



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

**Pressekonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) anlässlich des
21. AE-Kongresses vom 6. bis 7. Dezember 2019 in Düsseldorf
„Miteinander – Füreinander: you never walk alone!“**

Termin: Donnerstag, 28. November 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

Ort: Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz, Raum 1–2

Adresse: Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55, 10117 Berlin

Programm

Wenn chronisch Kranke ein Ersatzgelenk brauchen: was Patienten mit Diabetes, Psoriasis, offenen Beinen und anderen Beschwerden wissen sollten

Professor Dr. med. Rudolf Ascherl

Präsident der AE, Chefarzt Gesundheitszentrum Waldsassen, MVZ Stiftland
Tirschenreuth und Waldsassen

Nie mehr „Implant Files“: worauf es für mehr Patientensicherheit wirklich ankommt (Vorstellung Jahresbericht 2019 des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD))

Professor Dr. med. Carsten Perka

Generalsekretär der AE, Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Wieder mobil durch Hüft- und Knieprothesen: Ist langfristig gute Qualität bei sinkenden Fallpauschalen überhaupt noch zu erreichen?

Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller

Vizepräsident der AE, Chefarzt Herzogin Elisabeth Hospital, Orthopädische Klinik
Braunschweig

Comeback der Metallkappe? Statt Hüfttotalprothese die kleine Lösung wie bei Tennisprofi Andy Murray? Für wen der Oberflächenersatz infrage kommt

Professor Dr. med. Carsten Perka

Generalsekretär der AE, Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Thieme Communications, Stuttgart

Pressekontakt für Rückfragen:

Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Heike Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 89 31-173

Fax: 0711 89 31-167

E-Mail: liebendoerfer@medizinkommunikation.org



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

21. AE-Kongress: „Miteinander – Füreinander: you never walk alone!“
6. bis 7. Dezember 2019, Düsseldorf; Pressekonferenz am 28. November 2019 in Berlin

Ersatzgelenke von Hüfte und Knie: Rauchen und Co. erhöhen Komplikationsrisiko

Begleiterkrankungen, Medikation und Psyche des Patienten bereits im Vorfeld berücksichtigen – der Patient als aktiver Partner im Behandlungsteam

Freiburg/Düsseldorf/Berlin, 28. November 2019 – Was viele Patienten mit einer Hüft- oder Knieprothese nicht wissen: Rauchen kann – ebenso wie ein unerkannter Diabetes, starkes Übergewicht, Zahnerkrankungen, chronische Wunden oder Hautinfektionen – ihr Risiko für Komplikationen deutlich erhöhen. So treten bei Rauchern etwa Wundheilungsstörungen, Infekte und Lockerungen des Implantats um mindestens das Doppelte häufiger auf. Umgekehrt würde ein gezielter zwölf-wöchiger Rauchverzicht rund um eine Implantation – jeweils sechs Wochen vor und nach dem Eingriff – das rauchbedingte Risiko um 50 Prozent senken (1). Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik setzt sich deshalb für die langfristige Vorbereitung von Prothesenimplantationen ein. So können Ärzte frühzeitig risikoträchtige Vorbefunde abklären und behandeln. Ebenso sollen Patienten durch Information und Aufklärung selbst zu einem erfolgreichen Eingriff beitragen können. Auf der Pressekonferenz der AE – Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik am 28. November 2019 in Berlin erläutern Experten, was Patienten heute darüber wissen sollten. Die Pressekonferenz findet im Vorfeld des 21. AE-Jahreskongresses (6. bis 7. Dezember in Düsseldorf) statt.

Die Implantation von künstlichen Hüft- und Kniegelenken hat sich seit ihren Anfängen in den 50er-Jahren des vorigen Jahrhunderts durch den britischen Hüft-Pionier Sir John Charnley zu einem der erfolgreichsten Eingriffe überhaupt entwickelt. Registerarbeit und verschiedene Zertifizierungsmaßnahmen, wie etwa das deutsche Endoprothesenregister EPRD (2) und das Qualitätssiegel EndoCert (3) der DGOOC, führten zu einer laufenden Verbesserung von Prothesen und Operationsverfahren. „An dieser Stelle sind deshalb nur noch geringe Steigerungen zu erwarten“, sagt Professor Dr. med. Rudolf Ascherl, Präsident der AE. Um



weitere Optimierungspotenziale zu heben, rücken nun weitere Faktoren in den Blick, etwa die langfristige Vorbereitung der Patienten vor der Operation und das Patientenmanagement.

„Wir wissen heute, dass Begleiterkrankungen, Medikation sowie die körperliche und seelische Verfassung unserer Patienten einen wesentlichen Einfluss auf das Implantationsergebnis haben“, so Ascherl, der Direktor der Klinik für spezielle Chirurgie und Endoprothetik am Krankenhaus Tirschenreuth ist. „Wir müssen die Betroffenen deshalb bereits ab dem Zeitpunkt der Indikationsstellung zum Ersatzgelenk engmaschig in die Vorbereitungen einbeziehen und aufklären.“ Dabei komme den Patienten heute eine viel aktivere Rolle zu. „Sie müssen mehr wissen und mehr für sich tun.“ So sei etwa vielen Rauchern nicht bekannt, dass der blaue Dampf nicht nur ihrer Lunge und Gefäßen schade. „Die im Rauch enthaltenen Kohlenmonoxide (CO) und Cyanwasserstoffe führen zu einer verminderten Versorgung aller Gewebe mit Sauerstoff. Dadurch ist auch die Wund- und Knochenheilung bei einer Implantation beeinträchtigt“, so Ascherl. „Diese schädlichen Effekte bilden sich jedoch sehr rasch zurück, wenn man mit dem Rauchen aufhört“, beruhigt der Orthopäde und Unfallchirurg. Deshalb lohne sich bei – übrigens allen – geplanten Operationen eine mindestens sechswöchige Rauchpause vor und nach der Operation.

„Patients can help themselves by preparing for surgery!“, sagte einst schon Sir John Charnley. Diese Haltung ist aktueller denn je, findet Ascherl. Entsprechend hat er in seiner Funktion als Kongresspräsident auch das Motto des kommenden 21. AE-Kongresses gewählt: „Miteinander – Füreinander: you never walk alone!“

– Bei Abdruck Beleg erbeten –

Quellen:

(1) Nikolaus Boehler, Li Felländer-Tsai: Rauchverzicht rund um orthopädisch/unfallchirurgische Operationen: ein wesentlicher Faktor zur Ergebnisverbesserung

Z Orthop Unfall 2019; 157(05): 480-482

DOI: 10.1055/a-0974-9317

<https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0974-9317.pdf?cooperation=pQqBgrURuUJdjNFTU6C2mFoUIQW4PXYsGd5mRF9>



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

(2) „Endoprothesenregister Deutschland (EPRD): Jahresbericht 2019, zu beziehen über die Website des Endoprothesenregisters Deutschland:

www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2019_doppelseite_2.0.pdf

(3) EndoCert, Zertifizierungssystem der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädischen Chirurgie (DGOOC) für Kliniken, die Endoprothesen implantieren:

www.endocert.de

Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. verfolgt als unabhängiger Verein seit 1996 das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit Gelenkerkrankungen und -verletzungen nachhaltig zu verbessern und deren Mobilität wiederherzustellen. Mit ihren Expertenteams aus führenden Orthopäden und Unfallchirurgen organisiert sie die Fortbildung von Ärzten und OP-Personal, entwickelt Patienteninformation und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs. Die AE ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU).



21. AE-Kongress: „Miteinander – Füreinander: you never walk alone!“
6. bis 7. Dezember 2019, Düsseldorf; Pressekonferenz am 28. November 2019 in Berlin

Hüft- und Knieprothesen: Erfahrung von Operateur und Krankenhaus senkt die Komplikationsrate Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) legt Jahresbericht vor

Freiburg/Düsseldorf/Berlin, 28. November 2019 – Kliniken, die viele künstliche Hüft- und Kniegelenke implantieren, weisen tendenziell bessere Operationsergebnisse auf als Einrichtungen, die wenige Eingriffe durchführen. Weiteren Einfluss auf die erfolgreiche Verweildauer einer Prothese im Körper, die sogenannte Standzeit, haben die verwendeten Prothesenkomponenten und -materialien sowie die Patienten selbst. Zu diesen Schlussfolgerungen kommt der soeben vorgelegte Jahresbericht 2019 des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) (1). Weitere Ergebnisse und welche Konsequenzen sich daraus für die zukünftige Patientenversorgung mit Ersatzgelenken ergeben, sind Gegenstand der heutigen Pressekonferenz der AE – Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik in Berlin. Sie findet im Vorfeld des 21. AE-Jahreskongresses vom 6. bis 7. Dezember in Düsseldorf statt.

Um etwa 27 Prozent werden die Implantationen von Ersatzgelenken an der Hüfte in Deutschland bis zum Jahr 2040 gegenüber den Zahlen von 2010 steigen, so eine im letzten Jahr publizierte Studie (2). „Allein dieser – überwiegend altersbedingte – Anstieg ist Grund genug, mit Hochdruck an der weiteren Optimierung dieser an und für sich schon heute sehr erfolgreichen Operation zu arbeiten“, sagt Professor Dr. med. Carsten Perka, Generalsekretär der AE. Der Ärztliche Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Charité Berlin ist Sprecher des EPRD und Präsident der DGOOC.

Um eine bestmögliche Patientensicherheit bei der Versorgung mit Ersatzgelenken von Hüfte und Knie zu gewährleisten, wurde – Jahre vor den „Implant Files“ – das EPRD ins Leben gerufen. Seit Ende 2012 können Kliniken die Daten der implantierten Prothesen und damit versorgten Patienten in dieses freiwillige Register eintragen. „Damit lassen sich frühzeitig wertvolle Rückschlüsse, etwa auf Implantatversagen, ziehen und so größere Schäden in der



Breite vermeiden“, erläutert Perka. Mittlerweile nehmen etwa 750 der rund 1200 in Deutschland Endoprothesen einsetzenden Kliniken am EPRD teil. Etwa 1,3 Millionen Implantationen sind darin registriert. Die Erfassungsrate lag zuletzt bei knapp 67 Prozent aller jährlichen endoprothetischen Eingriffe an Hüfte oder Knie. Besonders kleinere Krankenhäuser sind jedoch bislang unterrepräsentiert. „Spätestens mit einer verpflichtenden Teilnahme aller Krankenhäuser im Rahmen des geplanten staatlichen Implantateregisters, das im Jahr 2021 seinen Dienst aufnehmen soll, wird diese Lücke in der Erfassung geschlossen werden“, so der Orthopäde und Unfallchirurg. „Wir sehen es als Bestätigung unserer Bestrebungen, dafür nun als Blaupause dienen zu können.“

Schon jetzt gibt es eine gute Nachricht zu vermelden. Erstmals können dem Bericht Ausfallwahrscheinlichkeiten bis vier Jahre nach der Erstimplantation eines Ersatzgelenks entnommen werden. „Die aktuell im Umlauf befindlichen Implantate sind sicher, sofern sie im EPRD bereits erfasst werden“, sagt Perka. „Implantate wie die, welche in den „Implant Files“ diskutiert wurden, sind seit vielen Jahren in Deutschland nicht mehr auf dem Markt.“

Weniger überraschend ist, dass Erfahrung und Routine von Operateur und Klinik einen positiven Einfluss auf das Ergebnis haben: „Tendenziell zeigt sich, dass je häufiger in einem Krankenhaus endoprothetische Eingriffe an Hüft- und Kniegelenk durchgeführt werden, desto niedriger im Allgemeinen auch die Ausfallwahrscheinlichkeiten sind.“ Besonders deutlich wird dies beim Teilersatz des Kniegelenks, der sogenannten unikondylären Knieendoprothese. „In Krankenhäusern, die diese Eingriffe nur selten durchführen, ist die Ausfallwahrscheinlichkeit drei Jahre nach der Erstimplantation doppelt so hoch wie bei denen, für die dieser Eingriff fast schon den Regelfall darstellt.“ Perka stellt fest: „Wir können bereits jetzt die Prognose wagen, dass das Implantateregister weniger Probleme mit den Implantaten zeigen wird, sondern vielmehr Unterschiede in der Implantationsqualität zwischen den Krankenhäusern.“

– Bei Abdruck Beleg erbeten –



Quellen:

(1) „Endoprothesenregister Deutschland (EPRD): Jahresbericht 2019, zu beziehen über die Website des Endoprothesenregisters Deutschland:

https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2019_doppelseite_2.0.pdf

(2) Projections of primary hip arthroplasty in Germany until 2040: Veronika Pilz, Tim Hanstein, and Ralf Skripitz, Acta Orthop. 2018 Jun; 89(3): 308-313, doi: 10.1080/17453674.2018.1446463

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6055773/>

Weitere Informationen:

Das **Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)** der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) (www.eprd.de) wird seit Ende 2012 von der DGOOC zusammen mit dem AOK-Bundesverband GbR (AOK-BV), dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) und dem Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BVMed) aufgebaut. Ziel ist, Daten zu künstlichen Hüft- und Kniegelenken auf freiwilliger Basis zu sammeln und so langfristig eine belastbare Grundlage für ihre Beurteilung zu schaffen. Mittlerweile sind über 1,3 Millionen endoprothetische Hüft- und Knieoperationen aus rund 750 deutschen Krankenhäusern darin dokumentiert. Sprecher des EPRD ist Prof. Dr. med. Carsten Perka. Der Ärztliche Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Charité Berlin ist Präsident der DGOOC, Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) und Generalsekretär der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik.

EndoCert www.endocert.de: EndoCert ist eine Initiative der DGOOC und der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. zur Zertifizierung medizinischer Einrichtungen für den Gelenkersatz. Sie stellt eine qualitativ hochwertige Durchführung von endoprothetischen Eingriffen sicher (mit Kliniken-Suchfunktion).

Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. verfolgt als unabhängiger Verein seit 1996 das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit Gelenkerkrankungen und -verletzungen nachhaltig zu verbessern und deren Mobilität wiederherzustellen. Mit ihren Expertenteams aus führenden Orthopäden und Unfallchirurgen organisiert sie die Fortbildung von Ärzten und OP-Personal, entwickelt Patienteninformation und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs. Die AE ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU).



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

21. AE-Kongress: „Miteinander – Füreinander: you never walk alone!“

6. bis 7. Dezember 2019, Düsseldorf; Pressekonferenz am 28. November 2019 in Berlin

Hüft- und Knieprothesen für Jüngere und in Spezialfällen: Kostendruck gefährdet qualitativ hochwertige Versorgung

AE warnt vor „Kellertreppeneffekt“

Freiburg/Düsseldorf/Berlin, 28. November 2019 – Wer ein Ersatzgelenk von Hüfte oder Knie benötigt, sollte das auf sein Alter, seine Gesundheit und Lebensumstände zugeschnittene Implantat erhalten, fordert die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik. Denn je nach individueller Ausgangssituation sind unterschiedliche Modelle und Materialien geeignet. Doch insbesondere Fachkliniken, die sich auf die Versorgung mit Endoprothesen spezialisiert haben, geraten mit diesem patientenbezogenen und auf Langfristigkeit angelegten Ansatz zunehmend unter Kostendruck. Der Grund ist eine sinkende Vergütung der Sachkosten durch die gesetzlichen und privaten Krankenkassen im Rahmen der sogenannten Fallpauschalen. „Dadurch führt der Einsatz von hochwertigen und länger haltbaren und damit teureren Implantaten, wie sie besonders für Jüngere und Aktive – aber auch in der Spezialversorgung – infrage kommen, zu Verlusten“, so die Fachgesellschaft. Auf der heutigen Pressekonferenz der AE in Berlin diskutieren Experten, was eine gute Behandlung ausmacht und was Patienten darüber wissen sollten. Sie findet im Vorfeld des 21. AE-Jahreskongresses vom 6. bis 7. Dezember 2019 in Düsseldorf statt.

Ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk – das brauchen doch nur Senioren, denken viele. Doch von den knapp 240 000 Patienten, die im Jahr 2018 eine Hüftprothese erhalten haben, war etwa jeder sechste jünger als 60 (38 500 Patienten) (1). Zu den Ursachen gehören Verschleiß durch Leistungssport, starkes Übergewicht, Rheuma oder eine Fehlbildung des Gelenks. „Benötigt ein jüngerer, mobiler Patient eine künstliche Hüfte, ist vor allem die lange Haltbarkeit wichtig“, sagt Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller, Chefarzt der Orthopädischen Klinik am Herzogin Elisabeth Hospital in Braunschweig. „Von besonderer Bedeutung ist hier die sogenannte Gleitpaarung aus der künstlichen Gelenkpfanne und der Gelenkkugel. Die verwendeten Materialien sollten möglichst reibungsarm sein. Dann nämlich erzeugen sie weniger Abrieb und halten länger.“ Für diese Patienten sei deshalb die Kombination



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Keramik-Keramik beziehungsweise modernes hochvernetztes Polyethylen mit Keramik am besten, so Heller, der Vizepräsident der AE ist. „Damit ist mehr körperliche Aktivität möglich, und man kann gleichzeitig einen belastenden Implantatwechsel möglichst lange hinauszögern.“ Demgegenüber reiche für Ältere meist die Standardversorgung. Gemessen an ihrer statistisch gesehenen Restlebenserwartung kommen bei ihnen eventuelle Nachteile einer preiswerteren Kombination nicht mehr zum Tragen.

Der Preisunterschied zwischen der Standardversorgung und der abriebfesteren Lösung kann bis zu 1000 Euro betragen.

Die Krux: „Entscheiden wir uns zum Wohl des Patienten für eine teurere Lösung, zahlen wir drauf“, sagt Heller. Denn mittlerweile seien die erstatteten Sachkosten für Prothesen auf einem Tiefpunkt angelangt. Der Grund: Im deutschen Fallpauschalensystem erhalten Kliniken immer den gleichen Betrag für den Eingriff. „Die sogenannten DRGs für Hüft- und Knieprothesen unterscheiden nicht nach hochwertiger oder weniger hochwertiger Materialien, modernen oder länger auf dem Markt befindlichen Implantaten, ebenso wenig wie nach jungen und alten Patienten“, so der Orthopäde und Unfallchirurg. Der Erstattungsbetrag orientiert sich vielmehr am Mittelwert der Kosten aller einkaufenden Kliniken. „Diese versuchen, letztendlich alle unter dem Mittelwert zu bleiben.“ Dadurch haben Kliniken, die nicht in einem Klinikverbund sind oder hochwertig einkaufen, Nachteile: Ihre Sachkosten sind höher, als im Mittelwert veranschlagt. „Dies führt langfristig dazu, dass man eine schwarze Null nur erwirtschaften kann, wenn man weniger Sachkosten einsetzt als im Durchschnitt. Ein gefährlicher Kellertreppeneffekt.“

Ein weiterer Punkt: Durch die zu knappe Kalkulation fehle auch das Polster zur Querfinanzierung besonders kostenaufwendiger Fälle. Dazu gehören etwa Patienten mit einer schwierigen Ausgangssituation wie fortgeschrittenem Rheuma, komplexen Wechseloperationen oder einer Implantat-Infektion. Ebenso seien Investitionen in vielversprechende neue Technologien wie Robotik nicht mehr möglich.

Besonders betroffen von der Unterfinanzierung sind die spezialisierten Fachkliniken und Zentren. Sie können die Verluste nicht durch anderweitige Leistungen abfedern. Ein Dilemma, findet Heller: „Denn es sind ja gerade diese Einrichtungen, die dank ihrer Erfahrung, Spezialisierung – und meist einer Zertifizierung nach EndoCert der DGOOC (2) – in der Regel die beste Versorgung erbringen.“ Dies zeige auch die aktuelle Auswertung des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) der DGOOC (3). Heller spricht sich deshalb für



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

einen Zentrums- und Qualitätszuschlag aus: „Es darf nicht darum gehen, bei der Erstoperation durch eine günstige Standardversorgung vermeintlich zu sparen. Das Ziel sollte vielmehr sein, von vorneherein eine langfristig gute Qualität zu liefern. So vermeiden wir auch die Folgekosten durch zweitbeste Lösungen. Das ist auch volkswirtschaftlich gesehen besser.“

– Bei Abdruck Beleg erbeten –

Quellen:

(1) <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/operationen-prozeduren-5231401187014.html>

(2) EndoCert, Zertifizierungssystem der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) für Kliniken, die Endoprothesen implantieren: www.endocert.de

(3) Endoprothesenregister Deutschland (EPRD): Jahresbericht 2019, zu beziehen über die Website des Endoprothesenregisters Deutschland: www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Jahresbericht_2019_doppelseite_2.0.pdf

Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. verfolgt als unabhängiger Verein seit 1996 das Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit Gelenkerkrankungen und -verletzungen nachhaltig zu verbessern und deren Mobilität wiederherzustellen. Mit ihren Expertenteams aus führenden Orthopäden und Unfallchirurgen organisiert sie die Fortbildung von Ärzten und OP-Personal, entwickelt Patienteninformation und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs. Die AE ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU).

Expertenstatement:

Wenn chronisch Kranke ein Ersatzgelenk brauchen: was Patienten mit Diabetes, Psoriasis, offenen Beinen und anderen Beschwerden wissen sollten

Professor Dr. med. Rudolf Ascherl

Präsident der AE, Chefarzt Gesundheitszentrum Waldsassen, MVZ Stiftland Tirschenreuth und Waldsassen

- **Ergebnisqualität gemeinsam sichern!**
- **Eigenverantwortung ist Selbsthilfe!**
- **Patient und Operateur – miteinander füreinander!**
- **Nicht immer gesund genug für eine Wahloperation**

Vorbereitung für einen operativen Eingriff ist in der Hauptsache Erkennen und Ausschalten von Risiken, dies gelingt zunächst einmal besonders durch Aufklärung und Information der Patientinnen – Stichwort Patientenakademie, Patientenschule!

Wichtig sind diese Aktivitäten nicht alleine wegen der Dynamisierung (gemeint ist Verkürzung) der stationären Verweildauer – Schlagwörter sind „rapid recovery“ oder „fast track“.

Gefürchtete Komplikationen in der Endoprothetik sind Wundheilungsstörungen, Infektionen (auch als Spätfolgen) oder Implantatversagen.

Risiken hierfür sind Übergewicht, Nikotinabusus, Karies, Diabetes, Mikrobiom der Haut, Nierenerkrankungen, Nagelmykosen, chronische Wunden und vieles andere mehr.

Konsequent erfolgreiche Regulation und Kontrolle der beschriebenen Risikofaktoren kann der Arzt alleine nicht erreichen, nur über die Wahrnehmung durch die Patientinnen und Patienten und deren aktive Mithilfe können rechtzeitige, wirksame Maßnahmen eingeleitet werden.

Eine sechswöchige Abstinenz vom Nikotin wäre offensichtlich wirksam, schon eine Gewichtsreduktion um zehn Prozent vermindert Wundheilungsstörungen und Infektionen, Sanierung des Zahnstatus ist schon alleine wegen der allgemeinen Körperhygiene ratsam, genauso wie die Behandlung chronischer Wunden oder Hautinfektionen.

Ganz bedeutsam bleibt eine regelrechte Einstellung des Stoffwechsels. Diabetiker mit schlechter Blutzuckereinstellung müssen erhöhte Komplikationen fürchten. Eine sechs- bis zwölfwöchige Regulierung des Glukosespiegels senkt die Raten allgemeiner und lokaler Komplikationen.

Mögliche bakterielle Fehlbesiedelungen der Körperoberfläche werden durch präoperative Dekontaminationen – Waschungen mit desinfizierenden Lotionen und Applikation

chemotherapeutischer Salben (Nasenbereich) – korrigiert. Auch hier führt Information zur Eigenverantwortung.

Stärkung des Patienten sichert den medizinischen Erfolg – Empowerment als Qualitätsmanagement!

Patienten und ihre Angehörigen übernehmen nach entsprechender Unterweisung mit Überzeugung und Konsequenz Eigenverantwortung für den bevorstehenden Eingriff – sie werden aktiver Partner im Behandlungsteam!

„Patients can help themselves by preparing for surgery!“ (Sir John Charnley)

Nach erfolgreichem Einsatz eines Kunstgelenkes sollte die medizinische Betreuung nicht enden, das erreichte Gesundheitsbewusstsein kann gemeinsam weiter gestärkt werden, so bietet ein Kunstgelenk die Möglichkeit, das Ändern weiter zu leben!

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2019

Expertenstatement:

Deutsches Implantateregister – Ist mit der Verabschiedung des Gesetzes alles gelöst?

Professor Dr. med. Carsten Perka

Generalsekretär der AE, Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Das Gesetz über die Schaffung eines deutschen Implantateregisters wurde im Herbst dieses Jahres verabschiedet. Die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sind stolz darauf, dass das im Jahr 2012 etablierte Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) Blaupause für dieses Register sein wird. Schon heute liefert dieses Register eine Vielzahl relevanter Informationen. So zeigt der aktuelle Jahresbericht die klare Korrelation zwischen der Wahrscheinlichkeit einer Revision und der Anzahl der durchgeführten Operationen im betreffenden Krankenhaus in der Knieendoprothetik, aber auch der Hüftendoprothetik. Die Unterschiede in der Versorgung zwischen den Krankenhäusern sind auch in dem jetzigen Jahresbericht bereits evident. Hier zeigt sich, die jetzt anstehende, aus unserer Sicht wesentlichste Herausforderung eines Implantateregisters, das heißt die korrekte und umfassende Auswertung der Daten.

Die Auswertung der Daten wirft einerseits eine Vielzahl zusätzlicher Fragestellungen auf, andererseits erfordert sie den wissenschaftlich korrekten und umfassenden Umgang mit den Ergebnissen. Wir müssen unbedingt vermeiden, dass sich Probleme wie die im weltweit wahrscheinlich führenden und etabliertesten Implantateregister, dem NJR aus England und Wales, aufgetretenen wiederholen. Hier wurde durch unterschiedliche Ursachen das Implantat mit der höchsten Fehlschlagsrate in den letzten zehn Jahren tatsächlich eben nicht im Register erkannt. So etwas gilt es unbedingt zu vermeiden.

Krankenhaus- oder arzt spezifische Daten, die einen sinnvollen Vergleich, auf den unsere Patienten einen Anspruch haben, ermöglichen, werden eine Rolle spielen. Ein solcher Vergleich wird jedoch nur adäquat und fair sein, wenn der Gesamtgesundheitszustand der operierten Patienten mitberücksichtigt wird. Es besteht sonst die Gefahr, dass Patienten mit Risiken wie Diabetes mellitus, neurologischen Erkrankungen, psychiatrischen Erkrankungen, Zustand nach Organtransplantation und Ähnlichem eben nicht mehr operiert werden, da sie potenziell die „individuelle Statistik“ beeinflussen. Andererseits kann man sich den Argumenten einer krankenhauses- oder arzt spezifischen Auswertung nicht verschließen, da auch das jetzige Register den wesentlichen Anteil an Revisionsoperationen zeitnah zur durchgeführten Erstoperation zeigt. Der früher so gefürchtete „Abrieb“ und die Lockerung der Prothese nach zehn bis 15 Jahren spielen dagegen heute immer weniger eine Rolle. Die aktuellen Daten zeigen, dass die derzeit in Umlauf befindlichen Implantate, welche im EPRD

erfasst werden, außerordentlich sicher sind. Implantate wie die, welche in den „Implant Files“ diskutiert wurden, sind seit vielen Jahren in Deutschland nicht mehr auf dem Markt. Es ist bereits jetzt zu postulieren, dass das Implantateregister weniger Probleme mit den Implantaten zeigen wird, sondern Unterschiede in der Implantationsqualität zwischen den Krankenhäusern. Dieser Herausforderung müssen wir uns aus medizinischer Sicht insoweit stellen, dass eine Vergleichbarkeit der Daten geschaffen wird, ebenso geht es jedoch außerhalb der Medizin darum, politische Lösungen zu finden, um die Krankenhausversorgung in der Fläche nicht zu gefährden.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2019

Expertenstatement:

Wieder mobil durch Hüft- und Knieprothesen: Ist langfristig gute Qualität bei sinkenden Fallpauschalen überhaupt noch erreichbar?

Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller

Vizepräsident der AE, Chefarzt Herzogin Elisabeth Hospital, Orthopädische Klinik
Braunschweig

Sowohl die endoprothetische Versorgung des Hüft- als auch des Kniegelenkes sind für den Patienten von unschätzbarem Wert. Es kommt bei komplikationsfreiem Verlauf zu einer Schmerzfreiheit und Wiedererlangung der Gelenkbeweglichkeit und dadurch bedingt zu einer wiederauflebenden Mobilität und Lebensfreude.

Eine im letzten Jahr veröffentlichte Studie konnte belegen, dass sich 85 Prozent aller Knieendoprothesen nach 25 Jahren und 50 Prozent aller Hüftendoprothesen nach 25 Jahren noch im Körper befinden und nicht revidiert wurden. Dies ist eine enorme Erfolgsgeschichte. Derzeit stehen zunehmend hochwertigere Materialien und sogenannte „Gleitpaarungen“ einer immer höheren Aktivität der Patienten gegenüber.

Inwiefern somit noch eine zunehmende Haltbarkeit des Verschleißproduktes „Endoprothese“ möglich ist, sei derzeit anheimgestellt. Es besteht der Wunsch nach zunehmender Qualität in der Endoprothetik. Es werden über Register und die externe stationäre Qualitätssicherung die Ergebnisse erfasst mit dem Ziel, immer bessere Qualität zu belegen.

Demgegenüber steht aber das deutsche Fallpauschalensystem, welches von Jahr zu Jahr, im Rahmen eines Kellertreppeneffektes, die Sachkosten für die Endoprothetik abwertet. Das System differenziert nicht nach hochwertigen oder weniger hochwertigen Materialien, ebenso wenig wie nach jungen und alten Patienten. Insbesondere beim jungen Patienten, bei dem eine lange Haltbarkeit der Prothese von höchster Bedeutung ist, müssen hochwertige Materialien verwandt werden, die aber im Rahmen dieses Fallpauschalensystems nicht adäquat abgebildet sind.

Das System ermittelt immer einen Mittelwert aller einkaufenden Kliniken. Somit haben Kliniken, die nicht in einem Klinikverbund sind oder hochwertig einkaufen, Nachteile, da sie mehr Sachkosten benötigen, als im Mittelwert veranschlagt sind. Dies führt langfristig dazu, dass man – da dieses System immer auf keinen Gewinn ausgerichtet ist – Gewinn nur erwirtschaften kann, wenn man weniger Personal und weniger Sachkosten einsetzt als im Durchschnitt. Dies ist der übliche Kellertreppeneffekt.

Dieser führt in Deutschland mittlerweile dazu, dass die für die Endoprothesen bezahlten Preise auf absolut unterem Niveau in ganz Europa angekommen sind. Dies führt weiterhin dazu, dass nicht immer die hochwertigsten Materialien eingebaut werden können, da unser System dies mittlerweile nicht mehr hergibt, und dies ist in der Form nur schwer zu akzeptieren, da Qualität und lange Haltbarkeit klares Ziel und klarer Wunsch sind.

Die Möglichkeit, über das DRG-System zum Beispiel durch politisch im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes implementierte Qualitätsverträge oder Zentrenzuschläge zu generieren, gelingt nicht, da diese Maßnahmen nahezu nicht oder nur extrem schleppend umgesetzt werden können.

Letztendlich steht der Wunsch nach Qualität einer sehr schlechten Sachkostenentwicklung in der Endoprothetik gegenüber, was prinzipiell langfristig zu einer schlechteren Qualität der Endoprothetik führen kann. Ein Sachverhalt, der in einem Land wie der Bundesrepublik Deutschland so aus Sicht der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik inakzeptabel ist.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2019

Expertenstatement:

Die Kappenprothese oder die Schwierigkeit der Bewertung von Implantaten zwischen Hype und Verdammung

Professor Dr. med. Carsten Perka

Generalsekretär der AE, Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Andy Murray hat mit seiner wenige Monate zuvor implantierten Hüftendoprothese wieder ein ATP-Turnier gewonnen. Mit einer Prothese, die gegenwärtig in Deutschland nahezu ausschließlich in Gerichtssälen diskutiert, aber wegen einer Vielzahl von Problemen und Komplikationen nicht mehr eingesetzt wird. Ein Verrückter? Ein Hasardeur? Beides sicher nicht. Ein kurzer Rückblick.

Ende der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts hatte der Engländer Derek McMinn die „Überkronung“ des Hüftgelenkes mit einer Metall-Metall-Paarung wieder populär gemacht. Extrem knochensparend, mit nur noch einem minimalen Risiko der Ausrenkung des Hüftgelenkes schien es die Lösung vieler Probleme. Ärzte, Medien, Patienten, alle „hypten“ die Prothese, sozusagen als Miniprothese vor der eigentlichen Hüftprothese. Unsere Klinik verlor mindestens 100 Patienten, weil wir diese Technologie nicht anboten. Niemand wollte hören, dass es sich um eine neue, bisher nicht erprobte Technologie handelte. Andere Firmen versuchten, die noch nicht verstandene Technologie auch gleich noch zu optimieren. Ende des ersten Jahrzehnts unseres Jahrhunderts dann die ersten Probleme.

Aber – im Land mit der höchsten Implantationszahl dieser Prothese und dem weltweit wahrscheinlich besten Register, dem NJR in England und Wales, zeigten sich keine Auffälligkeiten. Grund war, dass Fehlschläge mit dieser Prothese einfach nicht in das Register eingegeben wurden, da sich niemand vorstellen konnte, dass das Produkt nicht funktioniert. Erst der Vortrag eines Kollegen auf dem Kongress der British Hip Society löste dann die Lawine aus. Plötzlich überboten sich alle mit Problemdarstellungen. Die allgemeine Fehlerrate war hoch, aber es war keine Zeit zur differenzierten Fehleranalyse, weder wurde zwischen den verschiedenen Produkten unterschieden, noch die jeweilige OP-Technik und die erreichte Präzision der Operation beurteilt. Plötzlich war alles schlecht, das Produkt verschwand unter dem Eindruck einer durchweg negativen Presse und der ärztlichen Versagensberichte vom deutschen Markt.

Publikationen und Registerergebnisse, dass genau dieses Produkt zum Beispiel im australischen Register auch nach mehr als zehn Jahren bei jüngeren Männern immer noch besser ist als jede andere Prothese, wurden nicht registriert. Während in Deutschland sogar Gutachter dem Produkt einen Konstruktionsfehler bescheinigen, konnten weder die

Zulassungsbehörden der FDA in den USA noch der BSI in UK dies allgemein feststellen. Die Kappenprothesen unterscheiden sich, es gibt mindestens zwei mit exzellenten Resultaten, beide mit der Möglichkeit der optimalen Wiederherstellung der Biomechanik, beide knochenparend bei richtiger Technik, aber beide mit dem Bedarf nach einem exzellenten Operateur. Alle Kriterien hat Andy Murray mit Blick auf seinen Wunsch, wieder Tennis zu spielen, bedacht. Also eine absolut begründete Entscheidung.

Die Geschichte der Kappenprothesen zeigt, dass Neuerungen in der Medizin nur schwer schrittweise eingeführt werden können, wenn der Druck des Marktes und die Nachfrage der Patienten zu hoch sind, Register zum einen nur so gut sind wie die Daten, die eingegeben werden, die Zusammenfassung von Produkten in Produktklassen Risiken birgt und vor allem die in Registern erfassten Durchschnittswerte ein Risiko für technisch nicht durch jeden zu implantierende Implantate sind.

Es besteht die Vermutung, dass in Registern einfach zu implantierende Prothesen mit deutlich begrenzterem Funktionsumfang besser abschneiden als technisch schwieriger zu implantierende „High-End“-Prothesen.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

Berlin, November 2019

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl
Präsident der AE, Chefarzt Gesundheitszentrum
Waldsassen, MVZ Stiftland Tirschenreuth und
Waldsassen



* 1950

Beruflicher Werdegang:

Studium:	Universität Regensburg (Vorklinik) Technische Universität München, Klinikum rechts der Isar (Klinik)
Arzt für Chirurgie:	Klinikum Garmisch-Partenkirchen: Prof. Dr. F. Lechner, Januar 1986
Arzt für Unfallchirurgie:	Chirurgische Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München: Prof. Dr. J.R. Siewert, Prof Dr. B. Claudi, August 1990
Arzt für Orthopädie:	Orthopädische Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München: Prof. Dr. E. Hipp, Februar 1993
Physikalische Medizin:	Orthopädische Klinik und Poliklinik der Medizinischen Universität zu Lübeck: Prof. Dr. R. Gradinger, April 1996
Spezielle Orthopädische Chirurgie:	Landesärztekammer Sachsen, März 2005
Konsiliaroberarzt Traumatologie:	1989 Abteilung für Unfallchirurgie Chirurgische Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München
Oberarzt Orthopädie:	1992 Orthopädische Klinik und Poliklinik rechts der Isar der Technischen Universität München
Leitender Oberarzt/ Stellvertretender Direktor:	1993 Orthopädische Klinik und Poliklinik der Medizinischen Universität zu Lübeck
Chefarzt:	1996 Orthopädische Klinik Klinikum Ingolstadt
Chefarzt/ Ärztlicher Direktor:	2000–12/2006 Orthopädisch-Traumatologisches Zentrum Park- Krankenhaus Leipzig
Kommissarischer Chefarzt: Chefarzt	2003–2005 Chirurgische Klinik Klinikum Pirna
Ärztlicher Direktor:	01/2007–02/2010 Orthopädisch-Unfallchirurgische Klinik Krankenhaus Rummelsberg

Chefarzt: 01.03.2010–30.09.2014 Zeisigwaldkliniken Bethanien Chemnitz:
Klinik für Endoprothetik, spezielle orthopädische Chirurgie und
Wirbelsäulenchirurgie

Chefarzt: seit 01.10.2014 Kliniken Nordoberpfalz AG:
Krankenhaus Tirschenreuth – Klinik für spezielle Chirurgie und
Endoprothetik

seit 01.01.2019: Chefarzt Gesundheitszentrum Waldsassen, MVZ
Tirschenreuth, MVZ Waldsassen

Akademischer Werdegang

Promotion: 1976 TU München

Habilitation 1987 TU München

Privatdozent 1987 TU München

Außerplanmäßiger Professor 1996 Medizinische Universität zu Lübeck

Klinische Schwerpunkte

Endoprothetik

- Hüfte
- Knie
- Revisionsendoprothetik
 - Mehrfachwechsel
- Infizierte Implantate
 - Multiresistente Keime
- Sonderendoprothetik

Extremitätenchirurgie

- Frakturheilungsstörungen
 - Pseudarthrosen
- Osteomyelitis
- Diabetisches Fußsyndrom
- Arthrodesen
 - OSG
 - Knie

Wissenschaftliche Schwerpunkte

Endoprothetik

- Mehrfachwechsel
- Sonderkonstruktionen
- PMI
- Kniewechsel
- Hüftwechsel
- Femurtotalersatz

- Knochenzement

Infektiologie

- MRSA
- Arzneistoffträger
- Lokale Antibiose
- Osteomyelitis
- MRSA

Elektrostimulation der Knochenbruchheilung

Knochentransplantation

Frakturheilungsstörungen

Schadensfälle von Medizinprodukten

Preise und Auszeichnungen

1984 Award of Excellence, Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae

1984 1. Preis Posterausstellung Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde

1985 Otto-Goetze-Preis der Bayerischen Chirurgenvereinigung

1992 Galenus-von-Pergamon-Preis – Prix Galien Deutschland

1997 Young Researchers Award der European Society for Surgical Research

Ehrenmitgliedschaft

Bayerische Chirurgenvereinigung

Bewerbungen

Jeweils Listenplatz 3 bei der Reihung für die Lehrstühle „Orthopädie“:

- Medizinische Universität zu Lübeck 1999
- Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald 1999
- Universität Rostock 1999

Mitgliedschaften

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Sektion Experimentelle Chirurgie

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Sektion Biomaterialien (CAB)

Berufsverband Deutscher Chirurgen

Österreichische Gesellschaft für Chirurgie

Österreichische Gesellschaft für Experimentelle Chirurgie
Bayerische Chirurgenvereinigung
Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
DGOOC Arbeitskreis Osteologie
Berufsverband der Orthopäden
Berufsverband der Chirurgen
Deutsche Gesellschaft für Osteologie (DGO)
DGO Arbeitskreis für Experimentelle Osteologie
European Society for Biomechanics (EBS)
European Society for Surgical Research
Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE) – Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU)

Sonstiges

Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik
Präsident der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik 2019
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Osteologie 2000–2002
Tagungspräsident Deutsche Gesellschaft für Osteologie 2004
Präsident Weltosteoporosetag (Patienten) in Dresden 2006
Vorstandsmitglied Norddeutsche Orthopäden-Vereinigung 2006–2007
Präsident der Norddeutschen Orthopäden-Vereinigung 2007
2. Vorsitzender der Sektion Knochen- und Weichteilinfektionen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Veranstaltungen

Basis-Kurs Hüfte der AE	(3-tägig)	1x jährlich
Master-Kurs Hüfte AE	(3-tägig)	1x jährlich
Basis-Kurs Knie der AE	(3-tägig)	1x jährlich
Master-Kurs Knie der AE	(3-tägig)	1x jährlich
AE Kompakt Zementiertechnik	(1-tägig)	2x jährlich
Revease Revisionskurs Hüfte (OP-Kurs für Ober- und Chefärzte mit Firma Link)	(2-tägig)	3x jährlich,
Revease Endoprothetik OP-Personal (mit Firma Link)	(2-tägig)	2x jährlich
Early Bird	(wöchentlich 1x)	40–48x jährlich

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE)
anlässlich des 21. AE-Kongresses vom 6. bis 7. Dezember 2019 in Düsseldorf
Donnerstag, 28. November 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Mobile Patientenschule	(wöchentlich)	40–48x jährlich
prothesis (niedergelassene Kollegen)	(Abendveranstaltung)	3x jährlich
dialog (Physiotherapeuten)	(Abendveranstaltung)	3x jährlich

Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Carsten Perka
Generalsekretär der AE, Ärztlicher Direktor des Centrums für
Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin



* 1965

Beruflicher Werdegang:

Studium:

1985–1991 Humanmedizin an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin

1987 Physikum

1991 Studienabschluss Humanmedizin mit dem Prädikat „magna cum laude“

Diplomarbeit: Thema: Die Myosin-Light-Chains – ein Marker in der Myokardinfarkt-
diagnostik. Mentor: Frau Prof. Dr. B. Porstmann, Institut für Pathologische und
Klinische Biochemie, Charité Berlin, verteidigt Mai 1989, Note: 1

Promotion: Thema: Veränderungen mechanisch induzierter Gelenkknorpeldefekte nach
Transplantation allogener embryonaler Chondrozyten.
Mentor: Prof. Dr. H. Zippel, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Charité Berlin,
verteidigt Juni 1994, Bewertung: summa cum laude

11/1995 Verleihung des Robert-Koch-Preises

Habilitation: Thema: Die Rekonstruktion von Knorpel- und Knochendefekten. Unter-
suchungen zu den strategischen Möglichkeiten des Tissue Engineering in der
Orthopädie. Eingereicht 8/1999; verteidigt 17.10.2000

Lehrbefugnis: Erteilung am 17.10.2000

1991–1996 Facharzt Ausbildung in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums
Charité, Direktor: Prof. Dr. med. H. Zippel

10/1996 Facharztprüfung Orthopädie

12/1996 Ernennung zum Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité

12/1996–9/2003 Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité, Leiter der Abteilung für
Endoprothetik

Seit 1999 Durchführung von nationalen und internationalen Operationskursen zur Hüft-
und Knieendoprothetik (mindestens dreimal jährlich)

Seit 2000 Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Seit 1.10.2003 Stellvertretender Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Leiter der Klinik für Orthopädie

Seit 1.9.2005 Außerplanmäßiger Professor für Orthopädie

9.10.2006 Berufung auf die W3-Stiftungsprofessur für Endoprothetik und regenerative
Medizin der Charité Berlin (befristet auf fünf Jahre)

2008	Präsident der Norddeutschen Orthopädenvereinigung
1.9.2009	Berufung auf die W3 für Orthopädie der Charité
Seit 2010	Vorsitzender der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung
Seit 2011	Vorsitzender der Deutschen Endoprothesenregister gGmbH
2012	Presidential Guest Speaker der American Hip Society
2013	Presidential Guest Speaker der American Hip Society
3.12.2014	1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik und „incoming president“ ab 1.12.2015
1.2.2015	Ärztlicher Direktor der Abteilung Orthopädie des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
Seit 2015	Leiter des Educational Board der AORecon
Seit 2015	Mitglied des Steering Board der AORecon
Seit 2015	Sprecher des Exekutivkomitees (EC) des Endoprothesenregisters Deutschland
2016	Präsident der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik
Seit 2018	Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
2019	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Seit 2018	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik

Berufliche Weiterbildung:

Studienaufenthalte in den USA und Großbritannien

Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften:

- International Hip Society; Vorsitzender des Membership Committee
- American Academy of Orthopaedic Surgeons
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik/Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
- European Knee Society (EKS)
- Ehrenmitglied der venezolanischen orthopädischen Gesellschaft
- Vorstandsmitglied der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie

Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller
Vizepräsident der AE, Chefarzt, Herzogin Elisabeth Hospital,
Orthopädische Klinik Braunschweig

* 1962



Beruflicher Werdegang:

1983–1989	Studium der Humanmedizin in Aachen und London
1993	Promotion Medizinische Fakultät der RWTH Aachen
1994	Zusatzbezeichnung Chirotherapie
1995	Facharzt für Orthopädie
1996	Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie
1996	Zusatzbezeichnung Sportmedizin
1997	Schwerpunkt Rheumatologie
1997	Habilitation Medizinische Fakultät der RWTH Aachen, Lehrbefähigung für Orthopädie
1999	Fakultative Weiterbildung Spezielle Orthopädische Chirurgie
Seit 2000	Landesarzt für Körperbehinderte in Niedersachsen
Seit 2000	Beirat des Vereines Körperbehindertes Kind Braunschweig Mitglied der Qualitätskommission Orthopädie der NKG Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses Mitglied der Kommission Medizin der DKG Prüfer der Ärztekammer Niedersachsen für das Gebiet Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie
2002	Ernennung zum Professor für Orthopädie der RWTH Aachen, regelmäßige Lehrtätigkeit
2005	Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
2005	Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie

Auszeichnungen:

- Konrad-Biesalski-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie, Dotierung 10 000 DM, 1998
- Educational-Exchange-Programm der American Orthopaedic Association (Los Angeles) 1999
- Reise-Fellowship (ASG-Fellowship) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (sechswöchige Studienreise mit multiplen eigenen Vorträgen zu 15 Zentren in England, Kanada und den USA)

Ehrenämter und Berufspolitik:

- Seit 2000 Landesarzt für Körperbehinderte, Niedersachsen
- Seit 2000 Beirat des Vereines Körperbehindertes Kind Braunschweig
- Mitglied der Qualitätskommission Orthopädie der NKG seit 2002
- Prüfer der Ärztekammer Niedersachsen für das Gebiet Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, fachbezogene Röntgendiagnostik
- Mitglied Gemeinsamer Bundesausschuss 2002 bis 2007
- Mitglied der Kommission Medizin der DKG seit 2002
- Beratender Arzt der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für alle orthopädischen Fragestellungen (§ 115 SGB V, Mindestmenge, Arthroskopie bei Gonarthrose et cetera)
- Seit 2007 im Vorstand der Vereinigung Leitender Orthopäden (VLO)
- Seit 2009 im Vorstand der Vereinigung Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) (2009 bis 2013 2. Vorsitzender, seit 2013 1. Vorsitzender)
- Seit 2009 im geschäftsführenden Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Seit 2009 im Gesamtvorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Von 2009 bis 2017 im Vorstand des BVOU, von 2013 bis 2017 als Vizepräsident, seit 2018 Ehrenmitglied des BVOU
- Von 2009 bis 2017 Leiter der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)
- 2010 bis 2014 Landesvorsitzender VLOU NORD
- Verantwortliche Planung und Koordination des VLOU-Workshops in Frankfurt
- Mitglied der Autorengruppe EndoCert
- Seit 2010 Mitglied des Zulassungsausschusses der KV Braunschweig
- Seit 2013 Mitglied des Bezirksausschusses der KV Braunschweig
- Seit 2015 Mitglied des Referates für internationale Angelegenheiten der DGOU
- Seit 2012 Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE)
- Seit 2015 Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE)
- Seit 2015 Mitglied des Experten-Panels des QSR-Navigators der AOK
- Seit 2016 Gründungsmitglied und Vizepräsident der Deutschen Hüftgesellschaft (DHG)

Wissenschaftliche Tätigkeiten und Kongresse:

- Kongresssekretär DKOU 2010 bis 2012
- Kongresspräsident DKOU 2013 für den BVOU
- Wissenschaftlicher Leiter mehrerer AE-Kurse
- Mitglied lokales Organisationskomitee EFORT 2012 Berlin
- Operationskurse Aesculap AG, Bochum, Metha Kurzschaft, zweimal jährlich seit 2010

- Regelmäßige klinische Hospitationskurse Metha Kurzschaft und bikondylärer Oberflächenersatz
- Wissenschaftlicher Leiter Kurs Revisionsendoprothetik Smith and Nephew, Berlin, 2012, 2013 und folgende

Mitglied in wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

Unter anderem DGOT, SICOT, AGA, DGU, DGMM, Sportärztebund, DAF

Wissenschaftliches Œuvre:

- Originalarbeiten: 71
- Buchbeiträge: 31
- Monografien: 3
- Veröffentlichte Vorträge und Poster: 131
- Nicht veröffentlichte Vorträge auf Kongressen und Weiterbildungsveranstaltungen: über 150
- Regelmäßige Vorsitz- und Vortragstätigkeit im Rahmen zahlreicher AE-Kurse, Endoprothesenkongresse sowie auf dem DKOU und firmenspezifischen Kongressen. Vornehmlich zum Thema der Hüft- und Knieendoprothetik sowie der gelenkerhaltenden Chirurgie des Kniegelenkes

Eine entsprechende Auflistung wird auf Wunsch gerne zugestellt.

Klinische Tätigkeit:

Die 2000 übernommene Orthopädische Klinik Braunschweig des Herzogin Elisabeth Hospitals (Stiftung) umfasst derzeit 150 stationäre orthopädische Betten. Der Case-Mix inklusive der integrierten Versorgung beläuft sich auf 7500 Punkte. Die Zahl der Endoprothesen im Jahr liegt inklusive Wechselendoprothetik zwischen 1650 und 1700 und stellt einen wesentlichen Schwerpunkt der Klinik dar.

Unter meiner Leitung wurde die Klinik erweitert und strukturiert. So verfügen wir

- seit dem Jahre 2001 über eine Sektion für Wirbelsäulen Chirurgie,
- seit 2005 über eine Sektion für Kinderorthopädie,
- seit 2012 über eine Sektion für plastische und Handchirurgie sowie
- seit 2012 eine Sektion für Unfallchirurgie.

Jede Sektion hat eine eigene KV-Ermächtigung und Privatliquidation. Die Sektionsleiter unterstehen organisatorisch dem Chefarzt der Klinik.

Meine wesentlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Hüft- und Knieendoprothetik mit etwa 500 selbst durchgeführten endoprothetischen Primär- und Revisionseingriffen pro Jahr. Des Weiteren im Bereich der arthroskopischen Chirurgie, Knorpeltherapie und Schulterchirurgie.

*Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE)
anlässlich des 21. AE-Kongresses vom 6. bis 7. Dezember 2019 in Düsseldorf
Donnerstag, 28. November 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr, Berlin*

Seit Jahren ist die Orthopädische Klinik Braunschweig beziehungsweise bin ich in verschiedenen Zeitschriften in Rankings, insbesondere für den Bereich Knie- und Hüftgelenk, aufgelistet. Im letztjährigen Focus-Ranking belegte die Orthopädische Klinik Braunschweig nach der Charité und Markgröningen Platz drei im Klinik-Ranking.

Zahlreiche Fernsehauftritte im Norddeutschen Rundfunk zu insbesondere knieendoprothetischen Fragestellungen. Im Jahre 2012 wurde eine Serie mit fünf Folgen unter dem Thema „Operation Leben“ in unserer Klinik gedreht und im NDR ausgestrahlt. Wesentliche Themen waren Endoprothetik Hüftgelenk/Kniegelenk, Wirbelsäulen Chirurgie und Knorpeltherapie sowie arthroskopische Chirurgie.