

Liebe Mitglieder der AE, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,



das vorrangige Ziel der AE ist es, die Lebensqualität von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern. Aus diesem Grund ist die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung von Ärzten und OP-Personal ein zentrales Anliegen. Auch in diesem Jahr haben wir diesem vorrangigen Ziel mehr als entsprochen. Das Kurssystem wurde 2015 optimiert und neu strukturiert. Es erfolgte eine Konzentration auf weniger Veranstaltungsorte. Die Zahl der Referenten

pro Kurs wurde bewusst reduziert. Blickt man auf die im Jahr 2015 durchgeführten Kurse zurück, so war dieses Konzept sehr erfolgreich. Die gewählten Locations fanden eindeutig die Zustimmung der Teilnehmer, und die Reduktion der Referentenzahl tat – dies kann man der Kursevaluation eindeutig entnehmen – der Qualität keinen Abbruch.

Wir blicken in diesem Jahr bereits auf eine Vielzahl von Basis- und Masterkursen sowie Tutorials zurück, über die auf den folgenden Seiten berichtet wird. Neue Veranstaltungstypen wurden etabliert, so etwa der Kurs zur gelenkerhaltenden Hüftchirurgie oder der EBM-Kurs zum Thema Teilgelenkersatz am Knie. Erstmals war die AE mit einer eigenen Sitzung auf dem AGA-Kongress in Dresden vertreten. Das AE-Forum zur Prävention periprotetischer Infektionen fand erstmals im Rahmen des NOUV-Kongresses in Hamburg statt, war von hoher Qualität und sehr gut besucht. Ebenso hervorzuheben ist das hervorragend organisierte AE-ComGen-Symposium in Freiburg. Die Pressearbeit wurde neu konzipiert. Die Pressemitteilungen erfuhren eine große mediale Resonanz. Auch die Pressekonferenz im Rahmen des AE-Forums war gut besucht und erzielte ein hohes Medienecho. Den Teilnehmern der Basis- und Masterkurse wurden online Handouts der jeweiligen Vorträge zur Verfügung gestellt, um den Informationsfluss zu optimieren. Dieses Angebot soll es künftig für alle Kurse geben. Wir streben damit unter anderem an, das komplette Mitschneiden beziehungsweise Abfotografieren der Vorträge vonseiten der Kursteilnehmer überflüssig zu machen.

Weitere Hauptthemen der AE sind Qualitätssicherung und -kontrolle. Aus diesem Grund

Fortsetzung auf Seite 2

Vorbeugung in der Praxis

AE-Forum zur Prävention periprotetischer Infektionen

Am 19. Juni fand in Hamburg das diesjährige AE-Forum unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Tirschenreuth) und Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (Karlsruhe) im Rahmen der 63. Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (NOUV) statt. Das Thema der Veranstaltung war die Prävention periprotetischer Infektionen in der Endoprothetik.

Übertragungswege

Priv.-Doz. Dr. Kirschner wies auf die Schwierigkeiten mit einer möglichen Keimübertragung durch die Touchscreens von Smartphones und Übertragungswege im Krankenhaus hin. Auch in der vernetzten Welt haben die bekannten Hygieneregeln unverändert Gültigkeit, die Händehygiene ist besonders zu beachten. Danach führte Prof. Dr. Axel Krämer (Greifswald) aus, dass 90 Prozent der Infektionen endogener Natur seien. Da immer mehr ältere Menschen versorgt werden und gleichzeitig die Zahl multi-

resistenter Keime aus der Tierzucht zunimmt, besteht eine erhöhte Gefahr für das Auftreten einer solchen Infektion. Wirksame Maßnahmen sind die Vermeidung perioperativer Hypothermie, die zeitgerechte Antibiotikaprophylaxe, Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen sowie Hautdesinfektionsmittel mit Remanenzwirkung. Prof. Dr. Iris F. Charbony (Leipzig) wies auf die wirtschaftliche Auswirkung von Infektionen hin, wie Verlängerung der Verweildauer und erhebliche Sekundärkosten. Das Screening von Risikopatienten und deren Dekolonisierung sind wirksame Maßnahmen der Vorbeugung. Eine eingelegte Wunddrainage sollte möglichst nur einen Tag liegen.



Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Rudolf Ascherl (links) und Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner

Reinraumprozeduren in der Industrie

Prof. Dr. Walter Rieger (Regensburg) gab interessante Einblicke in die Herstellung von Mikrochips: Die Schulung der Mitarbeiter für das Arbeiten im Reinraum beansprucht einen halben Tag. Zusätzlich werden kontinuierlich Prozesskontrollen durchgeführt und Reinraumkontrolleure eingesetzt. Ein besonderes Augenmerk wird auf die 5S-Regel für die Gestaltung des Arbeitsplatzes gelegt: Selektieren, Sortieren, Säubern, Standardisieren und Selbstdisziplin.

Fortsetzung auf Seite 2

Ankündigungen

AE-Session und AE-Lounge

DKOU2015
Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

20. Oktober, Berlin

Kongress „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative - Endoprothetik 2015“



5.-6. November, Frankfurt

17. AE-Kongress



Zuvor am 3. Dezember:
AE-Mitgliederversammlung

4.-5. Dezember, Stuttgart



Podiumsdiskussion mit Priv.-Doz. Dr. Iris Schleicher, Prof. Dr. Andreas Niemeier, Prof. Dr. Michael Morlock, Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (Fa. Aesculap) und Helmut D. Link (Fa. Waldemar Link) (v.l.n.r.)



Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. Rainer Neugebauer, Prof. Dr. Iris F. Chaberny, Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (v.l.n.r.)

Mikrobiologie

Im zweiten Block gab Prof. Dr. Arne Rodloff (Leipzig) Hinweise zur aktuellen Resistenzsituation und den zu verwendenden Antibiotika, für die es aber leider keine eindeutige Empfehlung gibt. Hier ist die lokale Resistenzsituation zu berücksichtigen. Das norwegische Register zeigt positive Effekte der mehrfachen Gabe innerhalb der ersten 24 Stunden. Prof. Ascherl wies auf die notwendigen Maßnahmen zur Patientenvorbereitung und Risikoselektion nach RKI-Hinweisen hin. Auch er betonte die Bedeutung einer Dekolonisierung. Dr. Lars Frommelt (Hamburg) stellte die Möglichkeiten des Keimnachweises per PCR und deren Beschränkungen dar: Insbesondere kann die molekularbiologische Diagnostik nur die vermuteten Keime finden. Einen Einsatz dieser Methode hält er nur bei Verdacht auf SIRS und zur schnellen Erkennung von TBC und MRSA für sinnvoll.

Instrumente und Implantate

Den abschließenden Block eröffnete Dr. Henning Röhl (Mannheim) mit der Darstellung der Probleme in der Aufbereitung von

Leihsieben unter den 2012 veränderten Empfehlungen der KRINKO. Die komplexe juristische Situation für den Implantate- und Instrumentenhersteller auf der einen Seite und die operierende Klinik auf der anderen Seite wurde beleuchtet. Er wies zudem auf die Bedeutung eines intakten OP-Teams für das Einhalten korrekter Hygienemaßnahmen hin. Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (Aesculap) stellte die Schwierigkeiten bei der Verpackung von Implantaten und die gesetzlichen Anforderungen an Haltbarkeit und Falltest dar. Helmut D. Link (Link) beschrieb die PorAg-Oberfläche seines Unternehmens als eine Implantatmodifikation zur Vermeidung von periprothetischen Infektionen. Dr. Claude Rieker (Zimmer) präsentierte die Silberbeschichtung der Firma Zimmer und verwies auf biomechanische Untersuchungen, die eine verzögerte, aber vollständige Osteointegration nachgewiesen haben. Prof. Dr. Michael M. Morlock (Hamburg) wies zum Abschluss der Veranstaltung auf die Problematik der biomechanischen Testung solcher Implantate hin. Entsprechende Testverfahren stehen bisher nicht zur Verfügung. Erste Ansätze zur Untersuchung der Schichthafung sind vorhanden, müssen aber noch etabliert werden.

unterstützt die AE sowohl das EPRD als auch die EndoCert-Initiative.

Dass die AE sich der Qualität und der Sicherheit verschrieben hat, findet Ausdruck in dem am 5. und 6. November 2015 in Frankfurt am Main stattfindenden Kongress „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2015“. Dieser Kongress verspricht einen spannenden Mix aus Praxis und Fachwissen aus erster Hand.

Wie wichtig Qualitätssicherung und -kontrolle sind, zeigen uns aktuelle Entwicklungen der Politik. Das neue Krankenhausstrukturgesetz macht es sich – bei bereits hohem Qualitätsniveau der Krankenhausversorgung – zum Ziel, die Rahmenbedingungen so zu optimieren, dass in Zukunft in Deutschland eine gut erreichbare, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung sichergestellt wird. Zu den Schwerpunkten des Gesetzes zählt die Einführung der Qualität als weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung. Die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung wird im Rahmen dieses Gesetzes durch eine Reihe von Maßnahmen gestärkt. So wird unter anderem der Gemeinsame Bundesausschuss gesetzlich beauftragt, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln. Dadurch sollen planungsrelevante Indikatoren entstehen, die sich als Kriterien und Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder eignen. Wir reden damit wieder über Qualitätszu- und -abschläge für erbrachte Leistungen. Die Mindestmengenregelung soll nach Vorgaben der höchststrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet und ausgebaut werden. DGOU und AE haben sich zu diesem Thema klar positioniert und sind in den hierfür wichtigen Gremien vertreten. Wir werden uns zukünftig mit einer Mengensteuerung zu befassen haben. Das Thema Zweitmeinung hat hier hohe Priorität. Über die Sinnhaftigkeit abteilungs- versus personenbezogener Mindestmengen ist intensiv nachzudenken. Orthopädie, Unfallchirurgie und Endoprothetik im Speziellen erfreuen sich immer eines großen medialen Interesses. Es sei hier auf den Plusminus-Bericht bezüglich der Medizinprodukteberater im OP hingewiesen, über den wir Sie in einem Schreiben informiert haben. Dieses Thema wurde bereits im vergangenen Jahr auf dem 16. AE-Kongress in Bonn diskutiert, und es wurden eindeutige Empfehlungen ausgesprochen. Auch auf die am 1. Oktober 2015 in Kraft getretenen Gesetze bezüglich der neuen Vorgaben bei der Aufbereitung von Medizinprodukten haben wir in einem gesonderten Schreiben hingewiesen. Besonders geregelt wurde nun die verpflichtende Ausstellung von Implantatpässen. Weiterhin ist vonseiten der Klinik im Falle von korrektiven Maßnahmen sicherzustellen, dass die Patienten binnen drei Tagen über den Endoprothesentyp, die Chargennummer oder die Seriennummer des Implantates ermittelt werden. Eine Forderung, die durchaus schwer zu erfüllen und umzusetzen ist.

12. AE-ComGen-Symposium

Grenzindikationen und Herausforderungen der Hüft- und Knieendoprothetik

Der 12. ComGen-Kongress, seit 2015 mit neuer Namensgebung als Symposium, fand am 26. und 27. Juni zum ersten Mal in Freiburg unter der Leitung von Prof. Dr. Peter Helwig (Freiburg), Prof. Dr. Andreas Niemeier (Hamburg) und Priv.-Doz. Dr. Gunnar Ochs (Tübingen) statt. Themenschwerpunkte waren die Grenzindikationen zwischen Gelenkersatz und Gelenkerhalt einerseits und die Grenzen des Machbaren in der Revisionsendoprothetik andererseits. Das Symposium fand in besonderer Atmosphäre in den schönen Räumen der historischen Aula des Kollegiengebäudes der Universität Freiburg statt. Der Veranstaltungsort hob nachhaltig den akademischen Charakter der Veranstaltung hervor.

Grenzindikation Gelenkerhalt versus Gelenkersatz

Hüftgelenk

Umstellung oder Endoprothese bei Hüftdysplasie

Dr. Thomas Mattes (Ravensburg) stellte in seinem Vortrag die Bedeutung der Klassifikation der Dysplasie heraus und betonte die begrenzte Endoprothesenstandzeit beim jüngeren Patienten. Neben der von ihm favorisierten OP-Technik der Beckenumstellung in einer minimalinvasiven Variante der Technik nach Tönnis wurde auch die Technik der periazetabulären Osteotomie nach Ganz vorgestellt. Es gibt auch bei Kellgren-Lawrence-Stadium I und II noch eine Indikation zur erfolgreichen Beckenumstellung, die im Allgemeinen bei einem CE-Winkel unter 16 Grad zu stellen ist. Dabei ist nicht nur die Koronarebene zu beachten, sondern immer auch die Dreidimensionalität des Problems. Eine eindeutige Altersgrenze wollte Dr. Mattes nicht ziehen. Er betonte abschließend, dass eine unmittelbare stationäre Rehabilitation von großer Bedeutung sei.

Grenzen der Hüftarthroskopie

Priv.-Doz. Dr. Oliver Hauschild (Freiburg) beleuchtete in seinem Beitrag die Grenzen und Möglichkeiten der arthroskopischen hüftgelenkerhaltenden Therapie. Wegen der zuweilen recht flachen Lernkurve dieser Technik müssen unbedingt die individuellen technischen Grenzen akzeptiert und berücksichtigt werden. Eine erfolgreiche Hüftgelenksarthroskopie kann – unabhängig vom Alter des Patienten – bis zu einem Kellgren-Lawrence-Stadium I und II durchgeführt werden. Insgesamt gibt es in der Literatur

zur Arthroskopie vor allem bei Dysplasie relativ wenig Daten. Zudem besteht besonders bei Dysplasie die Gefahr der Destabilisierung der Hüfte durch das durchzuführende Kapselrelease.

Hüftendoprothetik des sehr jungen Patienten

Dr. Diethelm Träger (Kassel) hob in seinem Vortrag zur Endoprothese beim sehr jungen Patienten hervor, dass die Literatur hierzu keine eindeutigen Aussagen macht, und stellte zunächst die Definition des „jungen Alters“ zur Debatte. Generell sollten gerade bei den jüngeren Patienten die konservativen Therapieoptionen vollständig ausgereizt werden. Auch die Hüftgelenksarthrodese ist beim sehr jungen Patienten durchaus nicht obsolet und kann gute Langzeitergebnisse erzielen, auch wenn sie von den Patienten heute immer weniger toleriert wird. Im Hinblick auf die Endoprothetik lässt sich anscheinend bei den unter 50-jährigen bei den Schäften eine bessere Standzeit erreichen als bei den Pfannen. Die Frage nach der optimalen Gleitpaarung bleibt unbeantwortet.

Kniegelenk

Arthroskopie bei Gonarthrose

Priv.-Doz. Dr. Gunter Spahn (Eisenach) wies in seinem Vortrag darauf hin, dass bei Gonarthrose eine Knorpelglättung mit dem Shaver nicht indiziert ist und eine Kniegelenksarthroskopie ohne umschriebene spezifische Therapiemaßnahmen mittelfristig keinen Erfolg verspricht. In 33 % der Fälle muss mit einer Konversion zu einer Knie-

endoprothese nach drei Jahren gerechnet werden. In diesen Fällen kann aber die konservative Therapie durchaus erfolgreich sein und die Endoprothese hinauszögern. Unklar ist jedoch die Situation bei einer Gonarthrose Kellgren-Lawrence-Stadium II und III, hier ist ein differenziertes Vorgehen erforderlich.

Knorpelregenerative Therapie

Dr. Dirk Albrecht (Reutlingen) stellte in seinem Beitrag ein häufiges Regeneratversagen nach Mikrofrakturierung auch kleinerer Defektareale heraus. Bei kleineren Läsionen ist eine OATS zuverlässig, allerdings mit einem entsprechenden Hebedefekt. Ab einer Schädigungsgröße über 4 Quadratzentimeter ist eine autologe Chondrozytentransplantation das Verfahren der Wahl, mit dem sich nach einer entsprechend längeren Rehabilitation gute Ergebnisse erzielen lassen. Es ist allerdings von Bedeutung, in diesen Fällen unbedingt auch vorhandene Begleitpathologien wie beispielsweise Achsfehlstellungen mit zu behandeln. Trotz der klaren Kriterien, wann welche knorpelregenerative Therapie indiziert ist, behandeln die meisten Kollegen auch nicht-ideale Patienten mit diesen Verfahren im Sinne von Ultima-Ratio-Situationen. Die Grenzen der knorpelregenerativen Therapie hinsichtlich Alter und korrespondierenden Läsionen beziehungsweise unikompartimenteller Arthrose müssen aber respektiert werden.

Schlittenprothese mit vorderer Kreuzbandplastik

Dr. Johannes Holz (Hamburg) stellte die seltene Indikation zur kombinierten Schlittenprothese mit ACL-Plastik vor. Er definierte den sogenannten Mid-Ager als typischen Patienten, der einen unikompartimentel-





Die wissenschaftlichen Leiter: Prof. Dr. Peter Helwig, ComGen-Präsident Prof. Dr. Andreas Niemeier und Priv.-Doz. Dr. Gunnar Ochs (von links)

len vollschichtigen Knorpeldefekt aufweist, mit einer Situation nach vorangegangener vorderer Kreuzbandruptur und hohem Aktivitätsanspruch. Die Technik der VKB-Plastik mit gleichzeitiger oder zweizeitiger Schlittenprothetik bedarf einer speziellen Nachbehandlung. Es lassen sich in der subjektiven Wahrnehmung gleich gute Ergebnisse wie nach isolierter Schlittenprothese erzielen. Die Fallzahlen sind allerdings sehr klein, so dass die systematisch erhobene Evidenz dieses Verfahrens noch gering ist.

Femoropatellare Arthrose

Dr. Alexander Beier (Sommerfeld) stellte die Designunterschiede der verschiedenen Trochleaendoprothesen vor sowie deren Vor- und Nachteile hinsichtlich verschiedener Indikationen vor. Wurde früher ein Constrained Design bevorzugt, geht die neuere Entwicklung hin zu einem geringeren Ausmaß von Constraint. Inzwischen lassen sich damit sehr zufriedenstellende Ergebnisse bei Ersatz von Trochlea und Patellarrückfläche erzielen. Gelegentlich ist bei diesen Patienten auch eine zusätzliche Stabilisierung der Patella, beispielsweise mit MPFL-Plastik, erforderlich.

Schlechtere Ergebnisse sind bei einem hohen BMI (>30) zu erwarten.

Umstellung versus Endoprothese

Die Indikation zur Tibiakopfumstellung kann laut Priv.-Doz. Dr. Fabian von Knoch (Zürich) nach Durchführung eines MRT gestellt werden. Vor einer Umstellungsoperation ist zwingend eine detaillierte Achsanalyse erforderlich. Die OP-Technik ist für beide Verfahren anspruchsvoll. Die Indikationsgrenzen sind fließend und hängen vom Funktionsanspruch des Patienten ebenso wie von der Erfahrung des Operators ab. Insgesamt kann der Patient nach Implantation einer Schlittenprothese eine deutliche schnellere Rehabilitation erwarten. High-impact-Sportarten sind für Patienten mit Schlittenprothese nicht geeignet. Ob man dem Patientenwunsch bezüglich der Indikation nachgeben darf, wurde kontrovers diskutiert. In seltenen Ausnahmefällen kann auch eine simultane Umstellung mit Schlittenprothese indiziert oder eine Rückosteotomie vor endoprothetischer Versorgung zu erwägen sein.

Herausforderungen in der Hüftendoprothetik

Recurrent total hip dislocation: Is dual mobility the final solution?

Prof. Dr. Patrice Mertl (Amiens, Frankreich) präsentierte in seinem auf Englisch gehaltenen Vortrag Luxationsraten in der Pri-

märendoprothetik von 0,7–3,0 % und in der Revisionsendoprothetik von bis zu 10 %. Er wies darauf hin, dass Constrained Liner (Schnapp-Pfannen) eine Revisionsrate von bis zu 30 % aufweisen. Entsprechend wird

Fortsetzung von Seite 2

Die erste Sitzung der AE-Akademie fand am Freitag, den 3.7.2015, im Capital-Club in Berlin statt. Die Akademie fungiert als Thinktank des Präsidiums und ist von größter Bedeutung für die AE, da hier die wissenschaftlichen Leiter und Referenten sowie Kollegen mit besonderer Expertise versammelt sind. In der ersten Sitzung wurden Arbeitsschwerpunkte der AE-Akademie definiert. Auf dem DKOU wird eine weitere Akademiesitzung zur Vertiefung stattfinden. Wesentliche Schwerpunkte sind unter anderem Internationalisierung, Konzepte zur wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen sowie Fellowship-Programme.

Die Kooperation zwischen der AE und EndoCert wurde intensiviert. Ab dem 1. Januar 2016 ist für die Rezertifizierung der EndoCert-Haupt- und Seniorhauptoperateure eine entsprechende Weiterbildung verpflichtend. Die Kurse der AE sind für diese Weiterbildung zugelassen und darauf ausgerichtet. Insbesondere die Masterkurse wenden sich an die erfahrenen Haupt- und Seniorhauptoperateure.

Besonders hinweisen möchten wir Sie auf folgende Veranstaltungen der AE, zu denen wir Sie ganz herzlich einladen:

- AE-Sitzung zum Thema „Komplikationsvermeidung und -management in der Hüftendoprothetik“ am Dienstag, den 20. Oktober, auf dem DKOU
- Des Weiteren würden wir uns freuen, Sie auf dem DKOU am Stand der AE beziehungsweise in deren Lounge begrüßen zu können.
- Kongress „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2015“ am 5. und 6. November in Frankfurt
- Jahreskongress am 4. und 5. Dezember in Stuttgart. Hier findet auch am 3. Dezember die diesjährige Mitgliederversammlung statt, zu der wir Sie besonders herzlich einladen möchten. Wir bitten Sie daran teilzunehmen, um auch Ihre Interessen in der AE zu vertreten.

Abschließend gilt unser besonderer Dank erneut Frau Andrea Trautwein, Herrn Harald Meyer, Frau Bettina Protzer sowie dem Team der AE-Geschäftsstelle und AE-Kursorganisation. Ebenso möchten wir den zahlreichen wissenschaftlichen Leitern und Referenten danken, die sich trotz extrem knapper Ressourcen mit großem Fachwissen und viel Enthusiasmus bei der AE engagieren. Für Anregungen und konstruktive Kritik sind wir jederzeit dankbar.

Viel Vergnügen beim Lesen der AE-News wünschen Ihnen

*Prof. Dr. Heiko Reichel, AE-Präsident
Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, AE-Generalsekretär*



Abendveranstaltung über den Dächern Freiburgs

im eigenen Patientengut die tripolare Pfannengeometrie, die auf die Entwicklungen von Prof. Bousquet im Jahr 1974 zurückgeht, großzügig sowohl in der Primär- als auch in der Revisionsendoprothetik eingesetzt. Abschließend stellte Prof. Mertl noch die Ergebnisse einer retrospektiven Multi-Center-Studie bei Patienten nach Implantation einer tripolaren Pfanne bei Hüftgelenksrevision vor. Hier wurden bei 7 von 180 untersuchten Hüftgelenken (3,8 %) Reluxationen im 7-Jahresverlauf beobachtet.

Rekonstruktion großer Pfannendefekte

Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (Karlsruhe) stellte seinen Behandlungsalgorithmus für die Paprosky-III-Defekte und die Beckendiskontinuität vor. Liegt ein entsprechender Knochendefekt des Azetabulums ohne eine begleitende Instabilität vor, verwendet er eine Burch-Schneider-Stützschaale, gegebenenfalls in Kombination mit Allograft beziehungsweise TM-Augment. Durch den Einsatz des TM-Augments kann der lasttragende Dom augmentiert und der meist längsovale Knochendefekt verkleinert werden, so dass die Stützschaale dann bei dieser Konstruktion eine stabile Auflage findet und das Drehzentrum des Gelenks rekonstruiert werden kann.

Bei Knochendefekten mit gleichzeitiger Instabilität aufgrund einer Beckendiskontinuität empfiehlt er die Kombination aus Stützschaale, TM-Augment und Plattenosteosynthese des hinteren Pfeilers. Als Rückzugsoption für sehr große Knochendefekte verwendet er die Sockelpfanne.

Periprothetische Schaftfraktur

Prof. Dr. Christoph Eingartner (Bad Mergentheim) arbeitete zunächst die Ursachen der periprothetischen Frakturen heraus. Es sei oftmals anamnestisch schwierig, ein adäquates von einem nicht-adäquaten Trauma zu unterscheiden. Häufig stelle die periprothetische Femurfraktur das „Epi-Phänomen der Endoprothesenlockerung“ dar. Dann stellte er sein Behandlungskonzept anhand der Vancouver-Klassifikation vor. Bei B1-Frakturen erfolgt die langstreckige Plattenosteosynthese. In Höhe des Implantats ist es teilweise schwierig, einen bikortikalen Schraubenhalt zu erreichen. Prof. Eingartner zieht hier die konventionellen bikortikal verankerten Schrauben den monokortikalen winkelstabilen Kopfverriegelungsschrauben vor. Bei B2- und B3-Verletzungen erfolgt der Schaftwechsel. Prof. Eingartner stellte hier den transfemorale Zugang und den Einsatz eines modularen Revisionsschaftsystems vor. Dieses Vorgehen ermögliche – wenn erforderlich – die Zemententfernung, eine sichere distale diaphysäre Fixation und die korrekte Rekonstruktion von Beinlänge und Offset.

Hüftgelenksnahe Femurfraktur und Osteoporose

Priv.-Doz. Dr. Christian Bahrs (Tübingen) stellte zunächst dar, dass bei Patienten mit proximalen Femurfrakturen in 3,7 % der Fälle Re-Operationen erforderlich sind, 2,8 % davon aufgrund von Komplikationen. Dann ging er auf die möglichen prophylaktischen Maßnahmen zur Vermeidung der Zweifrakturen ein. Hier wurde insbesondere die Sturzprophylaxe entsprechend der Leitlinie



ComGen Präsident Prof. Dr. Andreas Niemeier mit Referent Prof. Dr. Fares Haddad

der DVO hervorgehoben. Weiterhin ging Dr. Bahrs auf die neue DVO-Leitlinie Osteoporose von 2014 ein. Er erörterte die Basis- und die weiterführende Diagnostik bei Osteoporose und stellte die integrierte multimodale Versorgung als Lösungsansatz vor.

Revisionsendoprothetik Knie

Verfahrensgrenzen: Wechsel auf ungekoppelt, teilgekoppelt, gekoppelt?

Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfizner (Berlin) stellte zunächst anhand der Literatur dar, dass die ligamentäre Instabilität zu den häufigsten Revisionsursachen innerhalb der ersten fünf Jahre nach Implantation eines Oberflächenersatzes zählt. In seinem Vorgehen hat die Untersuchung des Kniegelenks unter Durchleuchtung im Rahmen der präoperativen Diagnostik einen sehr hohen Stellenwert. Er sieht die Indikation für eine teilgekoppelte Endoprothese (WVK) für noch balancierbare Gelenke. Für Gelenke mit einer im Vordergrund stehenden Beugeinstabilität und einer Reststabilität der dorsalen Kapsel hält er Rotationsscharnierendoprothesen (RHK) für erforderlich. Abschließend wurde noch die Problematik der Kniegelenke mit einer globalen Instabilität, das heißt mit einer zusätzlichen Laxizität der dorsalen Kapsel, dargestellt.

Rekonstruktion der Gelenklinie und Rotation im Revisionsfall

Prof. Dr. Christian Lüring (Dortmund) präsentierte die aktuelle Literatur und stellte dar, dass bei etwa 40 % aller Patienten, deren Knieendoprothese aufgrund einer ligamen-



Prof. Dr. Peter Helwig (vorne) beim Workshop

tären Instabilität revidiert wird, die Gelenklinie um >5 mm erhöht ist. Zudem betonte er, dass das klinische Outcome und die Funktion bei einer Verschiebung der Gelenklinie von 3-13 mm signifikant schlechter sind. Abschließend wurde das eigene Vorgehen dargelegt. Die Gelenklinienplanung erfolgt hier anhand des Fibulaköpfchens und des Epicondylus medialis. Die Balancierung des Kapselbandapparates erfolgt bei der Wechseloperation dann zuerst in Flexion und sekundär in Streckung.

Insuffizienz des Streckapparates

Dr. Urs Munzinger (Zürich) berichtete aus seiner langjährigen Erfahrung sowie anhand der Literatur über Salvage-Prozeduren für die Rekonstruktion des Streckapparates. Es wurde zunächst die Technik der Quadrizepssehnenrekonstruktion durch einen Transfer des Tractus iliotibialis dargestellt. Für die Rekonstruktion der Patellarsehne steht der Transfer der Achillessehne unter anderem als Autograft mit Knochenblock vom Calcaneus zur Verfügung.

Bei der akuten Ruptur des Streckapparates empfiehlt Dr. Munzinger grundsätzlich die Sehnenrekonstruktion, gegebenenfalls in Kombination mit einer biologischen Augmentation durch die Semitendinosus- beziehungsweise Gracilis-Sehne, fallweise mit einer synthetischen Verstärkung. Für die Rekonstruktion der chronischen Ruptur ist ein muskulo-tendinöser Flap beziehungsweise die Achillessehne und gegebenenfalls ein Allograft zu erwägen. Die Nachbehandlung sollte sehr restriktiv mit konsequenter

Ruhigstellung über mindestens 6 Wochen erfolgen.

Rekonstruktion großer Knochendefekte

Priv.-Doz. Dr. Matthias Gebauer (Hamburg) begann seinen Vortrag mit der Präsentation der AORI-Defektklassifikation für das distale Femur und die proximale Tibia. Als Rekonstruktionsmöglichkeit der AORI-Defekttypen I und II empfiehlt er die Verwendung von Zement (< 5 mm) sowie Allograft beziehungsweise Augmente. Für die Rekonstruktion der Knochendefekte, die sich bis proximal der Epicondylen (AORI-Typ F III) beziehungsweise distal der Tuberositas tibiae (AORI-Typ T III) erstrecken, sind die TM-Cones gegebenenfalls in Kombination mit Augmenten indiziert.

Mit der **Crossfire-Diskussion: Periprothetische Fraktur** wurde der erste Tag des Symposiums mit lebhafter Diskussion abgeschlossen.

Prof. Dr. Christof Müller (Karlsruhe) legte den hohen Stellenwert der osteosynthetischen Versorgung von periprothetischen Frakturen bei einliegender Knieendoprothese dar. Er erörterte insbesondere die Bedeutung der verschiedenen Osteosynthesekonzepte und hob die Besonderheiten der Winkelstabilität hervor. Gerade in der Behandlung des älteren Patienten sieht er den Vorteil in der gewebeschonenden Osteosynthese im Gegensatz zur komplexen Wechseloperation. Abschließend betonte er, dass die Osteosynthese die rasche Mobilisation des Patienten mit Vollbelastung ermöglichen sollte.



Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner mit Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner und Dr. Georgi Wassilew (v.l.n.r.)

Prof. Dr. Torsten Kluba (Dresden) stellte seine Erfahrungen bezüglich der Versorgung mit einem distalen oder totalen Femurersatz bei periprothetischen Frakturen dar. Er hob insbesondere hervor, dass in seinem Patientenkollektiv die meisten Patienten eine sehr schlechte Knochenqualität aufgrund von Radio- und Chemotherapie im Rahmen einer Tumorerkrankung beziehungsweise aufgrund des sehr hohen Lebensalters aufwiesen. Somit standen im Einzelfall keine Therapiealternativen zur tumorendoprothetischen Versorgung zur Diskussion. Die Einzelfälle wurden sehr detailliert dargestellt, insbesondere auch im Hinblick auf die entsprechenden Komplikationen.

Operieren wir zuviel?

In guter Tradition der ComGen-Kongresse wurde auch in diesem Jahr ein Teil des Symposiums für berufspolitische Diskussionen genutzt. Im Rahmen der ersten Panel Debate: Operieren wir zuviel? am Samstag haben Prof. Dr. Eva-Maria Bitzer (Freiburg) und Prof. Dr. Stefan Felder (Basel) diese schwierige Frage aus Sicht der Versorgungsforschung (Prof. Bitzer) sowie aus Sicht der Gesundheitsökonomie (Prof. Felder) sehr differenziert dargestellt.

Prof. Felder stellte zunächst klar, dass Deutschland sich im internationalen Vergleich zwar zusammen mit den anderen deutschsprachigen und einigen skandinavischen Ländern in der Spitzengruppe befindet, aber keinesfalls im Hinblick auf die Anzahl von Endoprothesenimplantationen pro Bevölkerungseinheit führend ist. Altersstandardisiert befindet sich Deutschland



Prof. Dr. Tobias Renkawitz beim Workshop

hinsichtlich der Hüftendoprothesenzahlen auf Platz fünf nach der Schweiz, Norwegen, Österreich und Luxemburg und nur marginal vor den USA (-0,6 %). Prof. Felder reflektierte mögliche Gründe für den starken Anstieg der Fallzahlen in den vergangenen Jahren, der durch die demographische Entwicklung allein nicht zu erklären ist. Aus ökonomischer Sicht können Faktoren wie steigender Wohlstand, steigende Ansprüche, besserer allgemeiner Gesundheitszustand, verändertes Freizeitverhalten und die Tatsache, dass in der GKV kaum Zuzahlungen erforderlich sind, dazu beitragen, dass die Nachfrage kontinuierlich steigt. Auf eine Bewertung, ob die aktuellen Implantationszahlen zu hoch seien, wollte Prof. Felder sich aus ökonomischer Sicht nicht festlegen, machte jedoch anhand von Daten aus den Jahren 2006–2010 sehr deutlich, dass auf Seiten der Leistungserbringer (Ärzte und Krankenhäuser) eindeutig objektiv nachvollziehbar ebenfalls ökonomische Anreize zur Mengenausweitung wirksam sind. Er zog die Schlussfolgerung, dass aus ökonomischer Sicht ein Preiswettbewerb wünschenswert sei.

Prof. Bitzer erinnerte an die Grundpfeiler und den Anspruch der Versorgungsforschung: Fokus auf konkrete Versorgungsstrukturen, Betonung der möglichst realitätsnahen Abbildung von Ergebnissen, gesundheitliche Versorgung unter Alltagsbedingungen, Nutzung nicht-experimenteller Studiendesigns, Einbeziehung der Patientenperspektive in die Ergebnisbewertung und Nutzung bestehender Datenbestände. Auf Basis dieser methodischen Grundsätze und großer Datensätze

(> 1 Million Versicherte) der Barmer und GEK stellte Prof. Bitzer anschließend die Mengenentwicklung der Knie- und Hüftendoprothetik in Deutschland für die Auswertungszeiträume 2003–2009 und 2010–2014 dar. Auch hier wurde deutlich, dass die demographische Entwicklung allein den Zuwachs (2003–2009: plus 18 % primäre HTEP, plus 53 % primäre KTEP) nicht erklären kann. Eigene Daten zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands durch die Patienten ergaben für diesen Zeitraum eine relativ konstante Ergebnisqualität bei subjektiv gesunkenem Niveau der Eingangsbeschwerden, aber auch erschreckend hohe Revisionsraten (primäre KTEP mit 6,5 % Revisionen nach zwei Jahren). Aktuelle, noch unveröffentlichte Auswertungen der Daten ab 2009 zeigen eine leichte Reduktion der Fallzahlen in der primären Knie- und Hüftendoprothetik 2009–2013, mit einer erneuten Trendumkehr zu wieder steigenden Zahlen 2014, deren Bedeutung und Nachhaltigkeit noch nicht abzusehen ist.

Es folgte eine sehr lebhaft diskutierte Diskussion um dieses wichtige und kontroverse Thema, wobei sowohl die nüchterne Darstellung der Fakten aus den fachspezifischen Perspektiven der Referenten als auch die teilweise recht emotionale Reaktion aus dem Auditorium durchaus geeignet war, die Lücken des wechselseitigen Verständnisses der einzelnen Beteiligten im System zu verdeutlichen.

Wissenschaftliche Publikation

Im Rahmen der zweiten Panel Debate: „Publish or Perish – what it takes to survive and flourish“ präsentierten Prof. Dr. Fares Haddad (London) und Prof. Dr. Tobias Renkawitz (Regensburg) in zwei hervorragenden englischsprachigen Vorträgen die vielfältigen Voraussetzungen, die heute für erfolgreiches und sinnhaftes wissenschaftliches Arbeiten in Orthopädie und Unfallchirurgie notwen-

dig sind. Prof. Haddad erläuterte in seiner Funktion als Chief Editor des „Bone and Joint Journal“ (BJJ, ehemals JBJS Br) zunächst die Historie der JBJS Am und JBJS Br sowie die Transition zum heutigen BJJ und wies auf die Besonderheit hin, dass das BJJ eine völlig unabhängige Non-Profit-Organisation und nur der Wissenschaft verpflichtet ist. In seinem Vortrag erläuterte Prof. Haddad dann, wie Autoren sich am besten durch den Publikationsprozess eines internationalen Top-Journals der Orthopädie und Unfallchirurgie navigieren. Er verdeutlichte Mechanismen und strategische Überlegungen, wie ein Verlag auch künftig über digitale und Print-Kanäle seine Adressaten erreichen und gleichzeitig kontinuierlich die bestmögliche wissenschaftliche Qualität aufrechterhalten kann.

Prof. Renkawitz beleuchtete die Thematik aus Sicht eines erfolgreichen orthopädischen Wissenschaftlers. Dabei machte er deutlich, dass auch in Zeiten knapper Ressourcen wissenschaftliches Arbeiten zu den Kernelementen der orthopädisch-unfallchirurgischen Ausbildung gehören muss. Teamarbeit, Mentoring und ein strukturierter Zeitplan sind dabei die wesentlichen Faktoren zur erfolgreichen Gestaltung akademischer Arbeitsabläufe. Prof. Renkawitz betonte, dass ein zentraler Punkt für die Weiterentwicklung unseres Faches auch die zukünftigen Rahmenbedingungen für den wissenschaftlichen Nachwuchs in Orthopädie und Unfallchirurgie sein werden. Hierzu gehören neben einer adäquaten personellen und materiellen Ausstattung der Universitätskliniken auch protegierte Zeitkontingente für wissenschaftliches Arbeiten. Es bestand unter den Teilnehmern der Panel Debate Konsens, dass dies absolute „key points“ für die wissenschaftliche Zukunft unseres Faches sind.

Vorschau

21.10.2015	AE-ComGen-Roundtable
4.12.2015	ComGen-Promotionssession beim 17. AE-Kongress, Stuttgart
11.12.2015	AE-ComGen-OP-Personalkurs, Tirschenreuth/Waldsassen
23.6.2016	AE-ComGen-Mitgliederversammlung, Mainz
24.–25.6.2016	13. AE-ComGen-Symposium 2016, Mainz

Neue AE-ComGen-Mitglieder

in der Mitgliederversammlung der ComGen am 25. Juni wurden vier AE-Mitglieder neu in die ComGen aufgenommen.



Priv.-Doz. Dr. med. Frank Timo Beil
Leitender Oberarzt und Stellv. Leitender Arzt, Klinikum Bad Bramstedt, Klinik für Orthopädie und Orthopädische Rheumatologie



Dr. med. Ralf Dieckmann
Sektionsleiter Endoprothetik/Leiter des Endoprothetikzentrums, Universitätsklinikum Münster, Klinik für Allgemeine Orthopädie und Tumororthopädie



Priv.-Doz. Dr. med. Tobias Gotterbarm
Geschäftsführender Oberarzt, Universitätsklinikum Heidelberg, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie



Dr. med. Henning Röhl
Leitender Oberarzt, Universitätsmedizin Mannheim, Orthopädisch-Unfallchirurgisches Zentrum

Neu im AE-ComGen-Präsidium



Prof. Dr. med. Peter Helwig
Sektionsleiter Endoprothetik, Oberarzt, Department Orthopädie und Traumatologie, Universitätsklinikum Freiburg



Dr. med. Alexander Beier
Oberarzt, Sana Kliniken Sommerfeld, Hellmuth-Ulrich-Kliniken. Klinik für operative Orthopädie Kremen

AE-ComGen-Promotionssitzung in Stuttgart

Die Promotionssitzungen auf den AE-Kongressen der vergangenen Jahre sind sehr erfreulich verlaufen. Es hat sich immer eine anregende Diskussion der vorgestellten Projekte und der damit zusammenhängenden Forschungsausrichtung der beteiligten AE-Kliniken ergeben. Die Promovierenden selbst haben die Vorstellung positiv wahrgenommen und waren von der angenehmen Atmosphäre der Sitzungen beeindruckt.

Deshalb möchten wir die bewährte Promotionssitzung auch in Stuttgart wieder durchführen. Nach wie vor sind Projekte mit klarem Bezug zur Endoprothetik, aber auch experimentelle oder biomechanische Arbeiten in diesem Kontext erwünscht.

Termin: Freitag, 4. Dezember 2015, 12:00–13:30 Uhr während des AE-Kongresses in Stuttgart

Um den Promovierenden und den AE-Mitgliedern einen größeren Nutzen aus den wissenschaftlichen Arbeiten anbieten zu können, ist eine Promotionsdatenbank geplant. Sofern Betreuer und Promovend zustimmen, soll das Abstract der Anmeldung in einer Datenbank erfasst werden. Hiermit wäre ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer kooperativen Bearbeitung der klinischen Fragestellungen aus dem Bereich Endoprothetik in der AE gemacht.

Für die Promovierenden sind die Rahmenbedingungen unverändert: Sie stellen ihre Projekte selbst vor, danach wird über methodische Aspekte der Arbeit und die bisherigen Ergebnisse diskutiert. Die Sitzungen sollen einen Austausch zwischen erfahrenen AE-Mitgliedern, ComGen-Mitgliedern und dem wissenschaftlichen Nachwuchs ermöglichen. Abschließend ist eine offene Sammlung dringlicher Forschungsthemen geplant.

Zur Unterstützung der Promovierenden werden die Reisekosten nach Stuttgart und eine Übernachtung übernommen. Die Teilnahme am AE-Kongress und am AE-Kongressabend ist für den wissenschaftlichen Nachwuchs frei.

Bitte melden Sie mögliche Kandidaten bis zum 30. Oktober 2015 bei der AE-Geschäftsstelle per E-Mail an: a.trautwein@ae-germany.com

Mehr Präsenz, mehr Wirkung

Zielsetzung der AE-Akademie

Brainstorming und Ideensammlung standen im Mittelpunkt der Tagung der AE-Akademie am 3. Juli in Berlin. In der lebhaften und ertragreichen Diskussion definierten die Mitglieder Internationalisierung, Wissenschaft und Fortbildung als die wichtigsten Felder für ihre künftige Arbeit.

Die Mitglieder waren zusammengekommen, um unter Vorsitz des Leiters der Akademie, Prof. Dr. Carsten Perka, Arbeitsschwerpunkte, Strukturen und Ziele der AE-Akademie festzulegen.

Erster Diskussionspunkt, eingebracht durch den Sprecher der AE-Akademie, Prof. Dr. Wolfhart Puhl, war die Frage der internationalen Präsenz. Soll die Aktivität der AE verstärkt über die deutschsprachigen Länder hinaus ausgeweitet werden? Die Teilnehmer sahen die Internationalisierung ganz

klar als notwendig an, sie voranzutreiben sei auch Aufgabe der AE-Akademie. Die internationale Zusammenarbeit mit nationalen Fachgesellschaften und anderen wissenschaftlichen Organisationen soll zunächst auf europäischer Ebene gestärkt werden. Hier wurden unter anderem die EFORT, die European Hip Society und die European Knee Society genannt. Außerdem soll ein Fellowship-Programm erarbeitet werden.

Fallzahlen sichtbar machen

Die Akademie möchte die wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen unterschiedlicher Größe, Trägerschaft und wissenschaftlicher Ausrichtung fördern. Insbesondere die Kooperation zwischen Universitätskliniken und regionalen Zentren soll verstärkt dazu beitragen, die hohen deutschen Fallzahlen auf der wissenschaftlichen Ebene besser sichtbar zu machen. In diesem Sinne soll auch ein Konzept zur Sammlung von Patientendaten innerhalb der AE entstehen.

Beim Thema Fort- und Weiterbildung wurde die Infektiologie als ein wichtiger Schwerpunkt genannt. Die Akademie will zudem prüfen, ob die Durchführung von Präferzkursen möglich ist, besonders im Hinblick auf künftig entstehende klinische Prüfzentren für die Endoprothetik. Ein weiteres Thema der Beratung war die Etablierung und Neuentwicklung elektronischer Kursformate. Für die verschiedenen Schwerpunkte sollen jeweils eigene Arbeitsgruppen gebildet werden.

An die Tagung der Akademie schloss sich ein Seminar zum Thema „Medizin in den Medien“ an. Es wurde von Holger Münsinger geleitet, der 20 Jahre lang als Journalist unter anderem für die Welt, die Berliner Morgenpost und die Bild-Zeitung gearbeitet hat. Wichtigstes Thema des Seminars war der Umgang mit der Öffentlichkeit nach Schadensfällen und in Krisensituationen.

Seminar Teach the Teacher

Freiburg, 25. Juni

Karl Marx behauptete, er habe die Philosophie Hegels vom Kopf auf die Füße gestellt, andere meinen, es war gerade andersherum. Jedenfalls griff Prof. Dr. Thomas Kälicke (1) beim Seminar „Teach the Teacher“ eine ehrwürdige akademische Tradition auf und überführte sie von der Theorie in die Praxis. Die wissenschaftliche Leitung der didaktischen Veranstaltung hatten Prof. Dr. Wolf Mutschler (1, rechts) und Prof. Dr. Matthias Siebeck, MME (2, 2. von links).



Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2015

Frankfurt am Main, 5.–6. November

Gelenkersatzoperationen führen in Deutschland bei etwa 400.000 betroffenen Patienten zur Wiederherstellung der Mobilität und weitestgehender Schmerzfreiheit. Große Herausforderungen wie die gestiegenen Patientenerwartungen, die Verbesserung der Revisionszahlen sowie alle Fragen um die Qualitätssicherung und Weiterbildung bedürfen jedoch noch der intensiven Auseinandersetzung der am Prozess Beteiligten.

Der „1. Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2013“ war ein voller Erfolg. Zwei Tage lang hatten knapp 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Möglichkeit, sich in Plenarsitzungen und Diskussionsrunden über die Verbesserungen der Endoprothetik im Sinne der Patientinnen und Patienten auszutauschen.

Vor dem Hintergrund dieses erfolgreichen Kongresses und der aktuellen gesetzlichen Initiativen der Bundesregierung wird nunmehr das Symposium „Qualität und Sicherheit in der Endoprothetik“ am 5. und 6. November 2015 in Frankfurt am Main mit einem hochinteressanten und ausgewogenen Vortragsprogramm fortgesetzt.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von

- Professor Dr. med. Carsten Perka
- Professor Dr. habil. Michael Morlock
- Professor Dr. med. Rudolf Ascherl
- Dipl. Kfm. Univ. Marc Michel
- Heinrich Wecker

wird auch dieser Kongress im engen Schulterschluss mit dem BVMed von der AE organisiert und veranstaltet.

Während der Pressekonferenz 2013: MdB Volker Kauder, Prof. Dr. Carsten Perka, Prof. Dr. Michael M. Morlock und Dipl. Kfm. Univ. Marc D. Michel

Neue Impulse für eine zukunftsfähige und sichere Endoprothetik

Trotz grundsätzlich hervorragender Ergebnisse, die sich mit modernem Gelenkersatz erzielen lassen, gibt es anhaltende, intensive Diskussionen in der Öffentlichkeit zum Thema der Sicherheit und Qualität in der Endoprothetik.

Implantatversagen, Materialunverträglichkeiten, Konus- und Abriebproblematiken stehen dabei unter anderem im Fokus. Eine zunehmende und vor allem nachhaltige Verunsicherung der Patienten ist die Folge, obwohl beispielsweise die Hüftendoprothetik im Lancet zu Recht als „Operation des Jahrhunderts“ bezeichnet worden ist.

Es gilt zu diskutieren, wie die tatsächlich aufgetretenen, unerwünschten Behandlungsergebnisse in Zukunft verringert und Risikofaktoren identifiziert werden können. Aktuell ist auch bei umfassender objektiver Bewertung aufgrund der multifaktoriellen Einflüsse meist keine singuläre Ursache für das Fehlschlagen zu bestimmen. Alle auffälligen Implantattypen hatten zum Zeitpunkt der Zulassung die bestehenden Voraussetzungen erfüllt und die geforderten biomechanischen Tests und Validierungen erfolgreich bestanden. Auch die betroffenen Operateure waren nach den geltenden Maßstäben ausgebildet.

Konstruktiver Dialog ohne berufsständische Eitelkeiten

Fehlererkennung und Fehlervermeidung setzen einen kooperativen, objektiven und vor allem analytischen Umgang mit den existierenden Problemen voraus. Wechselseitige Schuldzuweisungen der an der Leistungserbringung beteiligten Professionen sind kontraproduktiv.





Prof. Dr. Rudolf Ascherl und Heinrich Wecker (rechts), zwei der insgesamt fünf wissenschaftlichen Leiter in Frankfurt

duktiv. Es gilt vielmehr, die Problemfelder zu erkennen, sie in ihrer ganzen Komplexität zu analysieren und strategisch zu bearbeiten.

Dieser Kongress wurde im Zusammenschluss von Ärzten, Vertretern der medizintechnischen Industrie, Ingenieuren und Grundlagenforschern ins Leben gerufen und konzipiert, um die Stärken und Schwächen der Endoprothetik vor allem in den Grenzbereichen darzustellen und zu erörtern. Dabei werden beispielhafte Fallpräsentationen ebenso diskutiert wie die patientengerechte Kommunikation im Fall eines unerwünschten Ereignisses oder der rechtlich korrekte Umgang mit Vorkommnissen und Schadensanalysen.

Desweiteren sollen die Grenzen der biomechanischen Testung und die Einflüsse von nicht miteinander getesteten Implantatkombinati-



Bei der Podiumsdiskussion 2013: Wilhelm Blömer, Prof. Dr. Rudolf Ascherl und Prof. Dr. Michael M. Morlock (v.l.n.r.)

onen beleuchtet werden. Gerade bei schwierigsten Krankheitsverläufen und immer komplexer werdenden Implantatsystemen steigen die Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung kontinuierlich, was ebenfalls thematisiert werden wird. Die Ökonomisierung der Medizin im Allgemeinen sowie deren Auswirkungen auf den Bereich der Endoprothetik im Besonderen sollen auch vor diesem Hintergrund betrachtet werden.

Abschließend fällt der Blick auf die Aussagekraft von Endoprothesenregistern und patientenorientierten Qualitätsmaßstäben. Die Frage ist, welche Schlüsse sich im Sinne der Patienten hieraus ziehen lassen und welche Voraussetzungen noch geschaffen werden müssen, um das ganze Potenzial dieser Qualitätssicherungssysteme ausschöpfen zu können.

Jetzt anmelden!



Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2015

Frankfurt/ Main, 5.–6. November 2015
Hilton Frankfurt Airport THE SQUIRE,
Am Flughafen, 60549 Frankfurt
Information und Anmeldung: www.ae-gmbh.com

Qualität in der Endoprothetik ist Chefsache!

Der Kongress verspricht einen spannenden Mix aus Praxis- und Fachwissen aus erster Hand. Nutzen Sie die Konferenz, um qualitäts- und sicherheitsrelevante Lösungsansätze mit Experten aus Medizin, Industrie und Wissenschaft zu diskutieren und Chancen zu identifizieren. Freuen Sie sich auf wertvolle Einblicke von hochkarätigen Referenten, wie erfolgreiche Krankenhäuser und Unternehmen die anstehenden Herausforderungen meistern. Profitieren Sie vom intensiven Austausch unter Fachkollegen und von vielen wertvollen Impulsen für die Umsetzung in der eigenen Klinik. Namhafte Referenten und Experten stehen für die fachliche Expertise der Veranstaltung, Roundtables zur Vertiefung der Vorträge runden den Kongress ab und geben Ihnen die Möglichkeit an der Diskussion direkt teilzuhaben!

Bereiten Sie sich auf ein erfolgreiches Jahr 2016 vor, lassen Sie sich inspirieren und nutzen Sie den Dialog mit Kollegen und Spezialisten!

*Dipl. Kfm. Univ. Marc Michel
Harald Meyer*

Pragmatische Antworten auf drängende Fragen

Vorschau auf den 17. AE-Kongress in Stuttgart am 4. und 5. Dezember

„Grenzbereiche der Knieendoprothetik“ stehen im Mittelpunkt des diesjährigen AE-Kongresses in Stuttgart am 4. und 5. Dezember. Die wissenschaftlichen Leiter, Prof. Dr. Bernd Fink, Prof. Dr. Peter Aldinger, Prof. Dr. Dominik Parsch und Prof. Dr. Ulrich Stöckle, haben ausgewiesene Experten als Referenten gewinnen können. Ein hochinteressantes Programm, in dem es vor allem um konkrete Antworten auf Fragen aus der täglichen Praxis gehen wird, erwartet die Teilnehmer. Außerdem werden Qualitätsmessung und -bewertung unter die Lupe genommen. Am Vorabend des Kongresses findet traditionsgemäß die jährliche Mitgliederversammlung statt.

Warum lohnt es sich, zum AE-Kongress nach Stuttgart zu reisen?

Prof. Parsch: Die erfahrensten deutschen Experten auf dem Gebiet der Endoprothetik sind Mitglieder – und bewährte Referenten – der AE. Deshalb haben wir als wissenschaftliche Leiter das Glück, für die Programmgestaltung aus dem Pool der Besten schöpfen zu können. Der AE-Kongress fasst, wie jedes Jahr, den aktuellen Stand der Dinge zusammen, diesmal auf dem Gebiet der Knieendoprothetik. In Stuttgart wollen wir dabei besonders auf die Entscheidungsfindung in den Grenzbereichen fokussieren.

Heißt das, dass die primäre Standard-Endoprothetik keine Fragen mehr aufwirft?

Prof. Fink: Natürlich nicht, auch dort geht die Entwicklung weiter. Aber die Kliniken haben für die Arthrosebehandlung mit primärer, bikondylärer Knieendoprothetik in der Regel etablierte Verfahren und arbeiten mit diesen bereits auf einem hohen Niveau. Es sind die komplizierten Fälle und die Grenzbereiche, in denen wir mit den drängendsten Fragen konfrontiert sind. Dort haben wir den größten Bedarf an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem Rat der ausgewiesenen Experten. Auf dem Kongress wollen wir genau auf die konkreten Details blicken, die uns auf diesem Gebiet täglich beschäftigen.

Warum widmen Sie der Indikationsstellung fast einen ganzen Kongresstag?

Prof. Parsch: Bei der Indikation stehen dem Operateur theoretisch sehr viele Wege offen. Wir haben heute viel mehr Optionen als noch vor zehn Jahren – Osteotomie ja oder nein, uni- oder bikondylär, TEP nach Osteotomie,

unterschiedliche Ansätze für den femoropatellaren Bereich, um nur einige zu nennen. Auch das Zusammenspiel von Frakturversorgung und Endoprothetik wirft bei der Indikationsstellung Fragen auf.

Prof. Fink: Gleichzeitig haben an dieser Stelle klinikinterne Traditionen und persönliche Erfahrungen nach wie vor ein großes Gewicht. Wir wollen auf dem Kongress versuchen, evidenzbasierte Entscheidungshilfen zu definieren und praxistaugliche Algorithmen für die optimale Indikationsstellung gerade in den schwierigen oder nicht eindeutig scheinenden Fällen zu finden.



Die AE bedankt sich bei ihren Partnern für deren Unterstützung!

Gold:

Aesculap – a B. Braun company.
B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

CeramTec
TITAN CERAM COATINGS

DePuySynthes
COMPANIES OF Johnson & Johnson

LINK

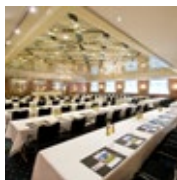
PETER BREHM
Die Präzision in Titan
für den Menschen

stryker[®]

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.[™]

Weitere Industriepartner:

RESORBA[®]
REPAIR AND REGENERATE
an Arthrex subsidiary of Stryker Corporation



AE-Mitgliederversammlung

Stuttgart, 3. Dezember, 17:00 Uhr

Maritim Hotel Stuttgart, Saal Maritim
Seidenstraße 34, 70174 Stuttgart
Tel.: 0711/ 942-0, www.maritimhotel.de

Worum geht es beim Thema Bewertungsparameter?

Prof. Fink: Was die Qualität und die Quantität der Knieendoprothetik betrifft, hat es in den letzten Jahren sehr viele polemische Diskussionsbeiträge gegeben, zum Beispiel aus der Politik und von den Kassen. Dabei wird oft mit scheinbar objektiven Zahlen hantiert, wie etwa mit der Gesamtzahl der KTEP-Operationen. Relativierende Faktoren wie die Altersstruktur werden ausgeblendet. Auch bei der Qualitätsbeurteilung ist keineswegs sicher, dass zuvor wirklich Qualität gemessen wurde. Viele Methoden sind in keiner Weise evaluiert. Der Teufel steckt auch hier im Detail.

Prof. Parsch: Wir wollen diesen Dingen auf den Grund gehen, um ein schärferes Bild der Ergebnisse unserer eigenen Tätigkeit zu gewinnen, aber auch um in der öffentlichen Diskussion besser gewappnet zu sein. Dazu wird es Beiträge geben, auf die wir alle sehr gespannt sind.

Was gehört noch zu den „Grenzbereichen“?

Prof. Fink: Wir haben mit der periprothetischen Fraktur und der Revision zwei Themenblöcke, in denen es um die besonders schwierigen Fälle gehen wird. Sie häufen sich unweigerlich, weil immer mehr Menschen immer mehr Jahre mit einer Endoprothese leben. Wir wollen in Stuttgart versuchen, möglichst viele der oft schwierigen Fragen zu beantworten, die sich in der täglichen Praxis daraus ergeben.



Jetzt anmelden!

17. AE-Kongress „Grenzbereiche der Knieendoprothetik“

Stuttgart, 4.–5. Dezember 2015
Maritim Hotel Stuttgart
Seidenstraße 34, 70174 Stuttgart

Information und Anmeldung: www.ae-gmbh.com

AE – Die deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

Profitieren auch Sie schon von dieser starken Vereinigung?

Die AE ist weit über Deutschland hinaus die wichtigste Fachgesellschaft im Bereich der Endoprothetik. Sie vertritt als wissenschaftliche Sektion die Belange der Endoprothetik innerhalb unserer Fachgesellschaft, organisiert Weiterbildung für ärztliche Kollegen und OP-Personal und kümmert sich um Patienteninformationen. Zudem gestaltet die AE mit den Kollegen von EndoCert die künftige Form von EndoProthetikZentren und nimmt aktiven Anteil an der Entwicklung des EPRD.

Gemeinsam können wir noch stärker werden

Es ist leichter geworden, Mitglied in der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik zu werden: Die Mindestzahl der selbstständig durchgeführten endoprothetischen Eingriffe beträgt nun 50 pro Jahr. Sie können als Hauptoperator eines EPZ Mitglied in der AE werden und ihre Fortbildungsmöglichkeiten nutzen.

Ausnahmen sind für Kollegen möglich, die sich auf die kleinen Gelenke – Schulter, Ellenbogen, Hand und Sprunggelenk – spezialisiert haben. Als weiteres Aufnahmekriterium zählt die intensive wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich der Endoprothetik oder in Spezialgebieten wie Anatomie, Biomechanik, Infektiologie und Allergologie.

AE-Mitglieder empfehlen Kollegen zur Neuaufnahme

Unverändert ist die Empfehlung eines AE-Mitgliedes Voraussetzung für eine Neuaufnahme. Dieser Passus ist bewusst so gewählt und gibt uns die Chance, insbesondere diejenigen Kollegen zur Neuaufnahme zu empfehlen, die uns bei der weiteren Verwirklichung unserer Ziele helfen. Für das neue Mitglied stehen natürlich handfeste Vorteile auf der Habenseite:

- Zugehörigkeit zu einer wichtigen Fachgesellschaft mit hoher wissenschaftlicher Reputation
- Umfassendes Fortbildungsangebot
- Vielfältige Möglichkeiten, sich aktiv an der wichtigen Arbeit der AE zu beteiligen
- Intensiver Austausch unter Kollegen
- Einfluss auf die Entwicklungen im Bereich Endoprothetik
- Netzwerk mit klarem Fokus

Für besonders aktive Mitglieder besteht zusätzlich zur AE-Mitgliedschaft die Möglichkeit zur Aufnahme in die AE-Akademie für Ärzte in leitender Position oder in die AE-ComGen, in der nicht-leitende Ärzte versammelt sind.

Anträge zur Aufnahme in die AE sind dieses Jahr bis zum 15. November an die Geschäftsstelle zu richten. Dort können die erforderlichen Unterlagen angefordert werden. Die detaillierten Aufnahmekriterien sind auf der AE-Website hinterlegt.

AE-Kurs für gelenkerhaltende Hüftchirurgie – erfolgreicher Pilotkurs in Dresden

Am 25. und 26. September fand in Dresden unter Leitung von Prof. Dr. Klaus-Peter Günther und Prof. Dr. Klaus-Arno Siebenrock ein erster Kurs zur gelenkerhaltenden Hüftchirurgie in Dresden statt.

Da die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik es auch als ihren Auftrag versteht, die Etablierung sinnvoller Präventionskonzepte bei degenerativen Gelenkerkrankungen zu unterstützen, sollte mit dieser Pilotveran-

staltung das aktuelle Wissen um Diagnostik und gelenkerhaltende Operationsverfahren insbesondere bei Hüft dysplasie und femuroazetabulärem Impingement vermittelt werden.



Prof. Dr. Hans Gollwitzer mit den beiden wissenschaftlichen Leitern Prof. Dr. Klaus-Peter Günther und Prof. Dr. Klaus-Arno Siebenrock (Bild links, v.l.n.r.), Teilnehmer bei den anatomischen Workshops (Bild rechts)



Praktische Demonstration in den Workshops



Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (2. v.l.) und Prof. Dr. Klaus-Arno Siebenrock (3.v.l.) mit Dr. Falk Thielemann, Dr. Theddy Slongo, Prof. Dr. Heiko Reichel, Dr. Albrecht Hartmann, Priv.-Doz. Dr. Stefan Fickert und Dr. Jens Goronzy (v.l.n.r.)

Besonders erfahrene Referenten aus deutschen und schweizerischen Behandlungszentren haben dazu gemeinsam ein Programm gestaltet, das aus Übersichtsvorträgen, ausgiebigen Falldiskussionen und Hands-on-Workshops bestand. Eine Sequenz von Beiträgen zur Diagnostik (F. Thielemann, M. Jäger, B. Bittersohl, S. Steppacher) schuf den Rahmen, bevor unterschiedliche Therapieoptionen vorgestellt und ausgiebig diskutiert wurden (F. Thorey, K.-A. Siebenrock, H. Gollwitzer, K.-P. Günther, B.-D. Katthagen, S. Steppacher, H. Windhagen, S. Fickert). Neben der äußerst hohen Qualität der Präsentationen fanden gerade die Gruppendiskussionen zum Management der Deformitäten großen Anklang. Dort wurden vorbereitete Fallpräsentationen hinsichtlich der diagnostischen Pfade und unterschiedlicher Therapieoptionen ausgiebig und teils kontrovers besprochen. Ein weiterer Höhepunkt waren anatomische Demonstrationen, die von den Dresdner Organisatoren A. Hartmann, F. Thielemann und J. Goronzy exzellent vorbereitet waren, sowie ein von T. Slonyg äußerst lebendig gestalteter Kurs zur proximalen Femurosteotomie. Die Durchführung von in die Thematik einführenden Arthroskopie-Workshops wurde freundlicherweise von F. Thorey und S. Fickert unterstützt.

Bettina Protzer kümmerte sich in bewährter Weise nicht nur um die Referenten, sondern auch um die insgesamt knapp 45 Teilnehmer sowie die Aussteller und hatte einen sehr ansprechenden Kursabend am Neumarkt in unmittelbarer Nähe zur Dresdner Frauenkirche organisiert. Der AE-Präsident H. Reichel, der die Veranstaltung ebenfalls mit einem Beitrag unterstützte, konnte sich abschließend bei den Organisatoren, Teilnehmern und Industriepartnern für die ausgesprochen gelungene Veranstaltung bedanken.

Der große Erfolg dieser deutsch-schweizerischen Zusammenarbeit darf uns stimulieren, das Konzept im Rahmen des AE-Kursprogrammes weiter zu verfolgen.

*Prof. Dr. Klaus-Peter Günther
Prof. Dr. Klaus-Arno Siebenrock*

AE-Kurs Evidenzbasierte Medizin: Teilgelenkersatz am Knie

Am 2. und 3.10.2015 fand als Novum in der AE in Stuttgart der Kurs „Evidenzbasierte Medizin: Teilgelenkersatz am Knie“ statt.

Die komplexe, wissenschaftlich fundiert präsentierte Thematik löste äußerst angeregte und spannende Diskussionen aus. Zu dem Seminar, das durch eine schöne Abendveranstaltung abgerundet wurde, gab es durchweg positive Rückmeldungen.

Ziel der Veranstaltung war eine Bestandsaufnahme zum Thema Teilgelenkersatz am Knie unter Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Spezialisten berichteten wissenschaftlich fundiert über ihre Erfahrung zum Thema. Die zugrunde liegende Literatur wurde nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin sowie relevanter Endoprothesenregister bewertet und zur Verfügung gestellt, um so eine kritische Bestandsaufnahme insbesondere auch der jüngeren Entwicklungen des Teilgelenkersatzes am Knie geben zu können.

Durch die Hands-on-Demonstrationen der verschiedenen Möglichkeiten zum Teilgelenkersatz am Knie wurde der Kurs für die Teilnehmer besonders attraktiv gestaltet.

Die meisten lehrreichen, häufig kontroversen Diskussionen wurden zu den Grenzindikationen und den Falldemonstrationen „fehlgeschlagener“ oder besonderer Fälle geführt. Diesen Themen wurde an beiden Tagen viel Zeit eingeräumt. Auch der großzügig bemessene Zeitrahmen für Diskussions- und Fragerunden der einzelnen Kursblöcke, die teilweise bewusst in Pro- und Kontra-Manier dargestellt wurden, wurde ausgiebig genutzt.

Im ersten Kursblock wurden die Grundlagen der Evidenz und Studienbewertung sowie Planung und die Registerdaten dargestellt.



Zudem wurden die Stärken und Schwächen bei der Interpretation der Daten diskutiert.

Beim unikondylären Gelenkersatz wurden die mediale und laterale sowie die Versorgung mit Mobile und Fixed Bearing in Pro- und Kontra-Manier präsentiert. Ebenso erfolgte die Darstellung der Versorgung des patellofemorale Gleitlagers. Ein besonderes Augenmerk wurde zudem auf die Abgrenzung zu weiteren Versorgungsoptionen gelegt: einerseits zum Gelenkerhalt mit knorpeleretzenden und achsumstellenden Maßnahmen sowie andererseits zum höhergradigen vollständigen Gelenkersatz.

Nach dem vielversprechenden Start und der sehr guten Resonanz ist eine Fortführung der Diskussion zu diesem spannenden Themenfeld im Folgejahr geplant.

*Priv.-Doz. Dr. Johannes Beckmann
Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner*



Bei den Workshops erhielten die Teilnehmer die Gelegenheit zum Üben.



Im Pausengespräch: Dr. Erich Feltes, Priv.-Doz. Dr. Jörg Lützner, Dr. Alexander Beier, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Prof. Dr. Dominik Parsch (v.l.n.r.)



Priv.-Doz. Dr. Johannes Beckmann (links) und Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner mit AE-Projektleiterin Jelena Bindemann

AE-Session beim AGA-Kongress

Dresden, 18. September

Der Übergang zwischen arthroskopischer und der endoprothetischen Behandlungsstrategie ist heute oft fließend. Deshalb gab es im Rahmen des diesjährigen AGA-Kongresses erstmals eine Kooperation zwischen der AGA und der AE. Im von der AE gestalteten Vortragsblock „Vom Teilgelenkersatz bis zur Totalendoprothese“ wurden die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Verfahren unter die Lupe genommen, die Möglichkeiten und Grenzen der Therapiekonzepte gemeinsam ausgelotet.

Die Vorsitzenden der AE-Session beim AGA-Kongress Prof. Dr. Georg Matziolis (1, links) und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller. Zu den Referenten der AE gehörten Prof. Dr. Peter Aldinger, Priv.-Doz. Dr. Johannes Beckmann und Prof. Dr. Michael Clarius (3, im Vordergrund, v.l.n.r.). Alle Fotos: ©Tobias Tanzyna



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

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

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

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

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

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



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

Beste Voraussetzungen zur Sicherung des Ergebnisses nach Orthopädischen Revisionseingriffen:

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

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

Haftet angefeuchtet hervorragend auf Fremdoberflächen.

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

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

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

- Biokompatibel
- Keine immunologische Abwehrreaktion
- Entzündungsfreie Wundheilung

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

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



Besuchen Sie unseren
Stand 4.2/65 zum DKOU 2015

RESORBA®
REPAIR AND REGENERATE

an Advanced Medical Solutions Group plc company

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

AE-Masterkurs Knie

Berlin, 3.-4. Juli

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Andreas Halder (1, Mitte) und Dr. Thomas Mattes (rechts) mit Prof. Dr. Christoph H. Lohmann, Prof. Dr. Werner Siebert und Simone Halder (v.l.n.r.). Bei den Workshops: Prof. Dr. Andreas Halder (2, Mitte), Dr. Thomas Mattes (3) und Dr. Alexander Beier (3)



AE-Masterkurs Hüfte

Frankfurt, 10.-11. Juli

Die wissenschaftlichen Leiter des Kurses Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (1, 2. v.l.) und Prof. Dr. Andrea Meurer mit den Mitorganisatoren Dr. Christoph Theis (rechts) und Dr. Thorsten Schache (ganz links). Die praktische Umsetzung konnte in den Workshops geübt werden (2 und 3).



AE-ComGen-OP-Personalkurs „Umgang mit Hüft- und Knie- prothesen: was-wann-wie?“

München, 17.–18. Juli

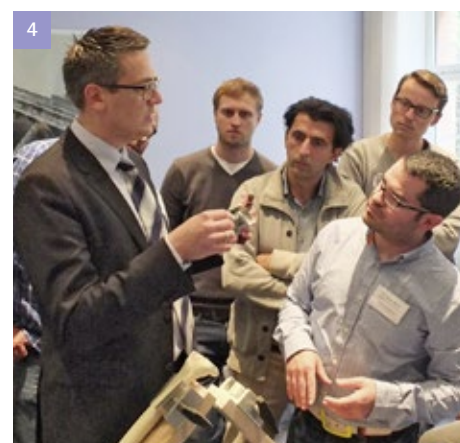
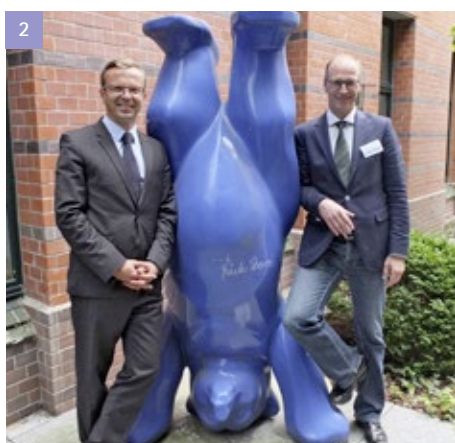
Beim OP-Personalkurs der ComGen in München wurde der Umgang mit Hüft- und Knieendoprothesen geübt. Die Leitung hatten Dr. Stephan Horn, Karolin Käseberg, Dr. Christian Fulghum und Dr. Manfred Vonderschmitt (1, v.l.n.r.). Dr. Christian Fulghum bei der Demonstration (2), Dr. Hans Breitruck war einer der Tutoren (3).



AE-Kurs Knie

Berlin, 11.–12. September

Die Workshopräume (1) im ehemaligen Walter-Scheel-Zentrum der Reinhardstraßenhöfe bieten eine ganz besondere Lernatmosphäre. Mit Blaubär: die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Robert Hube (2, links) und Prof. Dr. Henning Windhagen. Unter den Tutoren: Dr. Alexander Beier (3) und Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner (4)





AE-Masterkurs Hüfte

Köln, 4.–5. September

Die wissenschaftlichen Leiter der Veranstaltung im Kölner Kongresszentrum KOMED im Medienpark waren Dr. Holger Haas (1, links) und Prof. Dr. Dieter C. Wirtz. Zu den Tutoren gehörten Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (2, rechts), beim Workshop, und Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (3, rechts).



AE-Masterkurs Knie

Berlin, 24.–25. September

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Heiko Reichel (1, links) und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller mit Carina Wambach (links) und Andrea Trautwein, die den Kurs vor Ort unterstützten. Beim Workshop: Prof. Dr. Carsten Perka (2, links) und Prof. Dr. Georg Matziolis (4). Priv.-Doz. Dr. Matthias Gebauer (3) war einer der Referenten.



AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenks Hamburg, 17.–19. September

Einer der wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. David Wohlrab (1, Mitte) im Gespräch mit den Tutoren Dr. Christoph Windisch (links) und Priv.-Doz. Dr. Marcus Egermann (rechts). Zu den Referenten und Tutoren gehörten Priv.-Doz. Dr. Iris Schleicher (2, stehend) und Dr. Christoph Windisch (2, 2. v.l.), der wissenschaftliche Leiter Dr. Steffen Oehme (4) und Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm (5, links). Die Teilnehmer übten auch das Gehen mit Gehhilfen (3). Wie das Gruppenbild (6) zeigt, ist die Nachfrage nach dem Kursformat Tutorial groß.



AE-Kurs Hüfte

Berlin, 2.–3. Oktober

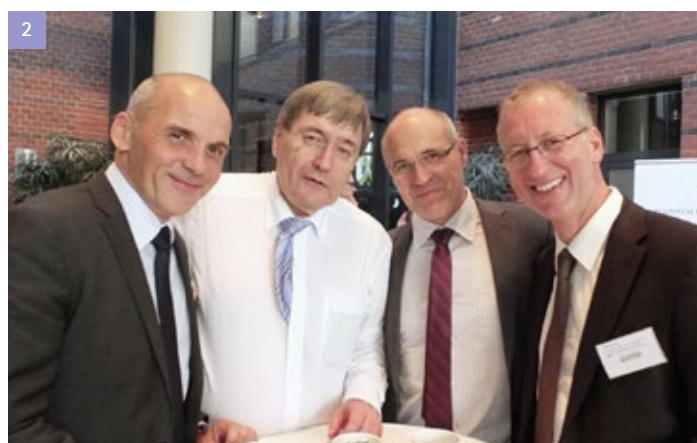
Die wissenschaftlichen Leiter waren Prof. Dr. Hartmuth Kiefer und Prof. Dr. Georg Matziolis (1, links). Bei den Workshops: Prof. Dr. Thomas Krüger (2, rechts) und Prof. Dr. Daniel Kendoff (3, rechts)



AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik

Berlin, 9.–10. Oktober

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Carsten Perka (1, links) und Prof. Dr. Klaus-Peter Günther demonstrierten den konservativen Ausgleich der Beinlängendifferenz. In der Pause: Harald Meyer mit den Referenten Prof. Dr. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier und Prof. Dr. Bernd Fink (2, v.l.n.r.) sowie Priv.-Doz. Dr. Michael Müller, Dr. Philipp von Roth, Dr. Jean WM Gardeniers und Prof. Dr. Carsten Perka (3, v.l.n.r.)



AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik

Berlin, 8. Oktober

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Rudolf Ascherl und Priv.-Doz. Dr. Bernd Preininger bei den Demonstrationen



Aktuelle Information

Enge Kooperation zwischen AE und EndoCert

Nach EndoCert zertifizierte EndoProthetikZentren und EndoProthetikZentren der Maximalversorgung sind ab 1.1.2016 verpflichtet, regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen für die Hauptoperatoren beziehungsweise Senior-Hauptoperatoren nachzuweisen. Neben den Kursen zur Speziellen Orthopädischen Chirurgie der DGOOC sind hierfür derzeit die Masterkurse sowie weitere Kursveranstaltungen der AE beziehungsweise der AE-Kongress zugelassen. Die genauen Vorgaben werden auf der Internetseite www.endocert.de veröffentlicht.

Die AE bietet den Operateuren wie keine andere Institution ein umfangreiches Kursprogramm für die Fort- und Weiterbildung in der Endoprothetik. Mit annähernd 30 Kursen werden alle Gelenke auf allen Kenntnis- und Fähigkeitsebenen abgedeckt. Auch Spezialkurse werden angeboten und dienen zur Vertiefung spezieller Themen wie beispielsweise Revision, periprothetische Frakturversorgung oder Zementiertechnik. Informieren Sie sich zum Kursangebot der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik auf www.ae-germany.com

Dr. Holger Haas
Harald Meyer



Terminübersicht 2015

20. Oktober	AE-Session beim DKOU, Berlin
05.–06. November	Kongress: „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative Endoprothetik 2015“ (AE/BVMed), Frankfurt/Main
19.–21. November	AE-Kurs Knie und AE-Masterkurs Knie, Ofterschwang
27. November	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen, Münster
03. Dezember	AE-Mitgliederversammlung ab 17 Uhr, Stuttgart
04.–05. Dezember	17. AE-Kongress „Grenzbereiche der Knieendoprothetik“, Stuttgart
09.–10. Dezember	AE-Kompaktkurs Zementiertechnik und Infektion, Tirschenreuth
10.–11. Dezember	AE-ComGen-OP-Personalkurs, Tirschenreuth

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

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

SAVE THE DATE!

20 Jahre AE 2016

Gesundheitspolitisches Symposium aus Anlass des 20-jährigen Jubiläums der AE

Berlin, 8. Dezember 2016

18. AE-Kongress (Jubiläumskongress)

Berlin, 9.-10. Dezember 2016

Impressum

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

Verantwortlich:

Prof. Dr. Heiko Reichel, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Koordination:

Andrea Trautwein

Geschäftsstelle AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.

0761/45647666

a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion:

Zsolt Pekker

07634/551946

pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion:

LoopKomm Infomarketing

0761/4882791

mail@loopkomm.de