

Liebe
Kollegin,
lieber
Kollege,



die Buchstaben „AE“ bedürfen in den Kreisen von Orthopäden und Unfallchirurgen keiner weiteren Erläuterung. Das zeigt vielleicht am deutlichsten, welche Erfolgsgeschichte die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik in den vergangenen acht Jahren geschrieben hat. Sie ist heute die maßgebliche wissenschaftliche Gesellschaft auf ihrem Arbeitsfeld, mit Ausstrahlung weit über Deutschland hinaus.

Unser Kursprogramm ist eine Institution in der einschlägigen Fort- und Weiterbildung. Auf unseren Jahreskongressen – das hat auch Dresden wieder gezeigt – werden die aktuellen Fragen unseres Gebiets so umfassend wie nirgendwo sonst diskutiert. Mit unserem geplanten AE-Manual werden wir den State of the Art der Endoprothetik dauerhaft definieren.

Und wir haben noch viel vor. Wir wollen unser Kursprogramm ausweiten; wir wollen uns auch mit den Bereichen Trauma und Wirbelsäule beschäftigen. Die nichtmedizinischen Aspekte unserer Arbeit sollen mehr Beachtung finden. Nicht zuletzt werden wir unsere internationalen Aktivitäten verstärken. Über all dies wird sie dieser Newsletter künftig vierteljährlich informieren. Im Sinne unserer tätigen Gemeinschaft aktiver Mitglieder sind Sie herzlich eingeladen, auch hieran mitzuwirken.

Ihr Prof. Peter Kirschner
AE-Präsident

Spannungsfeld

Rückblick auf den AE-Kongress in Dresden

AE-Präsident Prof. Kirschner konnte am 3./4. Dezember 350 Teilnehmer zum Kongress unter dem Motto „Endoprothetik der Zukunft – zwischen Technologie, Ökonomie und Patientenfürsorge“ begrüßen. Zu Beginn lieferten Prof. Ewerbeck und Prof. Riedel Eckdaten zum zukünftigen Versorgungs- bzw. Forschungsbedarf und führten eine Diskussion darüber, wie viel Endoprothetik sich unsere Gesellschaft in der Zukunft „leisten“ kann. Dabei wurde einerseits klar, dass zwar unterschiedliche Versorgungshäufigkeiten mit Endoprothesen in entwickelten Ländern zu beobachten sind, doch insgesamt mit Veränderung der Altersstruktur in unserer Bevölkerung ein zukünftig ansteigender Bedarf zu erwarten ist. Dies gilt sowohl für die klinische Versorgung als auch für wissenschaftliche Aktivitäten, da die Datenlage zu Einflussfaktoren auf das subjektive Behandlungsergebnis und auch die Prothesenstandzeit (Verankerungstechniken, Abrieb, Bedeutung der Navigation, etc.) unzureichend ist. In einem sich an die Eröffnung anschließenden Themenblock „Indikationsstellung und Anspruch“ diskutierten Referenten aus

orthopädischen und unfallchirurgischen Kliniken über Ergebnisse von Umstellungsoperationen bei Koxarthrose sowie endoprothetischer Versorgung bei Schenkelhalsfrakturen. PD Kessler präsentierte neue Studienergebnisse zum Einfluss der präoperativen klinischen Funktion auf das Behandlungsergebnis nach endoprothetischer Versorgung und kam zum Schluss, dass sowohl am Hüft- als auch am Kniegelenk eine zu lange hinausgeschobene Indikationsstellung mit schlechter Funktionskapazität sich nachteilig auf das Ergebnis auswirkt.

Dr. Schröder präsentierte – basierend auf den Daten der BQS sowie internationalen Studien – Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände zur verbindlichen Einführung einer Mindestmenge im Bereich von Knie- und Hüftendoprothetik. Die auf Grenzwertberechnungen basierenden Empfehlungen werden vermutlich in einer Verbesserung der Ergebnisqualität resultieren, doch ist eine kontinuierliche Begleitevaluation anhand definierter Qualitätskriterien erforderlich.

Ein sehr kontrovers diskutierter Themenblock war am ersten Kongresstag der „Operation- und Ablauforganisation“ gewidmet. Nach einführenden Vorträgen zu Vor- und Nachteilen minimal invasiver Hüftendoprothetik sowie Navigation entwickelte sich eine lebhafteste Diskussion um die Prinzipien von Zeiterfassung und Operationsorganisation sowie den Stellenwert der Ausbildung von Assistenzärzten. Obwohl die Teilnehmer an einem Rundtischgespräch (Prof. Hein, Prof. Neumann, Prof. Machner, Prof. Geldner, PD Stöckle, Prof. Krettek, Herr Sandfort) mehrheitlich einen DRG-Zuschlag für ausbildende Kliniken forderten, waren sie sich der Tatsache bewusst, dass dies möglicherweise zu einer von Kostenträgern ge-

Die Kongressorganisatoren
Prof. Klaus-Peter Günther und
Prof. Hans Zwipp





Rückblick auf den AE-Kongress in Dresden (Fortsetzung)

steuerten Leistungsverlagerung in nichtausbildende Kliniken führen könnte. Eine optimierte Ablauforganisation gerade im sehr kostentreibenden Endoprothetik-OP ist jedoch eine der Grundvoraussetzungen für auch zukünftig erforderliche Ausbildungsaktivitäten.

Am zweiten Kongresstag standen zunächst die Einflussfaktoren auf die „Wahl des Implantates“ im Vordergrund. PD Witzleb und PD Perka stellten eingangs die teilweise noch spärliche Datenbasis zu Neuentwicklungen in der Hüftendoprothetik (Kurzschäfte, Oberflächenersatz, neue Gleitpaarungen) vor. Dass trotz der Erfolge von Tissue Engineering auf absehbare Zeit die Hüft- und Knieendoprothesen nicht durch „biologischen Gelenkersatz“ abgelöst werden können, machte PD Schäfer überzeugend deutlich, der eine zusammenfassende Darstellung des aktuellen Wissensstandes um Knorpel- und Knochenregeneration gab. In Anbetracht der Neuentwicklungen in der Endoprothetik gelang es Prof. Scharf in eindrücklicher Weise, die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle bei der klinischen Implementierung zu belegen: Er unterstrich den hohen Stellenwert von Endoprothesenregistern und konnte einmal mehr zeigen, dass die in solche Instrumente investierten Ressourcen gerade auch in Deutschland sehr sinnvoll angelegt wären. Die Notwendigkeit einer kontrollierten Begleitung der Einführung von Innovationen in die klinische Versorgung unterstrich auch Prof. Thorngren aus Lund (Schweden), der die Auffassung vertrat, dass eine Implantateinführung immer von definierten klinischen Studien abhängig gemacht werden sollte.

Bei einem Rundtischgespräch mit Referenten und Vertretern des BVMed (K. Hug und O. Wawrik) schlossen sich die meisten Teilnehmer dieser Auffassung an. Auch wenn von Seiten der Industrie der Hinweis kam, dass eine Verringerung von Implantatpreisen die Gefahr einer Reduktion industrieller Forschungsförderung in sich bergen, waren sich die Teilnehmer darin einig, dass im Rahmen einer sinnvollen und notwendigen strategischen Partnerschaft zwischen Anwendern und Industrie noch Spielraum zur Optimierung wissenschaftlicher Aktivitäten besteht.

Im letzten Themenblock „Postoperative Behandlung im DRG-Zeitalter“ widmeten sich die Referenten den medizinischen und ökonomischen Aspekten von Rehabilitation: Dr. Moorahrend vertrat die Auffassung, dass zementierte Prothesen postoperativ voll belastungsfähig sind und zementfreie Prothesen bzw. Hybrid-Prothesen noch eine zeitlich begrenzte Teilbelastung erfordern. Dr. Frank stellte jedoch gerade unter den Aspekten einer möglichen Vollbelastung die Wertigkeit konventioneller Rehabilitationsprotokolle in Frage und unterstrich die häufig vernachlässigten Möglichkeiten ambulanter Rehabilitation. Er verwies dabei jedoch auch auf die zunehmende Schnittstellenproblematik in Folge reduzierter postoperativer Verweildauer in Akutkliniken, die zu Problemen in der postoperativen Phase führen kann und nicht durch eine standardmäßige Weiterbehandlung in den Rehabilitationskliniken gelöst werden sollte. Prof. Bosch gab einen ausführlichen Überblick über konventionelle Verfahren und Neuentwicklungen in der Thromboembolieprophylaxe. Einer möglichen Risikoreduktion unter Verwendung neuer Substanzen steht jedoch die derzeit noch ungenügende Datenlage für eine empfohlene Dauer sowie Bedeutung möglicher Nebenwirkungen (postoperative Blutungen) entgegen.

Zum Abschluss präsentierte Dr. Huber (Aarau/Schweiz) aus einem Krankenhaus, das durchgängig mit „klinischen Pfaden“ arbeitet, die Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung in der Endoprothetik, und Dr. Eberlein-Gonska unterstrich die Notwendigkeit der Einführung von Qualitätsmanagement als Erfolgsfaktor sowohl für die Güte der Patientenversorgung als auch eine erfolgreiche ökonomische Perspektive.

Die Kongressorganisatoren Prof. Günther und Prof. Zwipp aus Dresden hatten mit dem gewählten Spannungsfeld aus medizinischen und ökonomischen Themen rund um die Endoprothetik bewusst einen Bogen gespannt, der Referenten wie Zuhörer gleichermaßen „provizieren“ sollte: Gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung der Medizin muss es ärztliche Aufgabe sein, sowohl den Behandlungsauftrag immer wieder bewusst zu machen, als auch durch die kritische Bewertung erhobener Daten die Effektivität und Effizienz des Handelns kontinuierlich zu hinterfragen. Nur so kann es zukünftig gelingen, eine bezahlbare und dennoch qualitativ anspruchsvolle medizinische Versorgung für alle Patienten mit degenerativen Gelenkerkrankungen einzufordern.

Dialog der

Mit dem Internationalen Programm (IAEP) wirkt das deutschsprachige Land mit Koordinator das Programm.

Was läuft zur Zeit im IAEP?

Wir konzentrieren uns voll auf Indien und China. In beiden Ländern halten wir zweimal im Jahr eine Veranstaltungsreihe ab. Dabei übernehmen je sechs AE-Mitglieder die Rolle der Dozenten.

Wie sehen die Veranstaltungen aus?

Es sind zweitägige Intensivkurse mit Lectures und Workshops. Wir halten sie pro Reise immer in zwei Städten ab. In der Regel haben wir bei jedem Kurs 80 bis 100 ärztliche Teilnehmer, die für das Angebot sehr dankbar sind und sehr aktiv mitmachen. Dazu kommen OP-Demonstrationen in verschiedenen Kliniken, die unsere Dozenten durchführen. Für die knappe Woche, die wir jeweils unterwegs sind, ist das Programm für sie sehr dicht gepackt und arbeitsaufwendig.

Welchen „Nutzen“ haben sie und die AE davon?

Die indischen und chinesischen Ärzte sind theoretisch sehr gut ausgebildet und Meister im Improvisieren. Die AE-Mitglieder haben große klinische Erfahrung und einen hohen Stand in der Ablauforganisation. Das Programm steht unter dem Motto „Experts meet experts“, und es gibt einen sehr fruchtbaren Austausch in beide Richtungen, einen echten Dialog der Kulturen. Außerdem versprechen wir uns als Nebeneffekt, in den beiden bevölkerungsreichsten Ländern Anhänger für die deutsche Medizin zu gewinnen.



r Kulturen

l Academic Exchange
die AE weit über die
länder hinaus. AE News
or Günter Schug über

Gibt es Interesse an den Fellowships in Deutschland?

Oh ja, ein riesengroßes. Deshalb möchte ich alle AE-Mitglieder bitten, sich an der Aufnahme der Fellows – jeweils für einen Monat – zu beteiligen.

Welche Pläne haben Sie?

Wir haben viele Anfragen, unter anderem aus Russland, Indonesien, Thailand und Malaysia. Ärzte in diesen Ländern würden sich gern an unserem Programm beteiligen. Neben Sicherheitsbedenken bei einigen Ländern verhindern aber unsere begrenzten Ressourcen eine Ausweitung. Das Arbeitszeitgesetz läßt den potentiellen Dozenten nicht viel Spielraum; außerdem muss ja jede Reise von der jeweiligen Klinikverwaltung genehmigt sein. Von seiten der Organisation sind wir zeitlich und finanziell mit Indien und China schon am Rande unserer Möglichkeiten. Das heißt, wir können im Moment nur mit den bestehenden Mitteln die bestehenden Programme weiter verbessern und perfektionieren.



Günter Schug,
Koordinator des
International
Academic
Exchange
Program (IAEP)

Endoprothetik in der integrierten Versorgung

Chefsache

Die elektive Endoprothetik ist, wie die elektiven Verfahren überhaupt, ins Visier der Gesundheitsreformer und Sparkommissare geraten. Mit Modellen der integrierten Versorgung (IV) soll dieser Bereich kostengünstiger funktionieren. Bestehende Vertragsmodelle bringen aber die Kliniken oft in eine schwierige Position.

Die Absicht des Gesetzgebers hat Dr. Ulrich Orlowski, Leiter der Unterabteilung Krankenversicherung, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, klar formuliert: Der „ethisch unproblematische“ elektive Bereich soll möglichst aus dem Kollektivzwang der GKV-Verfahren herausgenommen und dem freien Spiel der Kräfte zwischen Leistungserbringern und Kassen überlassen werden.

Die Verlockung für die Kliniken, hierbei mitzumachen, scheint auf den ersten Blick groß: Zusätzliche Mittel jenseits der gedeckelten Budgets und die Aussicht auf einen gesicherten Patientenstrom. Nicht zuletzt motiviert auch die Angst, abgehängt zu werden, wenn man jetzt nicht mitmacht. Für manche Krankenhausverwaltung sind das Gründe genug, die bekannten Pferdefüße geflissentlich zu übersehen. Das sind vor allem saftige Abschläge bei der Vergütung und „Standzeitgarantien“. Oft werden die Verträge von den Verwaltungen über die Köpfe der Ärzte hinweg abgeschlossen. Die Unwägbarkeiten der Garantieklauseln werden dabei meist ignoriert. Doch sie bergen enorme Gefahren.

Qualitätskriterien für eine Garantieleistung sind Ergebnisse aus wissenschaftlichen Publikationen oder die Daten der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung – BQS. Ob diese Daten der Realität entsprechen ist fraglich. Im Schnitt erscheinen 30 Prozent der Patienten im Rahmen von Nachuntersuchungen nicht zu den Follow-up-Untersuchungen; die BQS-Zahlen enden mit dem stationären Aufenthalt. Wir kennen also unsere langfristigen Erfolgsquoten nicht wirklich. Streng genommen sind

die vorhandenen Statistiken alle schön gerechnet. Es müssten also eigentlich beträchtliche Rückstellungen gemacht werden, um künftige „Ersatzleistungen“ zu finanzieren. Doch woher nehmen, wenn mit der Einführung der DRGs die Vergütung nochmal sinkt und sie durch den erwähnten IV-Abschlag weiter reduziert wird? Risiken, die zum Implantatversagen führen können, unterliegen nicht der ärztlichen Kontrolle. Skifahrende und marathonlaufende Patienten, deren Prothesen sich durch übermäßige Belastung lockern, werden die Budgets der Kliniken belasten.

Jedes Krankenhaus ist demnach gut beraten, Garantiezusagen grundsätzlich abzulehnen. Der Druck ist allerdings jetzt schon so groß, daß das nicht mehr immer funktionieren wird. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, sich bei Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern rechtlich auf höchstem Niveau beraten zu lassen. Mit den richtigen Garantieauschlussklauseln läßt sich das Risiko zumindest minimieren. Die Kassen sind mit Juristen bestens versorgt; die Kliniken müssen selbst für die Waffengleichheit sorgen.

Sie sollten sich zudem – auch wenn dies kurzfristig dem Eigeninteresse im Verdrängungswettbewerb der Krankenhäuser zu widersprechen scheint – gegenseitig über die Vertragsgestaltung informieren. Nur so läßt sich das Informationsmonopol der Kassen brechen und ein unheilvoller „Garantiewettlauf“ vermeiden. Vertraulichkeitsklauseln sind schon aus diesem Grund strikt abzulehnen.

Wir Ärzte sind durch die Entwicklung gezwungen, uns gründlich mit der Materie zu beschäftigen. Nur so können wir uns mit Aussicht auf Erfolg einmischen und die völlige – und in der Sache völlig widersinnige – Ökonomisierung der Endoprothetik verhindern. Es reicht deshalb auch nicht, den „aufgeweckten Oberarzt“ mit der Materie zu betrauen. Verträge zur integrierten Versorgung sind eindeutig Chefsache.

Neue AE-Mitglieder Dezember 2004



Privatdozent Dr. med.
J. Rüdiger Döhler,
FRCSEd
Chefarzt Orthopädie
und Unfallchirurgie,
Klinikum Plau am See



Privatdozent Dr. med.
Horst Fleck
Chefarzt
Unfallchirurgische
Abteilung, Westpfalz-
Klinikum, Standort III,
Kirchheimbolanden



Dr. med. Alois Franz
Chefarzt
St. Marienkrankenhaus,
Orthopädische Klinik,
Siegen
(AE-Mitglied seit
Februar 2005)



Professor Dr. med.
Heino Kienapfel
Ärztlicher Direktor
Orthopädische Abteilung,
Auguste-Viktoria-
Klinikum, Berlin



Professor Dr. med.
habil. Djordje Lazovic
Leitender Arzt
Orthopädische Klinik,
Pius Hospital,
Oldenburg



Privatdozent Dr. med.
Helmut Lill
Chefarzt
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungs-
chirurgie, Ev. Diakonie-
werk Friederikenstift,
Hannover



Dr. med.
Marwan Nassar
Chefarzt
Chirurgie, Kreiskranken-
haus Kirchberg GmbH,
Kirchberg



Dr. med. Axel Reinhardt
Chefarzt Abt. Wirbel-
säulen-Beckenchirurgie,
Leiter Brandenburger
Wirbelsäulenzentrum,
Oberlinklinik, Potsdam

Preise / Stipendien



Forschungspreis

Der mit 12 500 Euro dotierte AE-Forschungspreis ging 2004 an PD Dr. Clayton N. Kraft (Bonn) für seine Arbeit „Mikrozirkulatorische Reaktion des Skelettmuskels auf Abriebpartikel“. Bei der Übergabe des Preises in Dresden betonte AE-Präsident Prof. Dr. Peter Kirschner, dass mit dieser Untersuchung endlich fundierte Daten über ein wichtiges, klinisch schon seit langem bekannten Phänomen vorlägen.



Reisestipendien

Die 2004 vergebenen Reisestipendien der AE erhielten PD Dr. Vladimir Martinek (Orthopädische Klinik der Universität Rostock, links) und PD Dr. Marc Wick (BG-Klinik Bergamnsheil, Bochum). Sie haben im Dezember die „Current Concepts in Joint Replacement“ in Orlando besucht.

AE-Terminübersicht 2005

2.-5. März 2005

AE-Kurs und AE-Masterkurs Hüfte
in Ofterschwang /Allgäu

13.-17. März 2005

AE-Instructional Course: Ulm Spine Week

15./16. April 2005

2. AE-ComGen-Kongress in Markgröningen

19.-21. Mai 2005

AE-Kurs Kleine Gelenke in Magdeburg

23.-26. Juni 2005

AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie
in Damp / Ostsee

14.-17. September 2005

AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie in Berlin

22./23. September 2005

AE-Forum: Experts meet Experts, Fortsetzung:
Minimal invasive Endoprothetik in München

3.-5. November 2005

AE-Kurs Schulter in Bochum

16.-19. November 2005

AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie
in Ofterschwang

1. Dezember 2005

AE-Mitgliederversammlung

2.-3. Dezember 2005

7. AE-Kongress in Heidelberg

EFFORT



Die AE unterstützt den 7. Kongress der
European Federation of National Associations
of Orthopaedics and Traumatology (EFFORT)
in Lissabon, 4. - 7. Juni 2005

Weitere Information: www.effort.org

Online-Anmeldung:

https://meetingpoint.ponteiomagico.pt/effort2005_reg/index.asp

Impressum

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Verantwortlich: Prof. Dr. Peter Kirschner
Koordination: Andrea Trautwein, AE-Sekretariat,
0761 / 45 64 76 66, a.trautwein@ae-germany.com
Redaktion: Zsolt Pekker, 07634 / 55 19 46, pekker@pekker.de
Gestaltung und Produktion: Günter Jenne, Digitalgrafik.de,
0761 / 488 27 91, jenne@digitalgrafik.de