem Thema „Knieendoprothetik – Realität und Limit“ in historischen Regensburg statt. Der Kongress verlief in sehr entspannter Atmosphäre. Die Stadt selbst zeigte sich nach den ausgedehnten Schneefällen der Tage zuvor in einem märchenhaften Ambiente, wobei der Hörsaal an beiden Tagen Kongresstagen trotz der Wetterunbilden mehr als vollbesetzt war.

Angesichts der immer noch ansteigenden Implantationszahlen von primären Kniegelenk-Totalendoprothesen (KTEP) sind die von Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (Dresden) in seinem Referat eindrücklich zur „KTEP Epidemiologie: Ergebnisse in der Literatur – Wie viele sind wirklich zufrieden?“ ernüchternd. Im Vorfeld eines etwaigen geplanten Eingriffes sind ausführliche Gespräche mit den Patienten unumgänglich, um deren Erwartungshaltung abschätzen und gegebenenfalls relativieren zu können.

Die wissenschaftlichen Leiter des Kongresses waren Prof. Dr. Rainer Neugebauer (Regensburg, rechts) und Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Chemnitz).



Die Knieendoprothese – Form und Funktion

In der ersten Sitzung gab zunächst Prof. Dr. Peter Angele (Regensburg) in einem umfassenden Vortrag einen Überblick zu den einzelnen Indikationen und Ergebnissen der möglichen kniegelenksnahen Umstellungsosteotomien. Im Anschluss daran stellte Dr. Christian Kaddick (Thansau / Rosenheim) die aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur Prüfung von Endoprothesen vor. Die Ausführungen von Prof. Dr. Georg Duda (Berlin) zum Thema „Belastung und Biomechanik der KTEP“ vermittelten dem Auditorium eindrücklich die biomechanischen Grundlagen und Hintergründe. Prof. Dr. Michael Morlock (Hamburg) hob in seinem Vortrag „Was muss eine KTEP aushalten? Wo beginnt die Lockerung?“ die besonderen klinischen Belastungsmuster für Implantate hervor. Im abschließenden Referat berichtete Priv.-Doz. Dr. Andreas Halder (Sommerfeld) über die Erfahrungen mit der Gender-Knie-TEP. Weniger das Geschlecht als vielmehr der Morphotyp des Knies sollten bei der Entscheidung über die Implantation einer Gender-Knie-TEP Berücksichtigung finden. Die Anpassung der Knie-TEP an den Morphotyp entscheide wesentlich über das Outcome. Unabhängig vom Geschlecht sollte grundsätzlich die Endoprothese mit der besten Passform eingesetzt werden.

Ein absoluter Höhepunkt war der Gastvortrag von Prof. Dr. Günter Tamme (Bad Abbach) „Zur Einstein'schen Relativitätstheorie – Die Mathematik und das Universum“. Vor seinem Studium der Mathematik, Physik und Philosophie hatte er den Beruf des Schiffsbaumeisters erlernt. Später war

er viele Jahre der Leiter des mathematischen Instituts in Regensburg. Er berichtete in einem spannenden Vortrag über die Geschichte der Mathematik und Einsteins Relativitätstheorie als Grundstein der heutigen Physik.

Die unikondyläre Endoprothese

Nach Workshop und Mittagspause berichtete **Prof. Dr. Dominik Parsch** (Stuttgart) über seine Erfahrungen mit unikondylären Schlittenprothesen als mögliche Alternative zum Oberflächenersatz bei einer unikompartimentellen Arthrose. Bei strenger Indikationsstellung und adäquater Exposition führe die unikondyläre Schlittenprothese zu einer schnellen Rehabilitation, akzeptabler Kosmetik und guter Funktion bei geringer Morbidität. **Dr. Johannes Holz** (Hamburg) sieht in der Verwendung des Uni-Cups für lokal begrenzte Knorpelschäden im Kniegelenk eine mögliche Alternative und stellte seine ersten, noch kurzfristigen Ergebnisse vor. **Univ. Doz. Dr. Siegfried Hofmann** (Stolzalpe) referierte über den Femoropatellarersatz. Der Anteil der isolierten Femoropatellararthrose liege bei 5–10 Prozent. Die konservative Therapie sollte jedoch zunächst maximal ausgeschöpft werden. Wegen hoher Kräfte innerhalb des femoropatellaren Gelenkanteils, sowie der komplexen Biomechanik sollte die Indikation zum Femoropatellarersatz insgesamt sehr zurückhaltend gestellt werden. Der Patellaschmerz sei ein Weichteilschmerz. In 80 Prozent der Fälle sind Malrotation zwischen Femur und Tibia und eine muskuläre Dysbalance ursächlich, diese können nicht durch einen Femoropatellarersatz gebessert werden. Entscheidend für Erfolg der Methode seien die richtige Patientenauswahl sowie ein gutes Verständnis der komplexen Biomechanik des Femoropatellargelenks. Im folgenden Streitgespräch zum Thema „Der mediale Schlitten: mobile Plattform oder fixe Plattform“ habe die beiden Protagonisten **Prof. Dr. Bernd Fink** (Markgröningen) und **Priv.-Doz. Dr. Robert Hube** (München) die Vor- und Nachteile der ihrer Ansicht nach jeweils von ihnen bevorzugten Methode dargestellt. Zusammenfassend ist beim Einbau eines Schlittenimplantats der Erhalt der natürlichen Kniegelenkskinematik ein vorrangiges Ziel (?). Bei mobilen Inlays ist der Abrieb geringer und es können



Prof. Dr. Günter Tamme begeisterte das Auditorium mit seinem Vortrag zur Relativitätstheorie.

somit flachere Inlays verwendet werden. Nachteil der mobilen Inlays ist die Dislokationsrate von etwa 4 Prozent, die jedoch nur bei inkorrektem Weichteilbalancing infolge von Banddehnung oder -verletzung auf-trete. Die mobile Plattform ist die technisch anspruchsvollere Variante, und manchmal sind Einfachheit und Robustheit, wie sie bei fixen Plattformen gesehen wird, ein entscheidendes Auswahlkriterium.

Die primäre Knieendoprothese

In seinem Übersichtsvortrag über die bikondyläre Knie-TEP präsentierte **Dr. Steffen Oehme** (Damp) die wichtigsten Fakten zum aktuellen Stand der Knieendoprothetik. In Deutschland werden derzeit etwa 150.000 Knieprothesen pro Jahr implantiert. Im Rahmen der Primärendoprothetik handelt es sich in 80 Prozent um bikondyläre Prothesen. Entscheidende Faktoren für den Erfolg sind das Weichteilbalancing und die korrekte Rotationsausrichtung. Neue Entwicklungen wie das Gender-Knie und Highflex wurden angesprochen. **Dr. Stephan Kirschner** (Dresden) berichtete über das Weichteilbalancing in der Knieendoprothetik. Das Ziel sei ein stabiles Gelenk mit korrekter Positionierung der Gelenklinie und guter Beweglichkeit. Eine Instabilität sei einer der häufigsten Gründe für eine Frührevision. Das operative Vorgehen wird entscheidend durch die Weichteilspannung vorgegeben. Insbesondere die Knieendoprothetik sei eine „Weichteiloperation“.

Die Differentialindikation bei der Entscheidung über Kopplungsgrad und die Notwendigkeit der Verwendung von Stielen wurden von **Dr. Frank Lampe** (Hamburg) in seinem Vortrag dargestellt. Die Anwendung von Stielen wird durch die vorliegende

Deformität, die ligamentäre Stabilität, das Vorliegen von Knochendefekten und der Knochenqualität bestimmt. Stiele sollten nur bei erhöhten Kopplungsgrad mit großen Varus- und Valguskraften verwendet werden. Bei ungekoppelten Systemen sollten keine Stiele, bei teilgekoppelten ein tibialer Stiel, optional auch ein femoraler Stiel verwendet werden. Nur bei vollgekoppelten Prothesen sollten regelhaft sowohl ein tibialer als auch ein femoraler Stiel Anwendung finden. Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang die Verwendung modularer Systeme. Die Knochenresektion sollte grundsätzlich „so gering wie möglich und so viel wie nötig“ sein.

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier (Rostock) berichtete über Keramik als neues Material in der Knieendoprothetik. Keramiken haben bekanntermaßen aus Erfahrungen in der Hüftendoprothetik eine geringere Allergierate und geringeren Abrieb als Metall-Polyethylen-Gleitpaarungen. Mit der neuen Deltakeramik habe sich zudem die Bruchgefahr reduziert. Es bestehen zurzeit noch hohe Kosten, die einer weiteren Verbreitung dieses Werkstoffes in der Knieendoprothetik entgegenwirken.

Vorraussetzungen für eine „gute“ Knie-TEP sind die Achsausrichtung in gerader Beinachse, identischer Extensions- und Flexionsspalt und die Rotation der Femurkomponente parallel zur transepicondylären Linie. In einer Studie der Schulthess-Klinik Zürich wurden einige dieser Grundsätze in Frage gestellt. Es wurde bei 204 Patienten nach Knieendoprothetik mit guten und sehr guten klinischen Ergebnissen eine postoperative CT des Kniegelenkes durchgeführt. Es konnte laut **Dr. Anna Riemüller** (Zürich) in dieser Studie gezeigt

anstellungsprogramm weiter ausbauen und an veränderten Bedarf anpassen – erkennbar unter anderem an neuen Kursen zur evidenzbasierten Wissensvermittlung sowie mit problemorientiertem Lernformat. Die zweite zentrale Aktivität ist mit dem Begriff der „Qualitätsoffensive“ umschrieben: eine Arbeitsgruppe mit kompetenten Vertretern aus Biomechanik, Industrie und ärztlichem Bereich entwickelt Handlungsempfehlungen zur Implantatsicherheit, die von Präventivmaßnahmen über die Asservierung und Analyse geschädigter Implantate bis zur Kommunikation von Schadensfällen reichen. Auch bringt die AE die Expertise ihrer Mitglieder an zentraler Stelle in das derzeitige Pilotkonzept zur Zertifizierung von Endoprothesenzentren sowie das endlich gegründete Endoprothesenregister ein, um damit die Versorgungsqualität in Deutschland auch zukünftig zu sichern.

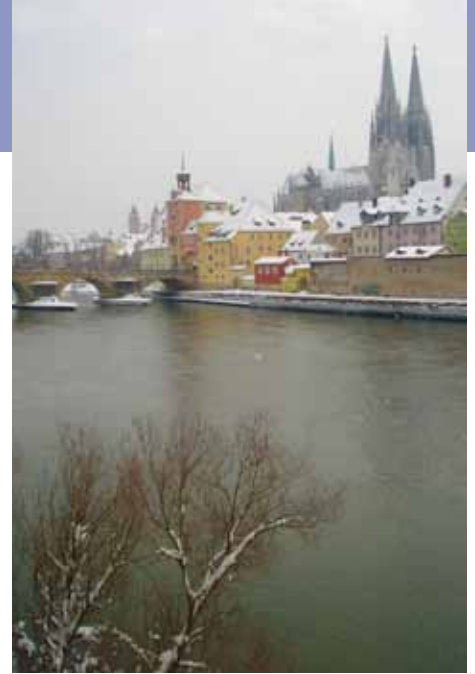
Die Mitgliederversammlung in Regensburg hat für diese strategische Ausrichtung ein klares Votum gegeben. Alle notwendigen Maßnahmen sind jedoch mit einer erheblichen Ausweitung unserer bisherigen Aktivitäten verbunden. Der dafür erforderliche Gestaltungsaufwand ist – trotz engagiertesten Einsatz unserer Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle – mit herkömmlichen Ressourcen nicht mehr ausreichend abbildbar. Damit ergibt sich zwangsläufig die Notwendigkeit, auch künftig die Professionalisierung unserer internen Organisationsformen weiter voranzutreiben.

Gemeinsam mit dem neugewählten Vorstand, der aus bewährten Mitgliedern mit langjähriger Erfahrung und neuen Kollegen mit erwiesener Führungsqualifikation besteht, möchte ich Ihnen eine klare Botschaft geben: Wir stellen uns den Herausforderungen des Wandels und werden versuchen, diesen bestmöglich zu gestalten. Wir werden letztlich aber nur erfolgreich sein, wenn Sie uns als Mitglieder dabei nach Kräften unterstützen. Wo auch immer Sie sich einbringen möchten – wir brauchen Ihre Unterstützung, denn nur gemeinsam sind die gesteckten Ziele erreichbar.

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther
Präsident

werden, dass die Zufriedenheit der Patienten unabhängig von der Rotation der Femurkomponente und unabhängig von der Beinachse innerhalb einer Spanne zwischen 170 und 190 Grad waren. **Dr. Thomas Mattes** (Göppingen) berichtete über seine Erfahrungen mit der Navigation im Rahmen der Knieendoprothetik. Vorteile der Navigation seien die bessere Achsausrichtung und die direkte Messung der Weichteilspannung in verschiedenen Beugegraden. Hiermit sei auch ein besseres Weichteilbalancing zu erreichen. Dr. Mattes kam zu dem Fazit, dass die Navigation die Qualität in der Knieendoprothetik verbessere und zu reproduzierbaren Ergebnissen führe. **Prof. Dr. Peter Aldinger** (Stuttgart) berichtete über das Varusknie und den medialen Defekt und seine Erfahrungen mit der Schlittenendoprothetik. Laut Referent seien 25 Prozent der Patienten nach Implantation einer Totalendoprothese am Knie nicht zufrieden. Bei einer Schlittenprothese seien es nur 5–10 Prozent der Patienten. In seiner Klinik liege der Anteil der Schlittenprothesen bei 50 Prozent aller Knieprothesen. Prof. Aldinger kam zu dem Fazit, dass nach korrekter Diagnostik mit Nachweis eines unikompartimentellen Knorpelschadens, korrigierbarer Deformität (bis 20 Grad) und erhaltener vorderer Kreuzbandstabilität die Indikation zur Implantation einer Schlittenprothese besteht.

Im Vortrag von **Dr. Josef Fitzek** (Mechernich) wurden Probleme und Komplikationen beim Valgusknie erläutert. Es wurde bei Valgusknie das Problem der postoperativen Stabilität des lateralen Gelenkspaltes erörtert. Eine Möglichkeit zur Lösung dieses Problems sei die sagittale Gleitostotomie des proximalen Außenseitenbandansatzes. Durch diese Methode sei die Erweiterung des lateralen Streckspaltes ohne Beeinflussung des Beugespaltes oder Verminderung der Stabilität erreichbar. Gekoppelte Implantate können durch diese Methode vermieden werden. **Dr. Wilhelm Baur** (Schwarzenbruck) erörterte die Problematik der Knieendoprothetik nach einer kniegelenksnahen Osteotomie erörtert. Die vorliegende Literatur sei kontrovers. Probleme wurden in der Narben- und Weichteilsituation sowie der kompromittierten Durchblutung gesehen. Das postoperative Bewegungsausmaß ist häufig reduziert.



Die Knieendoprothetik bei vorhergegangener Umstellungsosteotomie sei technisch aufwendig, jedoch nach genauer Planung meist durchführbar. Eine Navigation sei in diesem Zusammenhang hilfreich. Abschließend stellt **Prof. Dr. Carsten Perka** (Berlin) die Indikation und Durchführbarkeit einer extarartikulären Osteotomie zur Korrektur einer vorliegenden Achsfehlstellung dar. Bei extraartikulären Deformitäten bestehe die einzige kausale Therapie darin, die Deformität dort zu korrigieren, wo sie vorhanden ist, dies sollte ab einer Achsabweichung von 10–15 Grad durch eine entsprechende Osteotomie erfolgen. Die Ursache der Deformität liege meist in einer in Fehlstellung verheilten Fraktur. Femoral ist die Stabilisierung nach Osteotomie meist nur mit Stiel möglich, tibial sei eine zusätzliche Osteosynthese notwendig.

Zum Abschluss des ersten Kongresstages wurde in einem Rundtischgespräch die Vorgehensweise bei insgesamt vier komplexen Fällen aus dem Bereich der Knieendoprothetik darlegt.

Revisionsknieendoprothetik

Prof. Dr. Maximilian Rudert (Würzburg) referierte über das schmerzhafteste Knie nach vorausgegangener endoprothetischer Versorgung. Er wies darauf hin, dass die Ursache nicht selten im Streckapparat liege. Häufige Fehler die im Rahmen der Primärendoprothetik auftreten seien eine vermehrte Innenrotation des Femurschildes, Overstuffing der Patella oder Fehler bei der Positionierung der Gelenklinie. **Prof. Dr. Wolfgang Rütger** (Hamburg) berichtete über die Radiosynoviorthese (RSO) nach Knie-TEP-Implantation. Er wies darauf hin,

dass nur sehr wenige Daten vorliegen. Es kann laut Literatur keine eindeutige Empfehlung zur Anwendung bei liegender Knie-TEP gegeben werden. Die Anwendung der RSO bei liegender Knie-TEP sollte eine Ausnahmeindikation bleiben. **Priv.-Doz. Dr. Georg Matziolis** (Berlin) hielt einen Vortrag über die Entstehung einer Arthrofibrose nach Knie TEP-Implantation, welche zu erheblichen Bewegungseinschränkungen mit Streck- und Beugedefizit führen kann. Ätiologisch werden primäre und sekundäre Arthrofibrose unterschieden. Therapeutische Optionen sind die Narkosemobilisation (bis zur 12. post-operativen Woche), die arthroskopische oder offene Arthrolyse, die Verlängerung der Patellarsehne oder eine Distalisierung der Gelenklinie. Laut **Prof. Dr. Rudolf Ascherl** (Chemnitz) stelle der PE-Abrieb trotz neuer „bestrahlter“ Polyethylene mit reduziertem Abrieb bis heute den Hauptgrund für die aseptische Lockerung dar. Von Makrophagen phagozytierte PE-Partikel führten über eine Zytokinfreisetzung zur Osteoklastenaktivierung und Osteolyse.

Die aseptische Lockerung und der Knochendefekt

Prof. Dr. Christoph Lohmann (Magdeburg) berichtete in seinem Vortrag über die Pathophysiologie der aseptischen Lockerung. Er beschrieb noch einmal, dass es nach KTEP-Implantation überwiegend durch PE-Abrieb zur Osteolyse, aseptischen Lockerung und Spätversagen kommt. Neben PE- wurde auch auf Metall- und PMMA-Abrieb aufmerksam gemacht. Der Metallabrieb führe ebenfalls zu einer Lymphozytenaktivierung mit Zytokinfreisetzung und Osteolyse. Die verschiedenen Optionen bei vorliegenden Knochendefekten in der Knierevisionschirurgie wurden von **Prof. Dr. Carsten Perka** (Berlin) dargestellt. **Priv.-Doz. Dr. Friedrich Thielemann** (Villingen-Schwenningen) berichtete über den Stellenwert der Navigation im Rahmen der Revisionsknieendoprothetik. Ziel der Revision sei immer die Kontrolle der Beinachse, der Gelenklinie und Patellahöhe sowie des kondylären Offset (Streck-Beugespalt).

Protheseninfekt

Prof. Dr. Thorsten Gehrke (Hamburg) referierte zunächst über die Problematik der septischen Prothese und erläuterte

die Grundlagen der Pathophysiologie des septischen Prothese. Im Anschluss gab **Dr. Lars Frommelt** (Hamburg) eine umfassende Übersicht zur Mikrobiologie und optimierten Keimdiagnostik im Zusammenhang mit der septischen Endoprothetik. Die periprothetische Infektion sei eine Form der Wundinfektion. Die chirurgische Revision ist die einzige kausale Therapie bei periprothetischer Infektion. Eine gezielte Antibiotikatherapie kann die Therapie unterstützen. Zur Diagnostik einer periprothetischen Infektion sollten die Proben repräsentativ für den Ort der Infektion und kontaminationsfrei sein. **Prof. Dr. Veit Krenn** (Trier) berichtete im Anschluss über die histopathologische Diagnostik der Protheseninsuffizienz. Die Gesamtbeurteilung von histologischen Proben im Rahmen der Revisionsendoprothetik solle auf Basis von mikrobiologischen und histologischen Befunden erfolgen. Von **Prof. Dr. Carsten Perka** (Berlin) wurden die Behandlungsstrategien und das Weichteilmanagement nach periprothetischer Infektion dargelegt. Zum Abschluss dieses Blockes berichtete **Prof. Dr. Rudolf Ascherl** über seine Erfahrungen mit der periprothetischen Infektion und der Implantation von Megaprothesen als letzten Ausweg nach periprothetischer Infektion.

Neues aus der Knieendoprothetik

Dr. Thomas Mattes (Göppingen) referierte über den Einsatz der Navigation im Rahmen der Knieendoprothetik. Aktuell komme bei insgesamt etwa 10 Prozent der Knie-Endoprothesen die Navigation zum Einsatz. Sie hilft bei der Optimierung der mechanischen Achse, die Knie-TEP lässt sich individueller planen und implantieren. Nachteile der Navigation sind die verlängerte Operationszeit und die erhöhten Kosten. Der Referent kam zu dem Fazit, dass die Vorteile weit überwiegen und alle Knie-Prothesen navigiert werden sollten. Hierdurch ließe sich die Lernkurve optimieren und eine Präzisierung der OP-Technik erreichen. **Prof. Dr. Andreas Kurth** (Mainz) berichtete über die Individualprothese. Als Vorteile werden die Patienten-individualisierte Versorgung durch exaktere Knochenschnitte und eine Verkürzung der OP-Dauer gesehen. Das Konzept der bikompartimentellen Prothese wurde durch **Dr. Johannes Holz** (Hamburg) vorgestellt. Bei dieser Prothese erfolgt der

kombinierte mediale und retropatellare Ersatz. Das laterale Kompartiment mit dem Meniskus sowie die Kreuzbänder bleiben erhalten. Laut Referent ermöglicht dieses Vorgehen eine schnellere Rehabilitation, eine geringere operative Belastung und führe zu einer besseren postoperativen Sportfähigkeit. Abschließend gab **Priv.-Doz. Dr. Robert Hube** (München) einen Überblick zu den Möglichkeiten einer oralen Thromboseprophylaxe.

Komplikationen nach Knieendoprothetik

Dr. Theodoros Pavlidis (Gießen) berichtete über die Arthrorese nach Knie-TEP im Rahmen des Komplikationsmanagement nach Knie-TEP-Infektion. Indikationen sind große Weichteildefekte oder ein nicht-intakter Streckapparat. Kontraindikationen sind Hüftarthrorese derselben oder Kniearthrorese der Gegenseite. Bevorzugt werden zweizeitige Verfahren, es kommen dabei interne Verfahren (Arthrodesenagel, Plattenosteosynthese) oder externe Verfahren (Fixateur extern) zur Anwendung. Es sollte aus funktionellem Aspekt eine Beinverkürzung von etwa 2 cm durchgeführt werden. Über die Indikation zur Arthrorese muss individuell entschieden werden. Sie stellt eine Alternative zur Amputation dar und schafft eine schmerzfrei belastbare Extremität. Voraussetzung ist jedoch eine Infektfreiheit. Im folgenden Vortrag von **Priv.-Doz. Dr. Bernd Füchtmeier** (Berlin) wurde weiter auf die Implantatarthrorese in Form eines Arthrodesestabes eingegangen. Es wird eine primär belastungsfähige Extremität geschaffen, und eine große Defektüberbrückung ist möglich. Nachteile der Implantatarthrorese seien ein weiterhin bestehendes Infektionsrisiko und die fehlende endgültige knöcherne Überbrückung. **Prof. Dr. Christoph Josten** (Leipzig) berichtet zum Abschluss des Kongresses über die periprothetische Fraktur bei einliegender Knie-TEP, deren Inzidenz stetig zunimmt. Je nach Frakturlokalisation kommen verschiedenen Osteosyntheseverfahren zur Anwendung.

Danksagung

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther würdigte den scheidenden AE-Präsidenten **Prof. Dr. Volker Ewerbeck** als einen Querdenker und Überdenker, der in den letzten zwei Jahren

neue Perspektiven und Motivationen für die AE geschaffen hat und überreichte ein Abschiedsgeschenk.

Patienteninformation

Zum Abschluss des Kongresses gab es eine zweistündige Patienten-Informationsveranstaltung. Passend zum Kongressthema stand auch hier das Knie im Mittelpunkt. Prof. Dr. Rainer Neugebauer und Prof. Dr. Rudolf Ascherl hielten Vorträge rund um die Frage „Wenn das Knie schmerzt – Die Arthrosebehandlung – konservativ oder operativ?“. Dabei spannten sie den Bogen von der Indikationsstellung bis zu den Möglichkeiten der Revisionsendoprothetik. Rund 120 Interessenten kamen, um die Vorträge zu hören. Viele nutzten die Gelegenheit, anschließend Fragen an die beiden Experten zu stellen und mit ihnen zu diskutieren.

Dr. Sebastian Hoppe, Göttingen

Promotionssitzung



Erstmals wurde in Regensburg im Rahmen des AE-Kongresses eine Promotionssitzung abgehalten. Unter Leitung von **Dr. Stephan Kirschner** (Dresden), **Dr. Bernhard Egen** (Münster) und **Priv.-Doz. Dr. Hans-Michael Klinger** (Göttingen) stellten acht junge Ärztinnen und Ärzte Promotionsprojekte vor, die sich alle mit Themen aus der Endoprothetik beschäftigen. Nach den Präsentationen wurden die methodischen Aspekte und die bisherigen Ergebnisse der Arbeiten diskutiert. Diese frühzeitige Einbindung des wissenschaftlichen Nachwuchses wurde von beiden Seiten als fruchtbare Bereicherung empfunden. Deshalb stimmten alle anwesenden Mitglieder des AE-Präsidiums überein, dass die Promotionssitzung ein fester Bestandteil des Programms künftiger AE-Kongresse werden soll, um den Austausch zwischen erfahrenen AE-Mitgliedern und jungen Kollegen weiter zu fördern.

Berliner Rechtsanwälte Dierks + Bohle werden Kanzlei des Jahres im Gesundheitswesen



Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks ist von Anfang an Rechtsberater der AE in Sachen Vereinsrecht.

Anlässlich der **Juve-Awards 2010** wurde am 02.11.2010 in der Frankfurter Alten Oper bekannt gegeben, dass die Berliner Rechtsanwälte Dierks + Bohle für die „starke Entwicklung ihrer Praxis“ als Kanzlei des Jahres in der Kategorie Gesundheitswesen ausgezeichnet werden. Mehr als 800 Anwälte feierten die Gewinner in den 17 Award-Kategorien und den 24 Kategorien für die Kanzleien des Jahres, die aus mehr als 1000 Anwaltssozialitäten und Rechtsabteilungen der Wirtschaft mit mehr als 20.000 Anwälten ausgewählt wurden. Die Juroren würdigten Dierks + Bohle als „erste Adresse für die Beratung der Gesundheitsbranche“, der es dennoch nicht reiche „einsame Spitze zu sein“. Sie habe „enormen strategischen Weitblick bewiesen“, indem sie zum richtigen Zeitpunkt die Kanzlei um den Bereich des Kartellrechts erweitert habe, einem Rechtsgebiet, in dem der Beratungsbedarf der Branche stetig ansteige. Auch die „durchdachte Nachwuchspolitik“ der Kanzlei und die „exzellenten Beziehungen zu namhaften Unternehmen der Branche auf breiter Basis“ wurden gewürdigt.

Der **Juve-Verlag** ist seit Jahren auf die Bewertung von Anwaltskanzleien spezialisiert. Das Handbuch „Wirtschaftskanzleien in Deutschland“ und die Zeitschriften „Juve“ sowie „azur“ gelten als Standard für Informationen rund um den Anwaltsmarkt.

Dierks + Bohle (gegründet 1997) ist eine der führenden Kanzleien im Gesundheitswesen. Die 22 Rechtsanwälte (Mitarbeiter insgesamt: 45) beraten und vertreten bundesweit Ärzte, Krankenhäuser und Unternehmen der Gesundheitswirtschaft, wie zum Beispiel der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie, seit einigen Jahren auch in den USA und Japan. Gründungspartner Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks ist Rechtsanwalt, Facharzt für Allgemeinmedizin und lehrt Gesundheitssystemforschung an der Charité Berlin. Dr. iur. Thomas Bohle gilt als einer der führenden Experten im Krankenhausrecht.

Dierks + Bohle, Rechtsanwälte
Walter-Benjamin-Platz 6
D-10629 Berlin
office +493032778724
office@db-law.de
www.db-law.de

Neues aus dem AE-Industriebeirat

Markttrends in der Endoprothetik

Endoprothetik in Deutschland – eine Erfolgsgeschichte

Die Gelenkersatzoperation gilt als eine der erfolgreichsten chirurgischen Eingriffe. Jährlich erhalten rund 400.000 Deutsche ein künstliches Gelenk. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland rund 210.000 künstliche Hüftgelenke sowie 165.000 künstliche Kniegelenke implantiert. Hinzu kommen Schulter-, Ellenbogen- und Fingergelenke sowie Sprung- und Großzehengrundgelenke. Die steigende Lebenserwartung in den Industrienationen und die damit einhergehende zunehmende Häufigkeit des Gelenkverschleißes sorgen für einen wachsenden Bedarf an Hüft- und Kniegelenkersatz (Abbildung 1), gleichzeitig hat sich die Verweildauer der Patienten in der Klinik nach einer Implantation deutlich verringert. Dies ist auch das Ergebnis der Weiterentwicklung und Verbesserung des Gelenkersatzes und neuer Operationstechniken, die es ermöglichen, Patienten schonender zu operieren.

Auf Basis eines permanenten technischen und medizinischen Fortschrittes werden heute exzellente Ergebnisse in der Hüftendoprothetik, vor allem bei der Wiedererlangung von Lebensqualität, aber auch der Schmerzreduktion, erzielt. Durch die wachsende Erfahrung und durch die stetige Verbesserung der Operationstechniken, der Implantatsysteme und der verwendeten Materialien, hat sich dieser Bereich seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts in vielen orthopädischen und unfallchirurgischen Abteilungen zu einem Schwerpunkt im klinischen Alltag entwickelt (Abbildung 2).

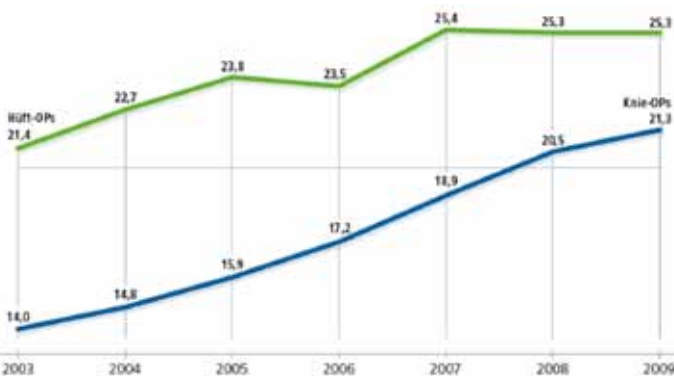
Der deutsche Endoprothetikmarkt – Zahlen, Daten, Fakten

Die durch die im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) organisierten Unternehmen erhobene Marktstatistik bestätigt für das Jahr 2009 folgende deutschlandweite Trends in der Hüftendoprothetik:

- Das Gesamtwachstum 2009 beträgt gegenüber 2008 ca. 2,8 Prozent
- Der Trend zu zementfreien Schäften, insbesondere zu Kurzschäften, hält weiter an (Verhältnis Standardversorgung zu Kurzschaft 10:1), obwohl Stimmen aus Skandinavien darauf hinweisen, dass die zementierbaren Prothesen noch immer bessere Langzeitergebnisse in den Registern zeigen (Quelle: <http://www.orthosupersite.com/view.aspx?rid=79360>).
- Bei den Hüftpfannen ist die Relevanz von Schraubpfannen rapide gesunken. Der Trend geht nachhaltig in Richtung Pressfit-Pfannen. War das Verhältnis von Pressfit zu Schraubpfannen im Jahr 2000 noch ca. 1:1, hat sich dies auf ca. 5:1 im Jahr 2009 verändert.
- Hinsichtlich der Gleitpaarungen geht die Entwicklung zu hochwertigen, abriebarmen Paarungen, was vor allem in dem steilen, überproportionalen Anstieg an der Versorgung mit hochvernetzten PE in Verbindung mit Keramikköpfen zum Ausdruck kommt. In 2009 war das Verhältnis Standard-PE zu hochvernetzten PE erstmalig 1:1.

Immer mehr neue Hüft- und Kniegelenke

Krankenhausbehandlungsfälle mit Erstimplantationen
Anzahl je 10.000 Versicherte



Medizinischer Fortschritt an ausgewählten stationären Eingriffen Jahr des Ersteingriffs, Anzahl der Eingriffe und Ausgaben 2004



* inklusive Stammzelltransfusionen
** Eingriffe am Hüftgelenk inklusive Hüftgelenkimplantationen

Auf hohem Niveau abflachendes Wachstum in der Hüft- und Knieendoprothetik (Quelle: Barmer GEK)

Das starke Wachstum spiegelt den medizinischen Erfolg von modernen Verfahren mit hohem Ertrag in Lebensjahren und Lebensqualität. (Quelle: BMG)

Metall-Metall-Gleitpaarungen (ohne Kappen) kommen so gut wie nicht mehr zum Einsatz, während der Anteil von Keramik-Keramik-Gleitpaarungen jedes Jahr steigt.

- Der Kopfdurchmesser 32 mm war in 2009 mit ca. 106.000 Einheiten die meistverwendete Größe, gefolgt von Durchmesser 28 mm. Ein überproportionales Wachstum ist seit Markteinführung beim Kopfdurchmesser 36 mm zu verzeichnen, der in 2009 schon in ca. 33.000 Versorgungen zum Einsatz kam und in 2010 erstmals bei über 40.000 Patienten implantiert wurde.

Für den Bereich der Knieendoprothetik kann auf Basis der BVMed-Statistik 2009 für den deutschen Markt folgendes zusammenfassend festgestellt werden:

- Die Versorgungszahlen in der Knieendoprothetik haben 2009 im Vergleich zu 2008 erstmals stagniert; so betrug das Wachstum der im BVMed organisierten Mitgliedsunternehmen lediglich 1,0 %.
- Hinsichtlich der Verankerung kann festgestellt werden, dass ca. 83% aller bikondylären Knieprothesen zementiert verankert werden, während ca. 14 % in hybrider Versorgung zum Einsatz kommen. Der Anteil an zementfreier, primärer Knieendoprothetik ist seit Jahren rückläufig und betrug 2009 lediglich noch ca. 3 %.
- Der Anteil der Patellae an der Knieendoprothetischen Versorgung beträgt 17,9 % und ist damit auf konstantem Niveau.
- Ebenfalls konstant ist der Anteil an sogenannten PS-Knieprothesen (10,9 %) sowie an Mobile Bearing Knieprothesen (30,9 %).

(Mega-)Trends für die Zukunft

Die Optimierung der Verschleißigenschaften der Gleitpartner durch innovative Materialien ist weiter topaktuell. So werden zum Beispiel im Bereich der Knieendoprothetik Entwicklungen mit dem Ziel durchgeführt, die gängigen Materialien, wie zum Beispiel CoCr oder Titan durch Keramik zu substituieren, um so einerseits den Abrieb zu minimieren und andererseits eine Lösung für Patienten mit Metallallergien zu generieren. Ebenfalls sind Weiterentwicklungen bei den Polyethylenen zu erwarten. Ein weiterer Trend ist die Funktionalisierung der Implantate-Oberflächen, dessen (Ober-) Ziele die Optimierung des Einwuchsverhaltens, aber auch die Vorbeugung/Behandlung von Infekten sind.

gez. Dipl.-Kfm. Marc D. Michel
Geschäftsführer Peter Brehm GmbH
Sprecher des Fachbereichs „Endoprothetik-Implantate“ (FBEI) im BVMed
Mitglied des AE-Industriebeirats

Wir bedanken uns bei unseren
Partnern für Ihre Unterstützung:

AESCULAP®
Aesculap – a B. Braun company.

 **Boehringer
Ingelheim**

CeramTec
THE CERAMIC EXPERTS

LINK® 


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

 **RESORBA®**
WUNDVERSORGUNG

 **zimmer**
Confidence in your hands®

AE-Stipendien

Die AE-Jury bestehend aus den Professoren Volker Ewerbeck, Joachim Grifka, Klaus-Peter Günther, Wolf Mutschler und Carsten Perka wählte aus zehn Bewerbern zwei Stipendiaten für die alljährlichen AE-Reisestipendien aus: Dr. Sascha Gravius (Bonn, links) und Privatdozent Dr. Fritz Thorey (Hannover).



AE-Preis

Für den AE-Forschungspreis 2010 wurden sechs Arbeiten eingereicht und von einer fünfköpfigen, unabhängigen Kommission bewertet. Den Zuschlag erhielt Dr. Michael Müller (im Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie, Campus Charité Mitte - Berlin) für eine Arbeit zum Thema: „The association between the sagittal femoral stem alignment and the resulting femoral head centre in total hip arthroplasty“, die in „International Orthopaedics (SICOT)“ publiziert wurde. Er übernahm den Preis beim 12. AE-Kongress in Regensburg am 03.12.2010. Die Arbeit ist auf der AE-Website hinterlegt.

Neues AE-Präsidium

Bei der Mitgliederversammlung am 2. Dezember 2010 wurden in Regensburg turnusgemäß der Präsident und ein Teil des AE-Präsidiums für die nächsten zwei Jahre bestimmt. Das neue Präsidium der ComGen wurde bereits im Juni 2010 in Gelsenkirchen gewählt.



PRÄSIDENT
K.-P. Günther



Generalsekretär
W. Puhl



Vizepräsident
B. Fink



Past-Präsident
V. Ewerbeck



Schriftführer
M. Wagner



Schatzmeister
D. Parsch



ComGen-Präsident
S. Kirschner



Vorsitzender SENAT
W. Neumann



Präsidiumsmitglied
R. Ascherl



Präsidiumsmitglied
R. Neugebauer



Präsidiumsmitglied
F. Gebhard



Präsidiumsmitglied
C. Perka



Präsidiumsmitglied
S. Oehme



Präsidiumsmitglied
H. Reichel



Kooptiertes
Präsidiumsmitglied
W. Mutschler

Neues ComGen-Präsidium



PRÄSIDENT
S. Kirschner



Schriftführer
D. Träger



Schatzmeister
M. Biberthaler



Präsidiumsmitglied
B. Egen



Präsidiumsmitglied
B. T. Füchtmeier



Präsidiumsmitglied
I. Schleicher



AE-Delegate
C. Perka

Boehringer Ingelheim ist ein „Global Player“ mit deutschen Wurzeln



Pradaxa®: Werte schaffen durch Innovation

Mit der europaweiten Zulassung von Pradaxa® zur Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektivem Knie- und Hüftgelenkersatz 2008 ist Bewegung in die orale Antikoagulation gekommen. Der innovative orale direkte Thrombininhibitor Dabigatranetexilat stammt aus der Forschung und Entwicklung von Boehringer Ingelheim.

Effektiv und leitliniengerecht antikoagulieren

Drei Jahre nach der Zulassung des ersten neuen oralen Antikoagulans in Deutschland hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) den S3-Leitlinien zur "Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)" ein Addendum hinzugefügt und damit auch Dabigatranetexilat in die Empfehlungen aufgenommen. Die Primärprophylaxe mit Dabigatranetexilat bietet durch den gezielten Zugriff an der Schlüsselstelle Thrombin einen effektiven Schutz vor Thromboembolien, bei niedrigem Blutungsrisiko.

Die auf der Jahrestagung der European Hematology Association 2010 vorgestellten Daten der RE-NOVATE® II-Studie belegen erneut, dass Dabigatranetexilat 220 mg einmal täglich genau so wirksam und sicher ist wie Enoxaparin 40 mg in der Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) nach einer Hüftgelenkersatz-Operation.

Services und Fortbildung für Orthopäden und Patienten

Speziell für Patienten hat das Unternehmen die Internetseiten www.neues-kniegelenk.de und www.neues-hueftgelenk.de entwickelt. Hier finden sich Services wie eine Checkliste für die OP, Tipps zur Wahl der richtigen Klinik und ein Glossar, in dem medizinische Fachbegriffe erklärt werden. Die kostenlose Patientenbroschüre „Neues Knie, Neue Hüfte: Alles, was Sie dazu wissen sollten“ kann über den Broschürenservice des Fachportals www.pradaxa.de bezogen oder per Post, E-Mail und Telefon über das Kundenservice-Center von Boehringer Ingelheim angefordert werden.



Weitere Informationen:

Boehringer Ingelheim
Pharma GmbH & Co. KG
Kundenservice-Center
Binger Straße 173
55216 Ingelheim am Rhein
Tel. 0800-77 90 900 (kostenfrei)
info@boehringer-ingelheim.de
www.boehringer-ingelheim.de
www.pradaxa.de
www.medworld.de

Kapsel statt Spritze: Innovation im Sinne des Patienten

Im Einsatz gegen Wund- und Knocheninfektionen



Unter dem Credo „Repair and Regenerate“ bietet RESORBA heute innovative Lösungen für aktuelle chirurgische Behandlungsprobleme an. Dabei liegt das besondere Augenmerk auf Serviceleistung und Weiterentwicklung. Basis aller Entwicklungen 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 den klinischen Anwendern.

Ein aktuelles Ergebnis dieser Zusammenarbeit ist eine beim 40. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie präsentierte Studie, der Universität Würzburg. Diese Arbeit ist die erste kontrollierte, prospektiv-randomisierte und doppelblinde Studie, die den Einfluss einer retrosternalen Einlage von GENTA-COLL® *resorb* auf die Reduzierung oberflächlicher oder tiefer sternaler Wundinfektionen nach elektiven herzchirurgischen Eingriffen untersucht.

Im Vergleich zur Kontrollgruppe (Placebo, n=369) wiesen die Patienten der Interventionsgruppe (Verum, n=354) eine signifikant geringere Rate an Wundheilungsstörungen auf. Besonders eindrucksvoll war das Ergebnis bei der Gegenüberstellung der beiden Gruppen im Hinblick auf tiefe sternale Wundheilungsstörungen (p=0,007). Damit verringert die Einlage von GENTA-COLL® *resorb* nicht nur das Risiko einer Sternumosteitis mit all ihren negativen Folgen für den Patienten, sondern es leistet dadurch auch einen Beitrag gegen die immensen finanziellen Belastungen, die dem Gesundheitssystem durch Infektionen entstehen.

In der Endoprothetik hat GENTA-COLL® *resorb* – neben der Funktion als Adjuvans nach chirurgischem Debridement bei Revisionseingriffen – auch bei Erstimplantationen einen hohen Stellenwert. Die Ergebnisse 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 investiert entgegen dem Trend nicht nur personell in den Ausbau von Forschung und Entwicklung. „Unsere Forschungsinvestitionen sind vergleichbar mit prophylaktischen Gesundheitsmaßnahmen: Strategisch planbare Kosten akzeptieren, um später einen Nutzen zu gewinnen“, so Christian Huber, Geschäftsführer der RESORBA in Nürnberg.



Weitere Informationen:

RESORBA Wundversorgung
GmbH & Co KG
Am Flachmoor 16
90475 Nürnberg
Fon: 09128 9115-0
Fax: 09128 9115-91
infomail@resorba.de
www.resorba.de

Thema einer aktuellen Studie: GENTA-COLL® *resorb*,
der equine Kollagen-Gentamicin-Schwamm

ComGen-Kongress 2011

Grenzbereiche der Endoprothetik

Göttingen, 24.–25. Juni

Die Therapie von Verschleißerkrankungen mit künstlichen Gelenken wird zunehmend komplexer und differenzierter, während die Ansprüche der Patienten steigen. Insbesondere die Primärendoprothetik hat in den letzten Jahren einen deutlichen Wandel in ihrer Zielsetzung erfahren – weg von der reinen Schmerzreduktion, hin zum möglichst uneingeschränkt funktionsfähigen Gelenk.

In der Revisionsendoprothetik werden die Operateure nicht nur mit der ansteigenden Anzahl der Wechseloperationen, sondern immer öfter auch mit Infektionen bei resistenten Keimen, reduzierter Knochenqualität sowie schweren Knochen- und Weichteildefekten konfrontiert. Worst-Case-Szenarien werden Teil des medizinischen Alltags.

Diese aktuellen Entwicklungen in der Knie- und Hüftendoprothetik werden im Programm des ComGen-Kongresses aufgegriffen und von ausgewählten Experten mit großer klinischer Erfahrung behandelt. Die wissenschaftliche Leitung haben Priv.-Doz. Dr. Hans-Michael Klinger (Göttingen) und Prof. Dr. med. Karl-Heinz Frosch (Hamburg). Nach einleitenden Vorträgen über Allergie und Navigation werden Sitzungen zu folgenden Themenblöcken abgehalten:

- Uni medial und lateral, Bi-Uni und patellofemorale Gelenkersatz
- Die Knieendoprothese nach Trauma
- Periprothetische Frakturen nach Knie- und Hüftprothesen
- Revisionsendoprothetik an Knie- und Hüftgelenken
- Das infizierte Kunstgelenk – Quo vadis?
- Der besondere Fall – Auf Umwegen zum Ziel

Eine Sitzung wird außerdem dem „jungen Chefarzt“ und seiner Rolle im Spannungsfeld zwischen Medizin, wirtschaftlichen Zwängen und juristischen Notwendigkeiten gewidmet sein, mit diesen Programmpunkten:

- Zielvereinbarungen als Führungsinstrument
- Recht für Führungskräfte in der Medizin
- Der Chefarztvertrag – Was sollte drinstehen?
- Mitarbeiterführung – Wie motiviere ich meine Mitarbeiter im Zeitalter der „work-life-balance“

Alle AE- und ComGen-Mitglieder sowie ihre Mitarbeiter sind herzlich zur Teilnahme eingeladen. Sie können sich online unter www.ae-gmbh.com anmelden.

AE-Forum 2011

Implantat- und Patientensicherheit

Stuttgart, 9. Juli – nur für AE-Mitglieder

Unter dem Motto „Experten treffen Experten“ will das AE-Forum 2011 das wichtige Thema der Implantat- und Patientensicherheit aufgreifen. In bewährter Weise werden sich Kliniker und Biomechaniker aus der AE sowie verantwortliche Vertreter des Industriebeirats mit den Fragen der Innovationseinführung, der Schadensfallbearbeitung und -kommunikation auseinandersetzen. Damit soll die im Jahr 2010 begonnene Initiative gefestigt und strategisch weiterentwickelt werden.

Die Veranstaltung wird als eintägiges AE-internes Expertenforum abgehalten. Gastgeber Prof. Dr. Dominik Parsch und Dr. Stephan Kirschner laden die Teilnehmer ein, bereits am Freitagabend anzureisen und bei einer gemeinsamen Abendveranstaltung in freundschaftlicher Runde zusammenzukommen.

Vorgesehene Programmpunkte:

- Innovationen einführen und Schadensfälle vermeiden
- Der eingetretene Schadensfall
- Probleme beheben
- Dokumentation
- Interne und externe Kommunikation
- Der abgeschlossene Schadensfall
- Künftige Anforderungen an die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Didaktische Schulung der Kursleiter und Referenten

Teach the Teacher

Stuttgart, 8. Juli – nur für AE-Mitglieder

Evidenzbasierte Wissensvermittlung und innovative Lehrmethoden stehen im Mittelpunkt des diesjährigen Didaktikkurses „Teach the Teacher“. Er bietet den Teilnehmern eine Zusatzqualifikation, die künftig ein zusätzliches Kriterium für die Auswahl von Referenten bei den Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen der AE sein wird.

Der Kurs wird am Tag vor dem AE-Forum abgehalten, um eine zeitsparende Teilnahme an beiden Veranstaltungen zu ermöglichen. Für den Abend des 8. Juli ist eine gemeinsame Abendveranstaltung für die Teilnehmer des Didaktikkurses, des AE-Forums und des am selben Wochenende in Stuttgart stattfindenden Schulterkurses geplant.

Kursinhalte:

- Feedback geben, Feedback empfangen
- Präsentieren
- Eine Fertigkeit unterrichten
- Einführung – Fallbasierter Unterricht
- Wie lernen Erwachsene?

Der Kurs wird von Prof. Dr. Wolf E. Mutschler und Prof. Dr. Matthias Siebeck geleitet.

Rückblicke

AE-Kurs und Masterkurs Knie in Ofterschwang, 10.-13. November 2010



Bei Planungsworkshop fungierte unter anderem Priv.-Doz. Dr. Friedrich Thielemann (Villingen-Schwenningen) als Instruktor.



Priv.-Doz. Dr. Georg Matziolis (Berlin) trainierte mit den Teilnehmern die navigierte Operation.



Prof. Dr. Matthias Steinwachs (Zürich) übte mit den Teilnehmern das Verfahren der Knorpelregeneration an porcinen Präparaten.



AE-Kurs Kleine Gelenke in Magdeburg, 14.-15. Oktober 2010 Die wissenschaftlichen Leiter waren Priv.-Doz. Dr. Géza Pap (Leipzig), Prof. Dr. Wolfram Neumann und Prof. Dr. Christoph H. Lohmann (beide Magdeburg).



AE-ComGen OP-Personalkurs in Bad Abbach, 23. Oktober 2010 Dr. Ernst Sendtner (rechts) war Gastgeber und Instruktor.



AE-ComGen OP-Personalkurs in Reutlingen, 9. Dezember 2010 Dr. Thomas Mattes (links vorn) leitete zusammen mit seinem Reutlinger Kollegen Dr. Klaus Kolb den Personalkurs.

Rückblicke

AE-Kongress in Regensburg, 3.-4. Dezember 2010



Regensburg zeigte sich draußen winterlich idyllisch und drinnen bayrisch-zünftig – Gastgeber Prof. Dr. Rainer Neugebauer (Bild links) folkloristisch flankiert, beim Kongressabend im historischen Restaurant Bischofshof.



Die Mainzer Delegation in Regensburg (v.l.n.r.) : Dr. Frank Müller-Bongartz, Prof. Dr. Michael Wagner und Prof. Dr. Peter Kirschner



Prof. Dr. Akhil Verheyden (Frankfurt), Prof. Dr. Rainer Neugebauer (Regensburg), Prof. Dr. Volkmar Jansson (München), Prof. Dr. Maximilian Rudert (Würzburg) und Prof. Dr. Wolfgang Rüter (Hamburg, v.l.n.r.) beim Pausengespräch



Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik in Dresden, 19. November 2010

Zu den Referenten gehörten Dr. Albrecht Hartmann (Dresden), Prof. Dr. Christian Heisel (Pforzheim), Prof. Dr. Peter Aldinger (Stuttgart), Prof. Dr. Philip Kasten (Dresden), Dr. Michael Clarius (Bad Rappenau) und Dr. Lars Frommelt (Hamburg, v.l.n.r.).



AE-ComGen OP-Personalkurs in Dresden, 28.-29. Januar 2011

ComGen-Präsident Dr. Stephan Kirschner instruierte die Teilnehmer bei der Arbeit am Kunstknochen.

Neue AE-Mitglieder (Wahl am 02.12.2010)



**Dr. med.
Dirk Bremer**
Chefarzt
Kreiskrankenhaus
Mechernich GmbH



**Dr. med.
Michael Clarius**
Chefarzt und Ärztlicher
Direktor
Vulpus Klinik GmbH
Bad Rappenau



**Dr. med.
Wolfgang Cordier**
Chefarzt
Krankenhaus St. Josef
Wuppertal



**Prim. Univ. Prof. Dr. med.
Ulrich Dorn**
Klinikvorstand
Universitätsklinik für
Orthopädie der PMU
Salzburg



**Univ. Prof. Dr. med.
Alexander Giurea**
Universitätsklinik
für Orthopädie
Wien



**Dr. med.
Felix Göbel**
Chefarzt
Carl-von-Basedow-
Klinikum Saalekreis
GmbH
Merseburg



**Priv.-Doz. Dr. med.
Hans Gollwitzer**
Sektionsleiter Sektion
für Endoprothetik
Klinikum rechts der Isar
der TU München



**Prof. Dr. med.
Georg Gosheger**
Klinikdirektor
Klinik für Allgemeine
Orthopädie und
Tumororthopädie
Münster



**Dr. med.
Markus Graf**
Chefarzt
Medizinisches Zentrum
Städteregion Aachen



**Dr. med.
Johannes Grimm**
Facharzt für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Gemeinschaftspraxis
Mainz



**Dr. med.
Jörn Hillekamp**
Chefarzt Orthopädie
und Unfallchirurgie
St. Augustinus Kranken-
haus Düren



**Dr. med.
Stefan Höllriegel**
Chefarzt Orthopädie
Dreifaltigkeits-Kranken-
haus Köln – Braunsfeld
GmbH



**Prof. Dr. med. Dr. h.c.
Jörg Gerhard Jerosch**
Chefarzt für Orthopädie,
Unfallchirurgie und
Sportmedizin
Johanna-Etiennne-
Krankenhaus Neuss



**Dr. med.
Hans-Peter Jüsten**
Chefarzt
Katholische Kliniken
Oberhausen (KKO)



**Priv.-Doz. Dr. med.
Thomas Kalteis**
Leitender Arzt
OCM-Klinik München



**Prof. Dr. med.
Bernd Kinner**
Chefarzt der Abteilung
für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Robert-Bosch-Kranken-
haus Stuttgart



**Prof. Dr. med.
Achim König**
Facharzt
Praxisklinik Zähringen
Gemeinschaftspraxis
Freiburg



**Dr. sc. hum.
Jan Philippe Kretzer**
Leiter des Labors für
Biomechanik und
Implantatforschung
Klinik für Orthopädie
und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum
Heidelberg



**Dr. med.
Lutz Mahlke**
Chefarzt der Klinik für
Unfallchirurgie und
Orthopädie
St. Vincenz-Kranken-
haus GmbH, Paderborn



**Dr. med.
Ambrosius Müller**
Leitender Arzt
Kliniken Dr. Erler
Nürnberg



**Prof. Dr. med.
Thomas Pap**
Institutsdirektor
Westfälische Wilhelms-
Universität Münster



**Univ. Prof. Dr. med.
Hans-Christoph Pape**
Chefarzt, Schwerpunkt
Unfallchirurgie
Chirurgische Universi-
tätsklinik Aachen



**Dr. med.
Falk Reuther**
Chefarzt
DRK Kliniken
Berlin-Köpenick

Fortsetzung auf Seite 14

Neue AE-Mitglieder (Wahl am 02.12.2010)



Dr. med. Martin Werner Rinio
Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Krankenhäuser Landkreis Freudenstadt gGmbH



Priv.-Doz. Dr. med. Maik Schwitalle
Leitender Arzt Endoprothetik
Winghofer Medicum Rottenburg



Prof. Dr. med. Werner Siebert
Ärztlicher Direktor
Vitos Orthopädische Klinik Kassel gGmbH



Priv.-Doz. Dr. med. Beat R. Simmen
Senior Consultant, ehem. Chefarzt
Orthopädie, obere Extremitäten und Handchirurgie
Schulthess Klinik Zürich



Prof. Dr. med. Richard Stangl
Chefarzt Abteilung für Unfallchirurgie
Ärztlicher Direktor Krankenhaus Rummelsberg



Priv.-Doz. Dr. med. Andrej Trampuz
Leitender Arzt Infektiologie
Universitätsspital Lausanne

Die AE-Mitgliederliste steht auf der AE-Website: www.ae-germany.com jederzeit aktuell zur Verfügung und kann auch als pdf-Datei heruntergeladen werden.

Von der ComGen in die AE gewählt



Prof. Dr. med. Peter Aldinger
Ärztlicher Direktor
Diakonie-Klinikum Stuttgart



Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Decking
Chefarzt
St. Franziskus Hospital Köln



Priv.-Doz. Dr. med. Philipp Drees
Klinikdirektor und Chefarzt
Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz



Dr. med. Christian Fulghum
Chefarzt
Endogap Klinik für Gelenkersatz im Klinikum Garmisch-Partenkirchen



Prof. Dr. med. Christoph Lohmann
Direktor
Orthopädische Universitätsklinik Magdeburg



Priv.-Doz. Dr. med. Konrad Mahlfeld
Chefarzt
Klinikum Magdeburg



Prof. Dr. med. Markus Rickert
Ärztlicher Direktor
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

AE-Terminübersicht 2011

30. März–02. April

AE-Kurs und AE-Masterkurs Hüfte, Ofterschwang

08. April

AE-ComGen OP-Personalkurs Hüfte, Kassel

15.–16. April

AE-Kurs Knie, Berlin

06.–07. Mai

AE-Masterkurs Knie, Düsseldorf

24.–25. Juni

8. AE-ComGen Kongress, Göttingen

01. Juli

AE-ComGen OP-Personalkurs Hüfte, München

01.–02. Juli

AE-Kurs „Evidenz in der Endoprothetik“, Berlin-Zeuthen (als Ergänzung zu diesem Kurs möchten wir auf den Kurs „Von der Idee zur Publikation“, 10.–12. März in Köln, hinweisen)

08.–09. Juli

AE-Schulterkurs, Stuttgart

08. Juli

Teach the Teacher, Stuttgart (*nur für AE-Mitglieder*)

09. Juli

AE-Forum 2011, Stuttgart (*nur für AE-Mitglieder*)

15.–16. Juli

AE-Kurs Hand und Ellenbogen, Oberstdorf

02.–03. September

AE-Revisionskurs Hüfte, Dresden

09.–10. September

AE-Masterkurs Knie, Hamburg

23. September

AE-Kompaktkurs Thromboseprophylaxe, München

07.–08. Oktober

AE-Masterkurs Hüfte, Bonn

14. Oktober

AE-Kompaktkurs Thromboseprophylaxe, Berlin-Potsdam

09.–12. November

AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie, Ofterschwang

17.–19. November

AE-Basiskurs Hüfte, München

01. Dezember

AE-Mitgliederversammlung, Berlin (*nur für AE-Mitglieder*)

02.–03. Dezember

13. AE-Kongress, Hüfte, Berlin

2011 werden außerdem folgende Kurse stattfinden:

- AE-Dreiländerkurs Österreich
- AE-Dreiländerkurs Schweiz

Des Weiteren sind eintägige Kompaktkurse zu speziellen Themen sowie weitere AE-ComGen OP-Personalkurse in Deutschland geplant.

Weitere Informationen finden Sie fortlaufend auf der Website der AE: www.ae-germany.com

Änderungen vorbehalten!

Impressum

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Verantwortlich: Prof. Dr. Klaus-Peter Günther

Koordination: Andrea Trautwein, AE-Geschäftsstelle, 0761/45647666, a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion: Zsolt Pekker, 07634/551946, pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion:

LoopKomm Infomarketing GmbH, 0761/4882791, mail@loopkomm.de