

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



auch in diesem Jahr sind wir wieder ein gutes Stück vorangekommen. Unsere Kurse sind bestens gelaufen, auch wenn dies mir selbst schon fast als Selbstverständlichkeit erscheint. Doch wir sollten nicht vergessen, welche enorme Leistung darin steckt, die immer wieder von neuem auf hohem Niveau erbracht wird. Neue Konzepte für zusätzliche Veranstaltungen liegen bereits vor; wir werden unsere Kernkompetenz Ausbildung noch weiter stärken.

In Berlin ist am Rande des gemeinsamen Kongresses unsere Manual-Gruppe zusammengekommen und konnte erfreuliche Fortschritte verzeichnen. Die Beiträge für den Schulter-Band liegen bereits vor, die Kapitel für die anderen Bände sollen bis Ende des Jahres eingereicht sein.

In unseren Arbeitsgruppen nimmt die Aktivität ebenfalls zu. Die AG Neue Techniken hat mit ihrem Bulletin zum minimalinvasiven Operieren den Weg gewiesen. Der aktuelle Stand des Wissens ist darin ebenso umfassend wie übersichtlich zusammengefasst; wir alle haben eine sehr klare und verlässliche Orientierungshilfe für die klinische Praxis in der Hand, die zudem regelmäßig aktualisiert wird. Ähnliches wird voraussichtlich schon im nächsten Jahr zu weiteren Themen vorliegen. Ich möchte mich bei allen, die an den genannten Aktivitäten beteiligt waren und sind, ganz herzlich bedanken! Es ist ihre Leistung, welche die AE groß macht.

Ihr Prof. Dr. Peter Kirschner
AE-Präsident

Stärke gewinnen

AE-Forum „Experts meet Experts“, 28. September in München

Ein Gespräch mit Prof. Dr. Wolfhart Puhl

Was war dieses Jahr neu und anders?

Die Vorbereitungsphase des Forums litt – wie dies für alle Aktivitäten in der Zukunft immer mehr der Fall sein wird – unter einem Kernproblem, welches alle AE'ler betrifft: die enorme Arbeitsverdichtung an allen Arbeitsplätzen, wobei dies Überlastung von Assistent bis Chefarzt bedeutet. In dieser Situation und unter dem Eindruck permanenter Diskussionen um unsere Arbeitsgruppen haben wir dann die Entscheidung getroffen, dass beim Forum die Arbeitskreise mit ihren Leistungen und Zukunftsvorstellungen das Programm beherrschen sollen.

Was haben Sie aus München mitgenommen?

Viel! Am Beginn standen die so sehr wichtigen Botschaften der Biomechanik, exzellente Vorträge der Professoren Claes und Duda. Es war uns sehr wichtig, die Biomechanik zu Wort kommen zu lassen, und persönlich bin ich der Auffassung, dass dies der Beginn einer Serie sein muss. Das Arbeitsleben von Orthopäden und Unfallchirurgen ist ohne zunehmend differenzierte Kenntnisse der Biomechanik nicht erfolgreich. Das

Verständnis der Bindegewebe und ihrer Reaktionen auf Mechanik ist oft entscheidend für die Abwägung zwischen konservativer und operativer Behandlung, aber ebenso für die Auswahl geeigneter Therapien und deren Differenzierung im Detail. In der Zukunft werden unsere Kollegen von der Grundlagenforschung – eventuell auch einmal in Kombination mit Vorträgen der Biomechanik aus klinischer Sicht – die Historie biomechanischer Forschung aufzeigen müssen, um so allen Klinikern die grundsätzliche Bedeutung vor Augen zu führen und Verständnis zu wecken.

Stichwort minimalinvasive Verfahren – dazu gab es mehrere Vorträge...

...in denen ein durchaus skeptischer Grundton mitschwang. Bis heute liegen uns keine Fakten vor, die ein generelles Umschwenken zur minimalinvasiven Implantation als zwingend notwendig erscheinen lassen. Es ist gut, an diesem Thema weiterzuarbeiten, sich mit der Verbesserung der Zugangswege zu beschäftigen, die Operationsverfahren an sich immer wieder genau zu überprüfen und zu optimieren – und das ist vielleicht das bisher wichtigste Ergebnis des MIS-Trends. Ich denke, vorrangig ist es die Aufgabe der AE, auf diesem Feld die Linie zwischen Modetrend und erwiesenem klinischen Fortschritt möglichst klar zu ziehen.

Ist das in München gelungen?

Die MIS-Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Hein und Prof. Perka hat ihre aktualisierten Erkenntnisse vorgetragen, die uns dazu sehr wertvolle Hinweise geben.

Sind die geschlechtsspezifischen Implantate der nächste Megatrend?

Mit dem Wort Megatrend wäre ich zurückhaltend. Hier ist ähnlich wie in den Anfän-



Prof. Dr. Wolfhart Puhl hatte in München zusammen mit Prof. Dr. Peter Kirschner die wissenschaftliche Leitung.

Fortsetzung auf Seite 2



gen der MIS eine berechtigte Frage aufgeworfen worden, man hat begonnen, ein bisher wenig beachtetes Detail genauer anzusehen. Wir wissen inzwischen einiges über die anatomischen Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Gelenkformen, die natürlich die Kinematik beeinflussen, und offensichtlich können wir an diesem Punkt durchaus optimieren. Dr. Klauser hat dazu interessante klinische erste Erfahrungen vorgestellt, die naturgemäß noch aus einer frühen Phase stammen.

Was gab es Neues zum Thema Materialien?

Jürg Oehy von der Firma Zimmer hat einen hochinteressanten Vortrag über den Stand der Materialwissenschaft gehalten und uns mit vielen Fakten dargestellt, dass Dinge mit dem gleichen Namen in der Praxis und in den klinischen Konsequenzen ganz verschieden sein können. So gibt es Unterschiede zwischen den hochvernetzten Polyäthylenen. Das gleiche gilt insbesondere für die Metall/Metall-Gleitpaarungen. Die Unterschiede haben zum Teil relevante klinische Auswirkungen. Wir Ärzte müssen ganz einfach wissen, dass Dinge die auf den ersten Blick gleich erscheinen, in der Analyse des Materialwissenschaftlers und – was für den Patienten und uns wichtig ist – in den klinischen Konsequenzen durchaus unterschiedlich sein können. Wir brauchen hier die Industrie als verlässlichen Partner, der präzise informiert und die Konsequenzen seiner Informationen bereit ist mitzutragen.

Und zur Gesundheitsökonomie?

Sie wurde von mehreren Seiten betrachtet. Wir alle in Klinik und Praxis benötigen ein exaktes Wissen über epidemiologische Entwicklungen, Gesetzgebung und Regelabläufe im Gesundheitssystem und daraus folgende ökonomische Zwänge, wenn wir bei wachsendem Druck einen Einfluss im Gesundheitssystem, d.h. einen Einfluss auf die

Gestaltung unseres Arbeitsplatzes zum Wohle unserer Patienten behalten wollen. Die Versorgungsforschung, die wir dafür brauchen, kommt endlich in Gang, ist aber bei weitem noch nicht dort, wo sie sein sollte. Dass wir in unserem unmittelbaren Umfeld einiges bewirken können, hat Dr. Kirschner mit seinem Vortrag über die Ergebnisse der Einführung eines klinischen Pfades für Knieendoprothetik sehr plastisch dargestellt. Dr. Hube hat eine ganz andere ärztliche Antwort auf die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen präsentiert. Wo der herkömmliche Kliniker, und besonders der Uni-Kliniker, in ein immer engeres bürokratisches Korsett geschnürt und vom leistungsorientierten System abgehängt wird, tun sich große Möglichkeiten für Belegärzte und fürs ambulante Operieren auf. Weil sich für sie Leistung wirklich lohnt, machen sie den Patienten gute Angebote und bekommen Fallzahlen, die wohl manche Klinik erst anstrebt. Diese straffen und unbeschwerten Worte der Analyse aus der Sicht eines Belegarztes haben vielleicht nicht alle Kollegen in diesem Augenblick gern gehört. Persönlich glaube ich, dass wir in der AE gerade durch sehr unterschiedliche Blickwinkel Stärke gewinnen.

Was haben Sie über die tragische Verwechslung von Knieendoprothesen in Berlin erfahren?

Dr. Lohner von Berliner Landesamt für Arbeitsschutz hat uns den bekannten Fall in allen Details geschildert. Es gab dort eine Verkettung zahlreicher unglücklicher Umstände. Für mich gab es daraus zwei Dinge zu lernen. Zum einen muss der Operateur seine Verantwortung in jedem Punkt wahrnehmen und darf sich eben nicht blind auf irgendetwas oder irgendjemanden verlassen. Das gilt natürlich auch für die OP-Schwester. Zum anderen hätte ein deutschsprachiges Etikett auf der Verpackung diese Katastrophe eventuell verhindern können.

Priv.-Doz. Dr. David Wohlrab

Ergebnisse Hüfte

In einer prospektiv randomisierten Studie wurde der modifizierte Watson-Jones-Zugang in Rückenlagerung mit dem Bauer-Zugang verglichen. Unterschiede zwischen beiden Gruppen bei Betrachtung der klinischen Parameter sind nur marginal vorhanden; lediglich 6 und 12 Wochen postoperativ ergeben sich signifikante Unterschiede. Ein Jahr postoperativ zeigten Patienten der MIS-Gruppe in den Gruenzonen 2, 3, 5 und 6 signifikant höhere Knöchendichtewerte als die Patienten der Standardgruppe. In der biomechanischen Ganganalyse hatten die Patienten der MIS-Gruppe Vorteile hinsichtlich der freigewählten Ganggeschwindigkeit, pathologische Muster der Muskelinnervation verbesserten sich früher.

Priv.-Doz. Dr. Georg Matziolis

Ergebnisse Knie

Der Mini-Midvastus scheint sich als am besten untersuchter minimalinvasiver Zugang durchzusetzen. Verglichen mit konventionell operierten zeigen minimalinvasiv operierte Patienten eine Schmerzreduktion innerhalb der ersten postoperativen Wochen, die mit einer verbesserten Funktion und schnelleren Rehabilitation einhergeht. Nach drei Monaten postoperativ reflektieren die verwendeten Messverfahren keine Unterschiede mehr. Es fällt auf, dass mit



höherer Qualität der Studien der Effekt minimalinvasiver Zugänge moderater ausfällt. Navigation führt schon heute zusammen mit minimalinvasiven Zugängen zu mittelfristig überlegenen Ergebnissen, da sie Implantatpositionierung und Weichteilbalanzierung unabhängig von der Größe des Zuganges verbessern hilft.

Prof. Dr. Carsten Perka AE-Empfehlungen

Die anfänglich großen Erwartungen an die Technik konnten bisher nicht mit klinischen Verbesserungen gleichen Ausmaßes unterlegt werden. Sie ist weiterhin durch eine hohe Variabilität in Abhängigkeit vom behandelnden Chirurgen/Orthopäden gekennzeichnet.

Der Einfluss anderer Faktoren, wie der patientenseitigen Einflüsse, der veränderten prä- und postoperativen Schmerztherapie, neuer Formen der Anästhesie, geänderter Rehabilitationsverfahren sowie die Entwicklung neuer Instrumente und ähnliches bestimmen insbesondere das Frühergebnis maßgeblich mit.

Die Anwendung eines minimalinvasiven Zugangs rechtfertigt niemals Kompromisse bei der Positionierung der Implantate oder die Herstellung so genannter „zugangsspezifischer Implantate“. Ein minimalinvasiver Zugang sollte bei Eintritt von Komplikationen problemlos zu erweitern sein. Aus diesem Grund präferiert die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik weiterhin den miniposterioren und den anterolateralen Zugang.

Kompaktkurse

Die Ausbildungskommission hat auf Anregung von Prof. Dr. Rudolf Ascherl beschlossen, ab nächstem Jahr eintägige Kompaktkurse zu vier Themenbereichen anzubieten: Zementiertechnik, Präoperative Planung, Wundversorgung und Knochenbanken. Nach Vorträgen am Vormittag soll nachmittags in Workshops praktisch trainiert werden. Die Kurse werden regional verteilt angeboten, um Teilnehmern und Referenten eine möglichst kurze Anreise zu ermöglichen, die keine Übernachtung erfordert. Die Kursprogramme wurden bereits ausgearbeitet. Die ersten Kurstermine werden demnächst bekanntgegeben.

Guter Zwischenstand

Präsentation der Arbeitsgruppen

Am Vortrag des AE-Forums in München kamen die Leiter der Arbeitsgruppen und das Präsidium zusammen, um einen Überblick über die Aktivitäten der AGs zu gewinnen und kommende Tätigkeiten zu planen. Die Arbeitsgruppen sollen ihre vorliegenden Arbeitsprogramme bis etwa März/April abarbeiten. Zum nächsten AE-Forum im September 2008 sollen sie dann die Ergebnisse präsentieren.

AG Biomechanik

Der Vorstand begrüßte den Plan, dass die Biomechanik-Experten die für die klinisch tätigen AE-Mitglieder wichtigsten Informationen zur Mechanik und Biomechanik aus dem Bereich der Endoprothetik zusammenstellen wollen. Das kann in Form eines jährlichen Bulletins geschehen. Außerdem können AE-Mitglieder auf individueller Basis biomechanische Fragen an die Arbeitsgruppe stellen. Falls sie von allgemeinem Interesse sind, können sie ebenfalls in dieses Bulletin aufgenommen werden.

AG Standards/Leitlinien

Vorrangige Aufgabe dieser Gruppe ist die Erstellung des Bulletins zu Hygiene und Infektion. Eine detaillierte Gliederung liegt vor; die Aufgaben zur Ausarbeitung der einzelnen Abschnitte sind bereits verteilt. Die laufende Allergie-Studie soll ebenfalls fortgeführt werden, mit besonderem Blick auf den intraoperativen Instrumentenabrieb.

AG Neue Techniken

Diese Arbeitsgruppe hat bereits im vergangenen Jahr eine Stellungnahme zum Thema minimalinvasive Endoprothetik ausgearbeitet und für ihre gute Arbeit uneingeschränkte Anerkennung erhalten. Das jährliche Update und der jährliche Kurs zu dem Thema sollen weitergeführt werden.

AG Neue Materialien

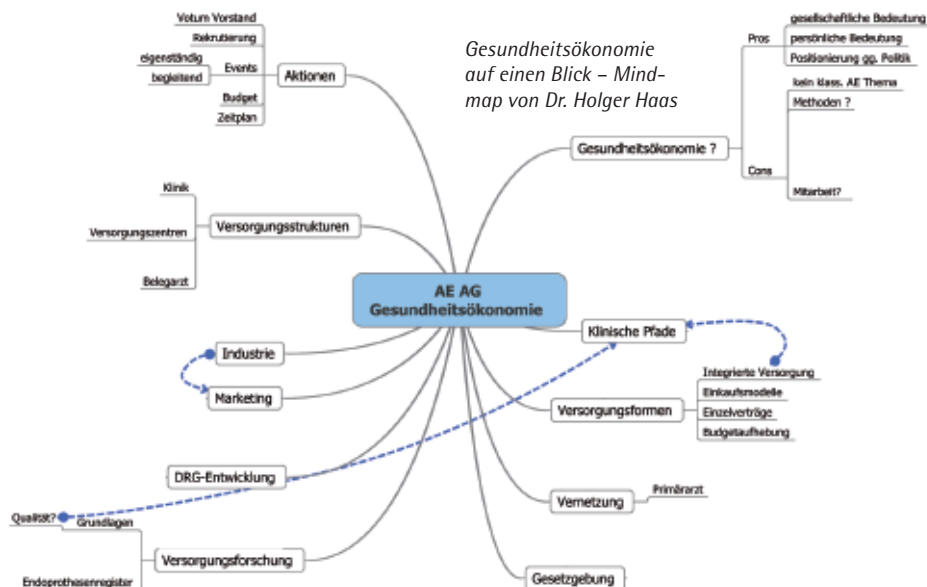
Der Vorstand sah eine Studie zum Gender-Knie als vordringlich an. Da eine große, prospektiv randomisierte Studie außerhalb des Möglichen liegt, soll im Sinne einer prospektiven Kohorten-Studie/Anwendungsbeobachtungstudie zunächst ein Grundstock an Daten von Mitgliedern der AE unter Leitung der Arbeitsgruppe gesammelt werden, quasi als „kleines Prothesenregister“.

AG Trauma-Trends

Der Vorstand schlug als vorrangige Aufgabe vor, den AE-Mitgliedern die Trauma-Trends aus der Literatur und wichtigen internationalen und deutschen Kongressen zu vermitteln. Dies beinhaltet gleichzeitig das wissenschaftliche Aufarbeiten von Innovationen. Die Idee eines Operationskurses soll zunächst nicht weiterverfolgt werden.

AG Gesundheitsökonomie

Der Vorstand stimmte der Präferenz der Gruppe zu, klinische Pfade und Versorgungsforschung als vorrangige Themen zu bearbeiten.



Von der ComGen in die AE



Dr. Markus Kellner
Orthopädische Praxis,
München



Dr. Thomas Barz
Klinikum Uckermark,
Schwedt/Oder



Priv.-Doz. Dr. Lars Perlick
Asklepios Paulinenklinik,
Wiesbaden

AE gratuliert zum Geburtstag

50 Jahre



Prof. Dr.
Heino Kienapfel
14. November



Dr. Ulrich Simon
29. November

60 Jahre



Prof. Dr. Gerd Regel
7. Dezember



Prof. Dr.
Heinrich Reilmann
4. November

AE gratuliert zum Geburtstag

60 Jahre



Prof. Dr.
Reiner Gradinger
9. November



Prof. Dr.
Michael Faensen
1. Oktober



Dr. Marwan Nassar
Evangelisches Kranken-
haus Mettmann



Prof. Dr.
Gunther Schwetlick
Orthopädische Klinik
Hessisch Lichtenau,
Schwielowsee

Impressionen aus Magdeburg

Der AE-Kurs „Kleine Gelenke“ in Magdeburg gehört längst zu den großen Klassikern des Ausbildungsangebots. Gastgeber und wissenschaftlicher Leiter – gemeinsam mit Priv.-Doz. Dr. Géza Pap und Prof. Dr. Hans Zwipp – war Prof. Dr. Wolfram Neumann, hier zusammen mit Prof. Dr. Karl Tillmann und Prof. Dr. Jörg Haasters (Bild 1, v.l.n.r.) in einer Veranstaltungspause. Dr. Thomas Ambacher (rechts, mit Kursteilnehmern) fungierte als einer der Instruktoren.



AE-Terminübersicht 2008

12.–15. März

AE-Masterkurs Hüfte, Bonn

2.–5. April

AE-Kurs und Masterkurs Hüfte, Ofterschwang

23.–24. Mai

5. AE-ComGen-Kongress, Lüneburg

5.–7. Juni

AE-Kurs Knie, Düsseldorf

11.–12. Juli

AE-Kurs Schulter, Stuttgart

5.–7. September

AE-Kurs Knie, A-Kitzbühel

11.–12. September

AE-Kurs Hüfte, Warnemünde

25.–26. September

AE-Forum München

8.–10. Oktober

AE-Kurs Kleine Gelenke, Magdeburg

12.–15. November

AE-Kurs und Masterkurs Knie, Ofterschwang

5.–6. Dezember

10. AE-Kongress Mainz

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

