

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



unsere Arbeitsgemeinschaft ist seit ihrer Gründung in ungebrochenem Eiltempo voranmarschiert. So haben wir viele wichtige Ziele bereits erreicht und uns als eine wissenschaftliche Gesellschaft mit großer Ausstrahlung etabliert. Bevor unser gemeinsames Haus aber noch weiter wächst, müssen seine Fundamente und Stützmauern verstärkt werden. Wir haben deshalb in Köln im vergangenen Dezember einige Regelungen getroffen, um unseren Erfolg zu konsolidieren. Die klaren Regeln für die Aufnahme neuer Mitglieder sind nur eines von mehreren Beispielen dafür.

Vor allem aber haben wir in Köln einen umfassenden Generationswechsel in Gang gesetzt. Einige jüngere Kollegen sind bereits ins Präsidium aufgerückt. Sie und ihre Altersgenossen werden in absehbarer Zeit alle wichtigen Führungspositionen übernehmen. Die Arbeit wurde auf eine größere Zahl von Schultern verteilt. Die begrenzten Amtszeiten werden zusätzlich für ständige Erneuerung und – da bin ich sehr vorsichtig – für immer neuen Schwung sorgen.

Die Beschlüsse von Köln markieren den Beginn einer neuen Ära. Es wird auch künftig weiter vorangehen. Die Aufnahme der Kollegen aus Österreich und der Schweiz, mit der Option später nationale Sektionen zu gründen, zeigt das ebenso deutlich wie die neuen Kompaktkurse, die jetzt beginnen. Es gibt nach wie vor viele Aufgaben und zahlreiche weitere Ziele zu erreichen. Wir sind auf einem guten Weg.

Ihr Prof. Dr. Peter Kirschner
AE-Präsident

RheinKnie

Rückblick auf den 9. AE-Kongress in Köln, 7.–8. Dezember

Thema des Kongresses war diesmal das Knie. Was vor und nach der Totalendprothese passiert, wurde in Köln ebenso ausführlich behandelt wie die Arthroplastik selbst. Das Konzept der umfassenden Betrachtung ging auf: Mit über 350 Teilnehmern konnte der 9. AE-Kongress einen neuen Rekord verzeichnen.

Femoropatellargelenk

Das **mediale patellofemorale Ligament** (MPFL) übt den Großteil der Haltekräfte im Knie aus, betonte Dr. Sven Ostermeier (Hannover) und stabilisiert es zwischen 40° Beugung und Streckung. Er stellte eine an der Medizinischen Hochschule Hannover entwickelte Operationstechnik zur dynamischen Rekonstruktion des MPFL vor, bei der dieses durch den M. semitendinosus geführt wird. Sie nutzt die Muskelspannung, um der

nicht überkorrigieren!" Ein laterales Release sei nur sehr selten indiziert; auch mit dem Shaver sollte man sehr restriktiv verfahren. 5–10 Prozent der Fälle seien mit einer oft übersehenen Läsion des vorderen Kreuzbandes verbunden.

Zu den absoluten Indikationen für die Operation der schmerzhaften Patella zählen für Dr. Philippe Cartier (Neuilly, Frankreich) die Patella alta und das patellare Ungleichgewicht mit nichtreduzierbarer Verkippung. Für den **femoropatellaren Oberflächenersatz** nannte er als unabdingbare Voraussetzungen eine intakte Extensorfunktion und eine annähernd normale Höhe der Patella. Er beginnt die Operation immer auf der Patellaseite. Wenn Indikationsstellung, OP-Technik und Implantat stimmen, so sein Fazit, sind sehr gute Langzeitergebnisse möglich.

Die wissenschaftlichen Leiter: Prof. Dr. Klaus Rehm, Prof. Dr. Dietmar Pennig, Prof. Dr. Alfred Karbowski, Dr. Fritjof Süssenbach



Sehne in der Bewegung die jeweils richtige Spannung zu verleihen. Prof. Dr. André Gächter (Niederteufen, Schweiz) warnte davor, bei der traumatischen oder rezidivierenden **Patellaluxation** in die „Arthroskopiefalle“ zu tappen: „Nicht überreagieren,

Dr. Heinz Bereiter (Chur, Schweiz) beschrieb die Rekonstruktion einer „normalen“ Anatomie per **Trochleoplastik** bei Patienten mit rezidivierender Patellaluxation. Er wies darauf hin, dass sich die Furche der „Auffahrrampe“ im Femur fortsetzen sollte. Wichtig

Fortsetzung auf Seite 2

sei die Gesamtschau, da die Biomechanik massiv verändert wird. Deshalb müsse ein neues Alignment der Weichteile hergestellt werden.

Auf dem Weg zur Knieendoprothese

Das sicherste diagnostische Verfahren für das verletzte **hintere Kreuzband** ist laut Prof. Dr. Michael Strobel (Straubing) die gehaltene Röntgenaufnahme, zu kombinieren mit der eingehenden klinischen Untersuchung. Der Lachman-Test falle oft falsch negativ aus. Es gibt keine evidenzbasierte Studie, welche die richtige Therapiewahl vorgäbe; wichtig sei es, „kombinierte Verletzungen auch kombiniert zu versorgen“.

Beim **Genu recurvatum** hat es der Arzt mit sehr komplexen Krankheitsbildern zu tun, die ganz unterschiedliche Antworten erfordern. Weichteilkorrektur an Sehnen, Kapseln und Faszien kommen nicht in Frage, wenn es keine muskulären Schutzfunktionen über diesen Strukturen gibt. Die Transposition von Sehnen oder Muskelbäuchen, die an der oberen Extremität funktionieren kann, bringe am Bein nur „sehr bescheidene“ Resultate.

Dr. Thomas Paffrath (Köln) verglich die verschiedenen Methoden, die für den **Knorpelersatz** zur Verfügung stehen. Für Lavage, Debridement und Abrasion ist die Literaturlage eindeutig: Sie kommen nicht mehr in Frage. Die Mikrofraktur bringt bei Patienten bis 35 Jahren, kleinen Defekten und intakter Knorpelschulter gute Ergebnisse. Auch die Mosaikplastik hat sich bei kleinen Defekten klinisch bewährt, wenn die Kongruenz der Implantate stimmt. Die autologe Chondrozytentransplantation ist auch für größere Defekte geeignet. Der hyalinähnliche Knorpel, der bei dieser Methode entsteht, ermöglicht gute klinische

Ergebnisse. Die Nachteile: Das Verfahren ist teuer und zweizeitig, Nahtschäden seien nicht zu unterschätzen.

Bei der Streitfrage **tibiale Osteotomie vs. unikondylärer Kniegelenkersatz** betonte Dr. Wilhelm Baur (Schwarzenbruck), dass die Fehlstellung eine Indikation für die tibiale Osteotomie, aber nicht für den unikondylären Ersatz sei. Er wies darauf hin, dass die Überkorrektur entgegen in der Literatur verbreiteten Angaben 2-3° Achsabweichung nicht überschreiten dürfe. Nur dann seien gute Ergebnisse und hohe Patientenzufriedenheit zu erwarten. In seiner Klinik werde sie deshalb navigiert. PD Dr. Dominik Parsch (Stuttgart) plädierte dagegen für den unikondylären Kniegelenkersatz. In den wenigen direkten Vergleichen, die in der Literatur zu finden sind, schneide dieser besser ab. Er habe vor allem bei Varusfehlstellung deutliche Vorteile. Bei genauem Hinsehen sei jedoch die Schnittmenge der Fälle, in denen beide Verfahren gleichwertig zur Auswahl stehen, recht klein.

Neue Aspekte – Kontroverses

Pro und Kontra High-Flex-Knie lautete die zweite Streitfrage. Laut Prof. Dr. Werner Hein (Halle) ist die postoperative Flexion nicht an das Implantatdesign gekoppelt. Präoperativer Bewegungsumfang und Operationstechnik seien ebenfalls wichtige Faktoren. Die Patientencompliance sei die wichtigste Größe, an der man arbeiten könne, betonte er und demonstrierte dies am Hallenser Modell, bei dem die Dynamik von gezielt zusammengestellten Gruppen von Endoprothetikpatienten genutzt wird. Die High-Flex-Implantate sind vor allem wegen geringeren Anpressdrucks in Flexion und des so reduzierten Abriebs für ihn die Implantate der Wahl. Prof. Dr. Carsten Perka (Berlin) postulierte dagegen, dass 120° Flexion für alle funktionellen Bedürfnisse europäischer Patienten völlig ausreichen. Die hohe

AE-Preis für Dr. Jürgen Babisch

Dr. Babisch hat sich als ein ungemein produktiver Forscher hervorgetan, betonte Prof. Dr. Volker Ewerbeck bei der Preisverleihung. Mit seiner Arbeit über „The Rationale for Tilt Adjusted Acetabular Cup Navigation“ hat er sich gegen eine sehr starke Konkurrenz durchgesetzt.



Dr. Jürgen Babisch erhielt den mit 10.000 Euro dotierten AE-Forschungspreis.

Flexion sei mit deutlich größerer Knochenresektion erkauft. Zudem sei die Lockerungsrate von High-Flex-Implantaten gerade bei Patienten, die besonders gut beugen konnten, inakzeptabel hoch.

Dr. Josef Fitzek (Mechernich) befand, dass bei der Endoprothetik am **extremen Valgusknie** der richtige Release die entscheidende Größe sei. Wenn man den Weg zwischen der Scylla und Charybdis von Over- und Underrelease suche, könne auch die sagittale Gleitosteotomie die Lösung sein. PD Dr. Andreas Halder (Sommerfeld) berichtete über erste Erfahrungen mit dem **Gender-Knie**. Es habe bei bestimmten Anatomien eine bessere Passform, lasse sich besser lateralieren und sei bei Streckdefizit gut geeignet. Für eine abschließende Beurteilung müsse man aber noch die klinischen Ergebnisse abwarten.

Komplikationsmanagement

Beugekontraktur und Arthrofibrose sind seltene, aber ernste Probleme bei der Knie-

Die Reisestipendien zum Besuch der Current Concepts erhielten Dr. Michael Schneider (Hamburg, links) und PD Dr. Markus Tingart (Bad Abbach) von Prof. Dr. Volker Ewerbeck überreicht.



Kölner Beschlüsse

Bei der Mitgliederversammlung am Vorabend des AE-Kongresses in Köln wurden wichtige Weichenstellungen vorgenommen, um die bisherigen Erfolge zu konsolidieren und die weitere Entwicklung der AE zu sichern. Die Regularien für die Aufnahme, Amtszeiten und die Auswahl der Führungskräfte wurden im Detail neu oder genauer formuliert. An der Spitze der Arbeitsgemeinschaft wurde so ein geordneter Generationswechsel eingeleitet, der sich in den kommenden Jahren vollziehen wird.

Amtszeiten und Nachfolge

Die Amtszeit des Präsidenten wurde auf künftig zwei Jahre verkürzt. Es gibt jetzt nur noch einen Vizepräsidenten, der alle zwei Jahre neu gewählt wird. Nach dieser Amtszeit wird er automatisch für zwei Jahre Präsident. Anschließend wird er als Past Präsident weitere zwei Jahre seine Nachfolger beraten. Damit wird Vizepräsident Prof. Dr. Volker Ewerbeck 2009 die Nachfolge von Prof. Dr. Peter Kirschner antreten. Auch die Amtszeit der Präsidiumsmitglieder wurde auf zwei Jahre begrenzt, mit der Möglichkeit einer einmaligen Wiederwahl. Das Präsidium soll sich vorrangig aus den Vorsitzenden der Arbeitsgruppen rekrutieren.

Neue Mitglieder des Präsidiums

Prof. Dr. Bernd Fink (Markgröningen), Dr. Steffen Oehme (Damp) und Prof. Dr. Michael Wagner (Chemnitz) wurden in Köln in den Vorstand gewählt. Prof. Dr. Florian Gebhard ist auf eigenen Wunsch wegen Arbeitsüberlastung aus dem Präsidium ausgeschieden.

Neue Aufnahmeregeln

Die Regeln für die Aufnahmen neuer Mitglieder wurden im Detail genauer definiert. Nach wie vor braucht das potenzielle Neumitglied einen Bürgen aus der AE, der ihn zur Aufnahme vorschlägt. Darüber hinaus muss der Anwärter in einem Fragebogen

Auskunft über seine medizinischen Aktivitäten geben und sich mit dem Nachweis von Mindestmengen arthroplastischer Eingriffe als Spezialist für Endoprothetik ausweisen. Ausnahmen gelten lediglich für Experten aus wissenschaftlichen Nachbargebieten. Die bisher vorgeschriebene Parität zwischen Orthopäden und Unfallchirurgen bei der Aufnahme wurde mit Blick auf den neuen Doppelfacharzt abgeschafft.

Österreich und Schweiz

Aus den Nachbarländer Österreich und Schweiz hatten sich zahlreiche Ärzte mit dem Vorschlag an das Präsidium gewandt, nationale AE-Sektionen zu gründen. Dieser Schritt ist in Köln aus praktischen Gründen noch nicht vollzogen worden. Als eigenständige Sektionen hätten sie umfangreiche Bestimmungen organisations- und steuerrechtlicher Art beachten müssen. Deshalb wurden je fünf Kollegen aus beiden Ländern zunächst als normale Mitglieder aufgenommen. Die Option einer späteren Sektionsgründung bleibt offen. Die neuen Mitglieder sind dabei, im Rahmen der AE ein eigenes Kursprogramm für die beiden Länder aufzubauen. Der erste Kurs soll im Herbst in Kitzbühel stattfinden.

AE-Manual

Für den Band „Schulter“ sind bereits alle Manuskripte eingegangen und die überarbeiteten sind zur Anfertigung der Zeichnungen beim Springer Verlag. Dies gilt auch für größere Teile der Bände „Knie“, „Sprunggelenk und Fuß“. Für den Band „Hüfte/Hüftrevision“ ist ein Teil der Beiträge bei den Editoren eingegangen. Hier läuft noch der Redaktionsprozess. Für den Themenbereich „Ellenbogen/Hand“ liegt jetzt ebenfalls eine fast vollständige Liste der Autoren der einzelnen Kapitel vor. Eine Veröffentlichung noch in diesem Jahr erscheint realistisch.

Ehrenmitgliedschaft für Prof. Dr. Norbert Gschwend

Er war einer der Vorreiter der Rheumachirurgie und Autor zahlreicher Endoprothesen, die er mit besonderem Augenmerk auf die rheumatischen Patienten entwickelt hat. AE-Präsident Prof. Dr. Peter Kirschner hob hervor, dass es auch für die AE eine Ehre sei, einen so prominenten und bereits vielgeehrten Kollegen als Ehrenmitglied begrüßen zu dürfen.



Prof. Dr. Norbert Gschwend erhielt von AE-Präsident Prof. Dr. Peter Kirschner die Ehrenmitgliedschaft.

TEP, stellte Dr. Oliver Meyer (Herne) fest. Die arthroskopische Behandlung, die er in einem Video demonstrierte, sei ein schwieriger Eingriff, den nur Spezialisten durchführen sollten. Auch dann sei mit einer Rezidivhäufigkeit von 20 Prozent zu rechnen. Prof. Dr. Anke Eckardt (Rheinfelden) fasste den Stand des Wissens zum Thema **Patella Malposition** zusammen. Sie ist ein häufiges Problem, dessen Ursachen oft in der Implantationstechnik liegen; entscheidend sei die richtige Einstellung der Rotation. Beim retropatellaren Ersatz müsse man vor allem auf die genaue Dicke des Implantats und ein patellafreundliches Design achten.

Bei **intra- und postoperativen Verletzungen des Streckapparates** ist die Tuberositas-Problematik die wichtigste und als erste zu bedenken, befand Prof. Dr. Wolfram Neumann (Magdeburg). Er selbst führt in rund 15 Prozent der Knie-TEP-Fälle eine Tuberositas-Osteotomie durch. Bei der Patellafraktur sei der Patellafixateur die ultima ratio. Es ist nicht entschieden, ob die



Neu im Präsidium: Prof. Bernd Fink, Dr. Steffen Oehme und Prof. Michael Wagner

Nachruf auf Prof. Dr. Christian Trepte

periprothetische Osteoporose ein physiologisches Phänomen oder ein pathologischer Prozess ist, stellte Prof. Dr. Klaus Peters (Nümbrecht) fest. Bei zementfreier Endoprothetik ist die Knochendichteminderung deutlich geringer. Es gibt laut Datenlage keinen Zusammenhang mit der aseptischen Lockerung und ebenso wenig eine Rechtfertigung für die prophylaktische Gabe von Bisphosphonaten. Diese sind lediglich bei allgemeiner Osteoporose indiziert und dann nur zeitlich begrenzt zu verabreichen.

Die **aseptische Lockerung** macht 42 Prozent der Komplikationen bei Knie-TEP aus, berichtet Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Rumelsberg). Ein Teil der Lockerungen sei auf das „Schraubenproblem“ zurückzuführen: PE-Partikel und Synovialflüssigkeit werden durch beim Lastwechsel an der Schraube entlang in den Knochen „gepumpt“. Prof. Dr. Michael Raschke (Münster) stellte epidemiologische Daten zu **geriatrischen Patienten** vor, wies auf die schnell steigende Zahl periprothetischer Frakturen hin. Für die Behandlung seien winkelstabile Platten mit polyaxialen Schrauben seiner Meinung nach besonders gut geeignet, um die prothesennahen Frakturen zu versorgen. Ausreichendes Training in der Alterschirurgie sei ein ganz entscheidender Faktor für den Erfolg.

Dr. Honke Hermichen (Neuss) berichtete als Mitglied der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein aus eigener Erfahrung über **Fehlervorwürfe von Patienten**. Diese werden zuallererst von Kollegen ausgelöst. Schon ein Kopfschütteln beim Betrachten eines Röntgenbildes könne Signalwirkung haben, warnte er. Dass ein großer Teil der Vorwürfe gegen Orthopäden und Unfallchirurgen erhoben werde, liege neben den hohen Fallzahlen an der relativen Offensichtlichkeit von „Fehlern“ in diesem Bereich – die Erwartungen der Patienten seien eindeutiger als in den meisten anderen Bereichen der Medizin und somit auch leichter zu enttäuschen. Trotz einer steigenden Anzahl von Fehlervorwürfen und einer reißerischen Berichterstattung über angeblich verbreiteten Pusch sei die wirkliche Fehlerquote sehr niedrig. Bei Knie-TEP beträgt sie lediglich 0,066 Prozent. Dr. Hermichen schloss mit einem Appell an die Kollegen, sich an der Gutachtertätigkeit zu beteiligen – wenn die Ärzte sie nicht aus eigener Kraft schafften, würde diese Arbeit von Nichtklinikern übernommen.

Christian Trepte wurde am 4. September 1949 in Landshut als Sohn der Eheleute Chefarzt Dr. Theodor Gregor Trepte und seiner Ehefrau Therese geboren. Die gesamte Schulzeit sieht Christian Trepte in seiner Geburtsstadt Landshut, wo er im Jahre 1969 mit dem Abitur abschließt, dann zum Studium der Naturwissenschaften an die Ludwig-Maximilian-Universität München geht, wo er im Jahre 1971 das Studium der Humanmedizin beginnt. Christian Trepte promoviert im Jahre 1976 und im gleichen Jahr heiratet er Dr. med. Gertrud Trepte geb. Voggenauer.

Nach dem Staatsexamen im Jahre 1976 folgt die Zeit in der Allgemeinchirurgie an der Chirurgischen Klinik der Technischen Universität München unter Prof. Maurer und nach der Approbation im Jahre 1977 die Weiterführung der chirurgischen Assistentenzeit an der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg unter Prof. Kern. Die Jahre 1979 bis 1984 sehen Dr. Christian Trepte als Assistenzarzt an der Orthopädischen Klinik und Poliklinik der Universität Heidelberg unter Herrn Prof. Cotta. Die Facharztanerkennung erfolgt im Jahr 1982. Der einzige Sohn Constantin Jörg Christian wird im Jahre 1979 geboren.

Als ein Mitarbeiter der ersten Stunde beginnt er am 1.8.1984 seine Tätigkeit an der neu aufzubauenden Orthopädischen Klinik der Universität Ulm im Rehabilitationskrankenhaus Ulm unter meiner Leitung. In dieser Zeit der intensivsten Arbeit wurde er am 1.12.1987 zum Leitenden Oberarzt dieser Klinik ernannt. Seine Habilitation folgt zu Beginn des Jahres 1989.

1991 wird Privatdozent Dr. Christian Trepte zum Chefarzt der Baumann-Klinik Stuttgart gewählt und beginnt dort eine erfolgreiche Aufbauarbeit mit kontinuierlichen Leistungssteigerungen. Seinen Fähigkeiten und seinem Engagement im Bereich der Endoprothetik entsprechend ist er im Jahr 1996 Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE).

Aus persönlichem Miterleben kann Christian Trepte am besten bis zu seinem Wechsel nach Stuttgart im Jahre 1991 angesprochen werden. Er war ein im guten Sinne emotionaler und stets hoch engagierter, Menschen zugewandter, freundlicher Arzt und ein begeisterter Orthopäde insbesondere im Bereich der operativen Orthopädie und Endoprothetik. Er war froh und stolz Arzt zu sein,



er war mit völlig uneingeschränktem Engagement Mitarbeiter und dann leitender Mitarbeiter der Klinik, in der er sich beim Aufbau aus der Stunde Null im Jahre 1984 bis zu seinem Ausscheiden im Jahre 1991 große und bleibende Verdienste erworben hat.

Während seiner Tätigkeit als Chefarzt der Baumann-Klinik Stuttgart in den Jahren 1991 bis 2006 sind sicher auch für ihn unerwartete Bewegungen in ihm selbst und in seinem privaten Leben aufgetreten. Es liegt nicht in der Möglichkeit eines Nachrufes in diesem Rahmen sich hierzu zu äußern oder Vermutungen anzustellen. Tatsache ist, dass der von uns allen geachtete Kollege und für viele auch Freund Prof. Dr. Christian Trepte im Jahre 2006 – inzwischen in einer zweiten Ehe verheiratet – die Baumann-Klinik verließ, Ärztlicher Leiter der Roser-Klinik, Zentrum für Endoprothetik, wurde, im Jahre 2007 dann zur Klinik Bertele in Ulm als Belegarzt überwechselte.

In den letzten Jahren, manchmal erkennbar, hat er gelitten und ärztliche Hilfe hat ihn hiervon offensichtlich nicht befreien können. So hat wohl das Leid mit all seinen Folgen immer mehr von ihm Besitz ergriffen und dies hat eine solche Gewalt erreicht, dass Prof. Dr. Christian Trepte am 10. März 2008 von uns allen gegangen ist.

Wir verlieren in ihm einen hoch engagierten und in seinen fachlichen Spezialbereichen hoch trainierten, stets ganz und gar den Patienten zugewandten Kollegen. Mit den Mitarbeitern der Aufbauzeit der Orthopädischen Universitätsklinik Ulm im RKU gemeinsam verliere ich einen hoch geschätzten Kollegen und dann auch Freund, an den ich mit Dankbarkeit und Mitgefühl denke.

Die einleitenden Worte des Priesters in Ulm bei der Trauerfeier sollen abschließend als nachdenkenswert wiederholt werden: „In diesem Haus wird nicht gejagt und nicht gerichtet.“

Prof. Dr. Wolfhart Puhl

Führend bei Naht und Prophylaxe

AE-Sponsor RESORBA setzt auf Qualität und Kundenorientierung

Die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik hat seit Januar 2008 einen neuen Sponsor, die RESORBA Wundversorgung GmbH + Co. KG in Nürnberg. Das Unternehmen gehört zu den führenden Anbietern von Naht- und Kollagenerzeugnissen. Dazu kommen weitere Produkte für den Wundverschluss und die Dentalchirurgie. „Die AE hat ein hervorragendes Fortbildungskonzept, das wir als Sponsor und auch durch aktive Teilnahme unterstützen möchten“, erklärt Geschäftsführer Claus Martin Hiltner zum Engagement seiner Firma.

Schafdarmschlingen und Leinenzwirne gehörten zu den wichtigsten Rohstoffen, als die „Fabrik für medizinische Erzeugnisse“ vor gut 75 Jahren ihre Arbeit aufnahm. Aus diesen entstand damals das Hauptprodukt, chirurgisches Nahtmaterial. Neue Rohstoffe und Materialien eröffneten hier bald neue Perspektiven. RESORBA hat von Anfang an darauf gesetzt, solche materialtechnischen Neuerungen in fertige Produkte zu verwandeln, die dem Chirurgen wie dem Patienten nützen. Rund 3000 verschiedene Nadel-Faden-Kombinationen gehören derzeit zum Standardprogramm. Dazu kommen kundenspezifische Sonderanfertigungen, die ohne Aufpreis angeboten werden. „Wir wollen unseren Kunden die besten Lösun-

gen in höchster Qualität anbieten“, betont Claus Martin Hiltner, „deshalb fertigen wir in Deutschland. Unsere Produktion ist nach den strengsten Qualitätskriterien zertifiziert und arbeitet äußerst flexibel.“

In der Orthopädie und Unfallchirurgie werden neben dem Nahtmaterial vor allem die Kollagenprodukte von RESORBA eingesetzt. Der Kollagenschwamm Kollagen-resorb ist ein lokales Hämostyptikum equinen Ursprungs. Er kann als Wundauflage und als Wundeinlage genutzt werden. Daneben dient es als Trägermaterial, etwa für Fibrinkleber oder Antibiotika. Zudem wird er zur Defektauffüllung und Blutstillung nach Spongiosaentnahme oder anderen orthopädischen Eingriffen eingesetzt. Da er vom Körper vollständig resorbiert wird, ist ein Zweiteingriff für die Entnahme nicht nötig.

Die selben Funktionen erfüllt auch der Kollagenschwamm GENTA-COLLresorb®, in dem zur Abwehr von Infektionen zudem Gentamicin enthalten ist. Auf ärztliche Anforderung werden in Sonderanfertigung auch andere Antibiotika eingebracht. GENTA-COLLresorb® wird unter anderem in der septischen und Revisionschirurgie verwendet, als adjuvante Maßnahme wie auch zur Prophylaxe. „Der prophylaktische Einsatz kann nicht nur dem Patienten viel Leid ersparen,



Einige der rund 3000 Nadel-Faden-Kombinationen von RESORBA

sondern auch ökonomische Vorteile bieten. Jede verhinderte Infektion bringt für Klinik und Kassen einen enormen Kostenvorteil“, unterstreicht Claus Martin Hiltner.



Die RESORBA Wundversorgung GmbH + Co. KG befindet sich vollständig in Familienbesitz und beschäftigt in Deutschland 130 Mitarbeiter. Das Unternehmen ist heute in mehr als 30 Ländern erfolgreich tätig. Unter dem Motto „Prophylaxe, Reparieren und Regenerieren“ greifen die einzelnen Produktsegmente im Baukastensystem ineinander und ermöglichen kundenspezifische Problemlösungen. In Deutschland unterstützen 18 fachkompetente Mitarbeiter im Außendienst die Anwender der Produkte in den Kliniken. Die ständige Weiterentwicklung der Produkte und Dienstleistungen wird mit hohem Aufwand betrieben. RESORBA ist außerdem an zahlreichen Forschungsprojekten, unter anderem in den Bereichen Infektionsprophylaxe in der Endoprothetik und septischen Chirurgie, der Knochenregeneration und dem Tissue Engineering beteiligt.

RESORBA Wundversorgung

GmbH + Co KG
Am Flachmoor 16
90475 Nürnberg
Fon: 09128 91 15-0
Fax: 09128 91 15-91
infomail@resorba.com
www.resorba.com



Der Kollagenschwamm GENTA-COLLresorb® wird zur Prophylaxe und Therapie von Infektionen eingesetzt. Er wird serienmäßig mit Gentamicin, auf ärztliche Anforderung auch mit anderen Antibiotika beschichtet.

Neue Mitglieder (Österreich)



Prim. Univ.-Professor
Dr. Karl Knahr
Orthopädisches Spital
Speising, Wien



Prim. Univ.-Professor
Dr. med. Rainer Kotz
Allgemeines Kranken-
haus Wien



Univ.-Professor Dr. med.
Martin Krismer
Landeskrankenhaus
Innsbruck



Professor Dr. med. Dr. Ing.
Archibald von Stempel
Landeskrankenhaus
Feldkirch

Neue Mitglieder (Schweiz)



Univ.-Professor Dr. med.
Reinhard Windhager
Landeskrankenhaus Graz



Dr. med.
Josef Brandenburg
Klinik St. Anna Luzern



Priv.-Doz. Dr. med.
Ariane Gerber-Popp
Regionalspital Emmen



Professor Dr. med.
Markurs Kuster
Kantonsspital St. Gallen

Spezialisten



Dr. med. Stefan Preiss
Schulthess Klinik Zürich



Dr. med. Michael Schüller
Spital Thurgau
Münsterlingen



Prof. Dr.-Ing.
Michael Morlock
Technische Universität
Hamburg-Harburg
Institut für Biomechanik



Prof. Dr. med.
Edmund Neugebauer
Lehrstuhl für Chirurgische
Forschung der
Universität Witten/
Herdecke

Von der ComGen in die AE



Dr. med. Thomas Barz
ASKLEPIOS Klinikum
Uckermark,
Orthopädische Klinik



Dr. med. Human Safarian
ORTHOmedic Gelenkzentrum
Frankfurt-Offenbach,
Belegarzt am Rot Kreuz
Krankenhaus Frankfurt a. M.



Priv.-Doz. Dr. med.
Marc Schult
Asklepios Klinik
Nord-Heidelberg
Klinik für Unfall- und
Orthopädische Chirurgie



Dr. med.
Wolf Christoph Witzleb
Belegabteilung
Krankenhaus St. Josef-
Stift, Dresden

AE-Terminübersicht 2008

23.–24. Mai
5. AE-ComGen-Kongress, Lüneburg

26.–28. Juni
AE-Kurs Knie, Düsseldorf

11.–12. Juli
AE-Kurs Knie, Stuttgart

4.–6. September
AE-Kurs Knie, A-Kitzbühel

11.–12. September
AE-Kurs Hüfte, Warnemünde

25.–26. September
AE-Forum

8.–10. Oktober
AE-Kurs Kleine Gelenke, Magdeburg

12.–15. November
AE-Kurs und Masterkurs Knie, Ofterschwang

5.–6. Dezember
10. AE-Kongress Mainz

AE gratuliert

70 Jahre

14. 3. Dr. Fritjof Süssenbach

65 Jahre

16. 3. Dr. Friedrich Knöfler
25. 3. Prof. Dr. Wolfram Neumann

60 Jahre

6. 2. Dr. Heiner Ehrenbrink
22. 3. Prof. Dr. Steffen Gay

50 Jahre

18. 3. Prof. Dr. Joachim Grifka

40 Jahre

8. 1. Dr. Robert Hube
20. 3. Priv.-Doz. Dr. Frank Rubenthaler
26. 3. Priv.-Doz. Dr. Dominik Parsch

Impressum

Herausgegeben von der
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

Verantwortlich: Prof. Dr. Peter Kirschner
Koordination: Andrea Trautwein, AE-Sekretariat,
0761/45647666, a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion: Zolt Pekker,
07634/551946, pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion: Digitalgrafik.de GmbH,
0761/4882791, mail@digitalgrafik.de