



Priv.-Doz. Dr. med.
Roland Becker
Chefarzt
Klinikum Brandenburg,
Zentrum für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Dr. med.
Chaled El Masry
Facharzt für Orthopädie,
Klinik Vincentinum,
Orthopädie,
Augsburg



Prof. Dr. med.
Peer Eysel
Direktor
Klinik für Orthopädie,
Klinikum der
Universität zu Köln



Prof. Dr. med.
Hartmut Fengler
Chefarzt
Krankenhaus Dresden-
Friedrichstadt,
Orthopädische Klinik



Dr. med. Josef Fitzek
Chefarzt
Kreiskrankenhaus
Mechernich
Abtlg. für Orthopädie



Dr. med. Lars Frommelt
ENDO-Klinik Hamburg,
Klinische Mikrobiologie
und Klinikhygiene



Prof. Dr. med.
Joachim Griffka
Direktor
Asklepios-Klinikum
Bad Abbach, Klinik
für Orthopädie der
Universität Regensburg



Prof. Dr. med.
Hans-Jürgen Kock
Chefarzt
Hochtaunuskliniken,
Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungs-
chirurgie, Bad Homburg



Priv.-Doz. Dr. med.
Erwin Kollig
Leitender Arzt
Bundeswehrzentral-
krankenhaus,
Abtlg. Unfallchirurgie,
Konstanz



Priv.-Doz. Dr. med.
Georg Köster
Chefarzt
Chirurgisch-Orthopä-
dische Fachklinik Lorsch,
Orthopädie und ortho-
pädische Chirurgie



Priv.-Doz. Dr. med.
Klaus Lerch
Chefarzt
Klinikum Landshut,
Klinik für Orthopädie
und Unfallchirurgie



Prof. Dr. med.
Markus Loew
Sektionsleiter
Orthopädische Univer-
sitätsklinik Heidelberg,
Sektion für Schulter- und
Ellenbogenchirurgie



Prof. Dr. med.
Heinrich Meßler
Chefarzt
Krankenhaus Neuwerk,
Orthopädische Klinik
Mönchengladbach



Dr. med.
Wolfgang Miehke
Leitender Arzt
ARCUS-Sportklinik,
Pforzheim



Prof. Dr. med.
Heiko Reichel
Ärztlicher Direktor
Rehabilitationskranken-
haus Ulm,
Orthopädische Klinik



Prof. Dr. med.
Desiderius Sabo
Chefarzt
SRH-Klinikum Karlsbad-
Langensteinbach,
Orthopädie-
Traumatologie II



Dr. med. Ralf Schmidt
Chefarzt
Marienhospital Bottrop,
Klinik für Orthopädie
und Traumatologie



Dr. med. Ulrich Simon
Chefarzt St. Franziskus-
Hospital Münster,
Allgemeine Orthopädie
und Endoprothetik



Priv.-Doz. Dr. med.
Peter Thomas
Klinik und Poliklinik
für Dermatologie
und Allergologie,
Ludwig-Maximilians-
Universität München



Priv.-Doz. Dr. med. habil.
Stefan Jurka Träger
Facharzt für Orthopädie,
Passau



Prof. Dr. Günther Zeiler
feierte am 24. Februar
seinen 65. Geburtstag.



Prof. Dr. Ulrich Pfister
feierte am 28. Februar
seinen 65. Geburtstag.

AE gratuliert

Impressum

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Verantwortlich: Prof. Dr. Peter Kirschner
Koordination: Andrea Trautwein, AE-Sekretariat,
0761/45647666, a.trautwein@ae-germany.com
Redaktion: Zsolt Pekker,
07634/551946, pekker@pekker.de
Gestaltung und Produktion: Digitalgrafik.de GmbH,
0761/4882791, mail@digitalgrafik.de



Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



unsere Arbeitsgemeinschaft hat sich in ihren ersten zehn Jahren im deutschsprachigen Raum als eine maßgebende Institution etabliert, mit Ausstrahlung weit über die Grenzen Europas hinaus. Unsere Kurse, Symposien und Kongresse gehören zu den attraktivsten Veranstaltungen auf ihrem Gebiet. ComGen inklusive, haben wir inzwischen fast 250 Mitglieder.

1996 in Regensburg waren wir ganze sieben. Die Sieben gilt ja in manchen Kulturen als Glückszahl. Das mag auch geholfen haben – unser Erfolg ist aber hauptsächlich ganz handfesten Umständen zu verdanken. Die AE hat vom ersten Tag ihres Bestehens eine Lücke ausgefüllt, die mit dem rasanten Wachstum der Endoprothetik entstanden und immer schneller gewachsen war. Es war das richtige Projekt zur richtigen Zeit.

Der andere wichtige Grund für die hervorragende Entwicklung unserer Arbeitsgemeinschaft ist das große Engagement ihrer Mitglieder, also Ihr Einsatz, Ihre Arbeit. Nur so ist die stolze Bilanz möglich geworden, die wir nach einem Jahrzehnt ziehen können. Das wollen wir am Ort der Gründung gemeinsam tun. Deshalb werden wir unsere nächste Mitgliederversammlung in Regensburg abhalten und dort unser erstes rundes Jubiläum gebührend begehen. Dazu möchte ich Sie alle jetzt schon ganz herzlich einladen.

Ihr Prof. Dr. Peter Kirschner
AE-Präsident

Chancen und Optionen

7. AE-Kongress, Heidelberg 2.-3. Dezember 2005 Ein Gespräch mit Gastgeber Prof. Dr. Volker Ewerbeck

Was waren für Sie die Höhepunkte des Kongresses?

Es gab zu viele sehr gute Vorträge auf sehr hohem Niveau, um jetzt einzelne Höhepunkte hervorzuheben. Für mich persönlich war die Sitzung, in der es um das politische und ökonomische Umfeld ging, besonders bemerkenswert. Hier wurde das Thema von ganz hervorragenden Referenten aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet – im Sinne des Wortes, denn es war sehr erhellend, was wir dort zu hören bekamen.

Wo wurde es denn hell?

Am meisten hat mich überrascht, dass alle drei Referenten mit ihren Botschaften sehr nah beieinander lagen. Der Gesundheitsökonom Prof. Schlender, Prof. Stock, als Exponent der industriellen Forschung, und der Chef der Technikerkrankenkasse Prof. Klusen haben uns im Grunde das gleiche erzählt: Unser Gesundheitssystem wird auch

Diese Definition fehlt bisher. Wir Ärzte müssen uns daran beteiligen, sie festzulegen. Eine zweite Botschaft ist, dass die monomanische Fixierung auf das Sparen gesamtwirtschaftlich kontraproduktiv ist. Das Gesundheitswesen ist ein Wachstumsmarkt. Wir wären mit Unverstand geschlagen, wenn wir ihn nicht nutzen. Sehr erhellend, aber auch etwas deprimierend, war die mit prägnanten Beispielen belegte Aussage von Prof. Klusen, dass mit der Steuerung unseres Gesundheitssystems auch Entscheidungsträger befasst sind, deren Expertise gelegentlich von einer erstaunlich geringen Eindringtiefe in die komplexe Materie gekennzeichnet zu sein scheint.

Muss auch die AE aus diesen Erkenntnissen Schlussfolgerungen ziehen?

Damit wäre die AE überfordert. Wir können und müssen natürlich zu Fragen der Endoprothetik Stellung nehmen, wo das Medizi-

Die Wissenschaftlichen Leiter des Kongresses waren (von links) Prof. Dr. Volker Ewerbeck (Heidelberg), Prof. Dr. Lothar Rabenseifner (Baden-Baden), Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (Frankfurt am Main) und Prof. Dr. Florian Gebhard (Ulm)



künftig finanzierbar bleiben – wenn wir es nur wollen, und wenn wir ein ausreichendes, gar nicht übermäßig hohes Wirtschaftswachstum erreichen. Das ständige Gerede von der Kostenexplosion ist völlig überflüssig. Es muss definiert werden, welche Ziele wir im Gesundheitssystem verfolgen wollen.

nische und das Politisch-Ökonomische sich überschneiden. Aber was die Fragen des Gesamtsystems angeht, ist unsere Arbeitsgemeinschaft zu klein. Hier sind die Organe der Ständevertretung die richtigen Akteure, die mit dem entsprechenden Gewicht auftreten und große Bündnisse schmieden können.

Fortsetzung auf Seite 2

Wiederwahl in Heidelberg

Bei der Mitgliederversammlung am 1. Dezember 2005 in Heidelberg wurden Prof. Dr. Peter Kirschner als Präsident, Prof. Dr. Wolfhart Puhl als Generalsekretär, Prof. Dr. Volker Ewerbeck als Vizepräsident und Prof. Dr. Rainer Neugebauer als Schriftführer in ihren Ämtern bestätigt und für weitere drei Jahre gewählt. Die Amtsinhaber kandidierten, nach jeweils einer Amtszeit, erneut; weitere Kandidaten gab es nicht. Die Wahl erfolgte en bloc, mit 62 Ja-Stimmen, ohne Gegenstimmen und Enthaltungen.

Preis und Stipendien



Auf dem 7. AE-Kongress in Heidelberg wurden der AE-Forschungspreis und zwei Reiestipendien vergeben. Den Forschungspreis 2005 erhielt Dr. Stefan Rammelt (oben) von der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum der TU Dresden für seine Arbeit zum Thema „Beschichtung von Titanimplantaten mit Kollagen“. In seinem Tierexperiment konnte er einen verbesserten Einwuchs der beschichteten gegenüber unbeschichteten Implantaten nachweisen.



Die beiden Reiestipendien für den Besuch der „Current Concepts“ in Orlando gingen an Priv.-Doz. Dr. Peter Biberthaler (Chirurgische Klinik und Poliklinik – Innenstadt, Klinikum der Universität München, Mitte) und Priv.-Doz. Dr. Christian Götze (Klinik und Poliklinik für Allgemeine Orthopädie am Universitätsklinikum Münster, rechts).

Was hat die andere Umfeldsitzung – Endoprothetik und Industrie – gebracht?

Ebenfalls eine sehr interessante und etwas überraschende Botschaft – wir haben uns vielleicht schon zu sehr dran gewöhnt, dass viele Dinge schlechtgeredet werden. Der Produktions- und Handelsstandort Deutschland ist viel besser als sein Ruf. Das Regelwerk ist gar nicht so schlecht, auch wenn es natürlich immer Möglichkeiten zur Verbesserung gibt. Fazit aus beiden Umfeldsitzungen: Wir sollten uns viel stärker auf die Chancen konzentrieren, die sich bieten.

Was haben Sie fachlich mitgenommen?

Als Resümee ist für mich übriggeblieben, dass die Knieendoprothetik in Deutschland auf einem sehr hohen und sehr differenzierten Niveau betrieben wird. Man hat längst erkannt, dass es für einzelne Fragestellungen ganz unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten gibt, in der primären wie der Revisionsversorgung. Es geht nicht mehr um ganz oder gar nicht. Der isolierte Patellaersatz, der unikondyläre Ersatz, auch lateral, sind unter geeigneten Voraussetzungen vernünftige Optionen geworden.

Welche Bedeutung hat die Frage der Materialien?

Die Materialfrage ist keineswegs gelöst, sondern in einem Entwicklungsprozess begriffen. Das wiederum setzt intensive Kenntnisse bei denen voraus, die sich mit der Thematik beschäftigen. Ich bekam neulich einen Fallbericht zu lesen, laut dem ein Patient beinahe an einer Kobaltvergiftung

starb, weil ihm bei einer Hüft-TEP ein Metallkopf in eine Keramikpfanne eingesetzt wurde. Das unterstreicht zum einen die Wichtigkeit der Kompetenz in Materialfragen, zum anderen zeigt es auf, dass sie offenbar alles andere als selbstverständlich ist. Man muss sich als Endoprothetiker damit intensiv beschäftigen.

Das ist das Stichwort zum Thema Mindestmengen.

Es ist nicht mehr zu verantworten, dass jemand nebenher ein bisschen Endoprothetik macht. Dieses hochdifferenzierte Spezialgebiet soll von hochspezialisierten Profis bearbeitet werden. Das gilt ganz besonders für die Revision. Dort sind wir inzwischen weit weg vom Alles-raus-und-Neues-rein. Wir haben eine Fülle von Optionen. Um sie alle zu kennen und erst recht nutzen zu können, muss man tief in die Materie eingearbeitet sein.

Was war noch erwähnenswert?

Für jeden Kliniker sind Vorträge, die sich intensiv mit Fehleranalyse beschäftigen, ein besonderer Gewinn. Davon gab es einige hervorragende, und ich glaube, wir haben viel aus ihnen gelernt. Was mich besonders gefreut hat: Alle eingeladenen Referenten haben zugesagt. Das heißt zum einen, dass wir gewichtige Experten aus dem deutschsprachigen Raum in Heidelberg gehört haben. Zum anderen, und dafür spricht auch die hohe Zahl der Teilnehmer, hat sich der AE-Kongress offensichtlich als Institution mit hoher Attraktivität etabliert.

Zehn Jahre AE Regensburg, 14.-16. 7. 2006

Ein guter Anlass zur Zusammenkunft und ein Grund zum Feiern: Vor zehn Jahren trafen sich die sieben Gründungsmitglieder – Prof. Dr. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. Ulrich Holz, Klaus Hug, Prof. Dr. Peter Kirschner, Prof. Dr. Rainer Neugebauer, Prof. Dr. Wolfhart Puhl und Prof. Dr. Christian Trepte – in Regensburg, um die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik ins Leben zu rufen. Das erste runde Jubiläum soll am Ort der Gründung begangen werden.

Der Festakt wird am 15. Juli im Reichssaal des Alten Rathauses abgehalten. Den Festvortrag wird der Ökonom und Zukunftsforscher am GMD-Forschungszentrum Informationstechnik in St. Augustin, Dr. Leo A. Nefiodow, halten. Er ist mit seiner Arbeit über den „Sechsten Kondratieff“ bekannt geworden. In der Theorie der langen ökonomischen Wellen verbirgt sich hinter diesem Begriff die führende Rolle der medizinischen und Biowissenschaften für den bestimmenden Innovations- und Wirtschaftszyklus im 21. Jahrhundert. Ein Galaabend wird die Jubiläumsfeier abrunden.



AE-Terminübersicht 2006

15.–18. März
AE-Kurs und AE-Masterkurs Hüfte, Ofterschwang /Allgäu (AUSGEBUCHT)

20.–24. März
AE/EFORT Spine Week, Ulm

20.–21. April
AE-Masterkurs Revision Knie, Stuttgart

11.–13. Mai
AE-Kurs Kleine Gelenke, Magdeburg
Schulter /oberes Sprunggelenk /
Hand- und Fingergelenke

18.–20. Mai
EFORT Instructional Course Knee, Sommerfeld
Basic and Advanced,
in Connection with DGOOC and AE

14.–16. Juli
10 Jahre AE, Regensburg

8.–9. September
3. AE-ComGen-Kongress, Kusel
„Zeitzeichen“

13.–15. September
AE-Masterkurs Revision Hüfte, Berlin

21.–22. September
AE-Forum – Experts meet Experts, München
(nur für AE-Mitglieder)

25.–28. Oktober
AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie,
Ofterschwang /Allgäu

16.–18. November
AE/AO-Kurs Kniechirurgie, Wuppertal

8.–9. Dezember
8. AE-Kongress, Hamburg

Neuer Service

Charts zum Gesundheitswesen auf AE-Website

Als neues Angebot auf der AE-Website stehen seit Februar Präsentationsfolien zum Themengebiet Gesundheitswesen/Medizintechnik zur Verfügung. AE-Mitglieder können sie unter dem Menüpunkt „Download /Chartpool“ im zugangsgeschützten Bereich der Website (www.ae-germany.com) finden. Die Folien sind thematisch geordnet und können mit Hilfe des Microsoft-Programms Powerpoint geöffnet werden.



Höchste Zeit zum Gegensteuern

Patientenzeit

Früher war vieles anders, und es war nicht immer schlechter. Früher kam der Patient ein, zwei Tage vor der Operation in die Klinik. Der Stationsarzt erledigte die Aufnahme, stellte die Diagnose, bereitete ihn auf den Eingriff vor und berichtete bei der nächsten Besprechung. Im weiteren Verlauf des – deutlich längeren – Klinikaufenthalts behielt er in der Regel den Patienten persönlich im Blick.

Heute geht es viel effizienter zu. Die Patienten kommen präsidentar zur Vorbereitung und werden von dafür abgestellten Assistenten diagnostisch und forensisch „abgearbeitet“. Am nächsten Tag, meist ist es schon der OP-Tag, kommt der Patient zur Aufnahme und gelangt per Pooling auf eine Station, auf der er den Assistenzarzt vom Vortag nicht wieder sieht. Kommt eine ungünstige Abfolge von Nachtdiensten und freien Tagen zusammen, trifft er den Stationsarzt erst zwei Tage nach dem Eingriff. Wichtige Informationen kommen bei diesem gar nicht mehr an.

Das ist ein systemimmanentes Paradoxon. Denn es ist nicht zuletzt der riesige Aufwand der Informationssicherung, der uns Ärzte die Zeit kostet, die uns dann für den Patienten fehlt. Qualitätssicherung, Arztbrief und Verschlüsselungen sind nun mal dringend zu erledigen. Und obwohl uns Datenmassen zur Verfügung stehen, fehlt schließlich oft das Entscheidende: das Gesamtbild, das nur im persönlichen Austausch entstehen kann.

Dieser Zustand ist das Ergebnis eines Wertewandels. Weil die Einnahmen strukturell nicht reichen, wird das Gesundheitswesen heute fast ausschließlich über die Kosten gesteuert. Das hat nichts mit der Medizin zu tun, sondern mit politischen und ökonomischen Gegebenheiten. Ein kräftiger Aufschwung würde die wichtigsten Probleme schlagartig lösen. Solange er nicht kommt, müssen wir nach anderen Möglichkeiten suchen. Denn die allseits geforderte patientenzugewandte Medizin können wir

erst wieder betreiben, wenn wir dieses einseitige Kostendenken hinter uns lassen.

Es gibt eine realistische Möglichkeit zur Ausweitung ärztlicher Leistungen, die auch kurzfristig zu verwirklichen wäre: die Entlastung der Ärzte von überflüssiger Bürokratie. Viele Daten, die wir mit großem Aufwand erheben, werden gar nicht gebraucht. Hier muss dringend entrümpelt werden. Unvermeidliche Verwaltungsaufgaben können nichtärztliche Spezialisten übernehmen. Leider folgt in der Praxis auf die Einstellung von Dokumentationsassistenten, Medizincontrollern oder Stationssekretärinnen oft wiederum eine Einsparung beim ärztlichen Personal.

Doch selbst dort, wo das nicht passiert, reicht es immer noch nicht für eine wirklich patientenzugewandte Medizin, wie wir sie den Patienten und unserem Beruf eigentlich schuldig sind. Denn die sinkende Vergütung lässt sich nur durch Steigerung der Fallzahlen kompensieren. Es wird höchste Zeit zum Gegensteuern. Im DRG-System muss der Anteil der ärztlichen Leistung höher angesetzt werden, natürlich unter der Maßgabe, dass er nicht irgendwo abgeschöpft wird, sondern ungeschmälert beim Patienten ankommt. Das funktioniert letztlich nur mit mehr Personal.

In der gegenwärtigen Situation mag das utopisch klingen. Doch wir dürfen uns nicht damit begnügen, die Behebung von Widersinnigem und ein wenig Bürokratieabbau zu fordern. Um die Möglichkeiten und Chancen eines immer noch hervorragenden Gesundheitssystems zu nutzen, sollten wir den Blick über die Dringlichkeiten der gegenwärtigen Situation hinaus und wieder auf den Patienten richten. Ihn müssen wir in allen Diskussionen mit den Verwaltungen, Kassen, Politikern und der Öffentlichkeit in den Mittelpunkt stellen. Auch wenn es ein Fernziel ist – wir wollen uns ja vor allem auf ihn und die Medizin konzentrieren.