

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



als ich vor sechs Jahren ihr Präsident wurde, war die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik bereits eine hervorragend funktionierende Fachgesellschaft. Unter meinem Vorgänger, dem Gründungspräsidenten Prof. Dr. Wolfhart Puhl, hatte sie innerhalb kurzer Zeit ihre bis heute gültigen Konzepte entwickelt; die Mitgliedschaft war von einer Kerntruppe zu einer bedeutenden Vertretung unseres Spezialgebiets gewachsen. Die soliden Fundamente waren gelegt.

Die Konsolidierung der AE nach der Aufbauphase, die ich mir damals auf die Fahnen geschrieben habe, konnten wir auf dieser Grundlage mit Erfolg vollenden. Unsere Arbeitsgemeinschaft ist dabei stetig weiter gewachsen, sowohl bei den Mitgliederzahlen als auch bei den Aktivitäten. Wir haben unter anderem neue Kursformate entwickelt, weitere Themenbereiche hinzugenommen, die Arbeit am AE-Manual vorangetrieben und unser Netzwerk nach Österreich und in die Schweiz ausgedehnt. Die AE ist heute eine feste Größe in der Landschaft der medizinischen Fachgesellschaften.

Ich beende meine Amtszeit in einer Phase des Wandels. Entwicklungen außerhalb der AE, aber auch unser eigener großer Erfolg erfordern einige Anpassungen und Veränderungen, die unsere Fundamente verbreitern werden. Ich hatte die Gelegenheit, diese Veränderungen noch selbst einzuleiten. Unter meinem Nachfolger, Prof. Dr. Volker Ewerbeck, wird die AE in die nächste Phase eintreten. Sie wird unter seiner Präsidentschaft, da bin ich mir sicher, weiter wachsen, noch stärker und noch attraktiver werden.

Ihr Prof. Dr. Peter Kirschner
AE-Präsident

Hanseatisch

5. AE-ComGen-Kongress in Lüneburg, 23.–24. Mai 2008

Die historische Hansestadt Lüneburg war im späten Mittelalter und der frühen Neuzeit ein europaweit wichtiges Zentrum des Salzhandels und gehörte für einige Zeit zu den reichsten Städten Deutschlands. Die Pracht der vergangenen Epoche ist bis heute in gut erhaltenem Zustand zu bewundern, und so gehörten eine Führung durch die Stadt und das Rathaus zu den Glanzpunkten des Rahmenprogramms. Doch der Schwerpunkt des diesjährigen ComGen-Kongresses in der Heidehauptstadt war natürlich die Endoprothetik. Wie immer gehörte auch ein nichtklinischer Themenblock zum hochkarätigen Angebot der Veranstaltung, die Dr. Dietmar Müller für die AE News protokollierte.

Die wissenschaftlichen Leiter waren Dr. Jörg Cramer (Lüneburg, rechts) und Prof. Dr. Andreas Kurth (Frankfurt am Main).



Dr. Uwe Frerichmann, Münster, begann mit dem Thema **Periprothetische Frakturen an Hüfte und Knie**. Er stellte das Management, die Klassifikation und die verwendeten Implantate ebenso dar wie die Entscheidungsschwierigkeiten bei der Auswahl der spezifischen Versorgungsart. Probleme treten insbesondere bei Prothesenlockerung und Osteoporose auf. Außerdem ist es teilweise sehr schwer, Schrauben bei liegender Prothese zu applizieren. Der Einsatz von Wachstumsfaktoren überzeugt, ist aber sehr kostenintensiv. Der Versorgungszeitpunkt sollte unter optimalen Bedingungen erfolgen. Revisionsendoprothetik hat große Bedeutung für ältere Patienten und Patienten mit gelockerten Prothesen.

Prof. Dr. Michael Hahn, Bremen, stellte dar, dass bei etwa einem Promille der Patienten, die stationär wegen Frakturen aufgenommen werden, eine **Azetabulumfraktur des alten Menschen** vorliegt. Er erläuterte Klassifikation, Osteosynthese und Einsatz von prothetischer Versorgung. Die Frage, wann neben einer Osteosynthese eine gleichzeitige prothetische Versorgung indiziert ist, wurde kontrovers diskutiert.

Dr. Friedemann Hopf, Aurich, beschrieb den **Implantatausbruch bei trochantärer Fraktur** als ein relevantes Problem, das sowohl bei DHS als auch bei intramedullären Kraftträgern in annähernd gleichem Ausmaß vorkommt. Typische Fallstricke auch aus der eigenen Klientel wurden offen und selbstkritisch dargestellt. Probleme, so befand er, stammen nicht immer aus der „Osteosynthese des anderen“.

Prof. Dr. Peter Augat, Murnau, beschäftigte sich mit der Frage: **Brauchen wir spezielle Altersimplantate?** Anhand der physiologischen Veränderungen von Knochenarchi-

Fortsetzung auf Seite 2



tektur, -dichte und -elastizität zeigte er Faktoren des Implantatversagens auf. Eine gute Lösung ist zweifellos die langstreckige Abstützung mit winkelstabilen Systemen (schwingende Systeme). Weitere Möglichkeiten bietet die Augmentation mittels Knochenzement. So wurde die Anwendung der „Kyphoplastie“ am Schenkelhals durch kanülierte und perforierte Schrauben sowie ein neuentwickeltes System namens „Sonic Fusion“ demonstriert.

Auch in Lüneburg fehlte nicht der selbstkritische Blick auf den **Worst Case – Versager und Lösungen**. Dr. Nicolaus Siemssen, Hamburg, und Dr. Jörg Cramer, Lüneburg, stellten je drei außergewöhnliche Fälle vor, die ebenso ungewöhnliche Lösungen erforderten. Es war eine spannende und aufschlussreiche Reise durch den endoprothetischen Alltag. Fazit: Für den Erfolg einer individuellen Lösung bei katastrophalen Verläufen sind

Rückzugsmöglichkeiten, Spezialimplantate, Intuition und etwas Glück entscheidend.

Prof. Dr. Michael Morlock, Hamburg, fasste zusammen, was ein Operateur über **Gleitpaarungen** wissen muss. Der Trend geht wegen der verbesserten Beweglichkeit und des geringeren Luxationsrisikos zu größeren Köpfen. Sie weisen allerdings auch einen höheren Verschleiß auf. Anhand einiger Beispiele zeigte er die Ergebnisse der Auswertung des Verschleißes in Abhängigkeit von Durchmessererhöhung und Schmiermodus. „Je größer desto besser“ gelte demnach vor allem bei Hart/Hart-Paarungen. Ein großes Problem ist nach wie vor die korrekte Pfannenpositionierung, da geringe Abweichungen von der Idealposition Änderungen im Schmiermodus bewirken können. Er wies zudem auf das Problem der Pfannendeformierung beim Pressfitverankern hin.

Dr. Stefan Tothz, Berlin, sprach über **Versa-**

ger und Lösungen bei Gleitpaarungen und erläuterte, welche Implantate miteinander kombiniert werden können. Besondere Probleme des Keramikkopfbruchs wurden gezeigt. Es gibt hier keine Standards und die Patienten bedürfen einer jahrelangen Beobachtung. Möglicherweise bringt hier die Neuimplantation einer Keramik/Keramik-Gleitpaarung mit Steckkopfadapter für den Konus die besten Ergebnisse.

Prof. Dr. Andreas Kurth, Frankfurt, beschrieb in einem sehr interessanten Vortrag über **Tumorchirurgie – Strategie, Grundlagen, Hilfen** die wichtigsten Behandlungsschritte bei Knochentumoren. Aus fehlerhaften Zugängen und Dilettantismus beim Biopsieren solle gelernt werden.

Podiumsdiskussion zum Thema „neuer Facharzt“





Zu den Referenten gehörten unter anderem Prof. Michael Morlock (1, Hamburg-Harburg), Prof. Peter Ostermann (2, Bocholt), Dr. Nicolaus Siemssen (3, Hamburg) und Personalberaterin Ilka Seil (4, Bad Malente).

Prof. Dr. Peter Ostermann, Bocholt, beschäftigte sich mit der Frage: **Substanzdefekte langer Röhrenknochen – Diaphysäre Endoprothese?** Posttraumatische Substanzdefekte langer Röhrenknochen werden mittels Interposition eines Wirbelsäulencages und einer Marknagelkompressionsosteosynthese stabilisiert. Es resultiert eine frühe Belastbarkeit, volle Funktionsfähigkeit und gute knöcherne Integration. Vorteile und Grenzen dieser sehr innovativen Methode wurden überzeugend dargelegt.

In der ersten der beiden „perimedizinischen“ Sitzungen sprach die Verwaltungswirtin Ilka Seil, Bad Malente, über **Konfliktmanagement**. „Assistenten sollen professionell und selbständig sein, werden aber behandelt wie Kleinkinder.“ Mit dieser nüchternen Analyse des Miteinanders im klinischen Alltag eröffnete sie ihren Vortrag und stellte die Entwicklungen und Voraussetzungen für das Wachsen von Führungskräften dar. Entscheidend sei, meinte sie, dass gegenüber jedermann ein sehr hohes Maß an Verbindlichkeit herrsche.

Der Personalberater Peter Herrendorf, Frankfurt/M., antwortete auf die Frage: **Was sucht der Markt?** Er selbst suche für seine Kunden Personen, welche die drei Rollen des leitenden Arztes beherrschen – des Arztes (medizinische Kompetenz), des Managers (Menschenführung, Mediator, Kaufmann) und des Verkäufers (Außenwirkung, Leistungsanbieter). Er empfiehlt die Bewerbung stringent auf die Anforderungen auszurichten und auf die Erwartungen der Gegenseite zu achten. Probleme seien unbedingt auszuloten, mögliche Lösungen für diese aufzuzeigen; eigene Visionen müssen präsentiert werden.

Drei Jahre **Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie** – Wo stehen wir? Wie geht es weiter? Dr. Gisbert Voigt von der Ärztekammer Niedersachsen, Hannover, referierte über die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammern und gab eine Übersicht über die Ausbildungsgänge. Das Publikum monierte die fehlende Transparenz der Abläufe und die Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Priv.-Doz. Dr. Dirk Richter stellte für seinen Vortrag die Frage: **Bringt der neue Facharzt eine neue Abteilungsstruktur?** Er beschäftigt sich als Prokurist der Firma Sana mit zukünftigen Entwicklungen im klinischen Bereich und beschrieb zunächst die Einflussfaktoren auf die Abteilungsstrukturen. Er stellte fest, dass Qualität und Quantität der Kliniken eine steigende Transparenz erfahren, dass Mindestmengen zunehmend gefordert würden und dass die öffentliche Bewertung von Kliniken größere Bedeutung erlangt. Außerdem, so meinte er, werde es künftig ein selektives Kontrahieren für elektive Leistungen geben, während die Notfallversorgung von der Elektivversorgung abgekoppelt wird.

Prof. Dr. Almut Temka, Berlin, schilderte **Erfahrungen aus einer universitären Weiterbildungsstätte** und beschrieb die angespannte Finanz-, Ausbildungs- und Personalsituation an der Charité. Für sie sind die finanziellen Mittel, die den Universitätskliniken zur Verfügung stehen, nicht ausreichend. Das InEK sei eine Blackbox. Sie habe die Erfahrung gemacht, dass Daten aus Unikliniken und Großkliniken unterrepräsentiert sind. Des weiteren will sie eine Zusatzweiterbildung „spezielle konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ in die WBO aufgenommen sehen.

Dr. Dietmar Müller, Lüneburg

Stuttgart

Der Termin im Hochsommer tat der Nachfrage keinen Abbruch: Sehr reger Andrang herrschte beim Schulter-Kurs in Stuttgart am 11.–12. Juli unter der Leitung von Dr. Thomas Ambacher (Pforzheim) und Prof. Bernd Fink (Markgröningen).



Warnemünde

Der Knie-Kurs in Warnemünde im September wurde von zwei Ostseeanrainern unter den AE-Kollegen geleitet: Dr. Steffen Oehme (1 Damp, links) und Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier (Rostock). Als Referent und Instruktor war unter anderem Prof. Christoph H. Lohmann (2 Hamburg, mit Kursteilnehmern) dabei.



Mit Musik ins Herz

Studie beschreibt detailliert den Einfluss entspannender Klänge im OP

Die richtige Musik wirkt manchmal besser als eine Beruhigungsspritze. Das wissen Fachleute schon lange, aber jetzt wurde es im Detail bewiesen. Wolfram Goertz ist nicht nur Musikredakteur der Rheinischen Post in Düsseldorf, sondern auch einer der wenigen Fachleute für klinische Musikpsychologie in Deutschland. Er hat soeben seine Doktorarbeit zum Thema „Strategien einer angstlösenden Musiktherapie bei Herzkatheteruntersuchungen“ fertiggestellt; sie wird demnächst an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen eingereicht. Im Juni hielt er beim „Masterkurs Knie“ im Düsseldorfer Malkasten einen Vortrag über die Verbindung von Musik und Medizin und berichtete von seinen Erfahrungen. Motto: Auf die richtigen Klänge kommt es an.

Manches geht gar nicht, etwa Florian Silberstein. Das ist nicht nur ein geschmackliches Urteil aus dem Mund von Goertz. Silberstein's volksmusikalische Leistungen mögen zwar vielen zu Herzen gehen, sie sind jedoch ungeeignet, wenn ein Arzt einem Patienten einen Katheter durch die Arterien Richtung Herz schiebt. In einer solch prekären Situation wirken klassische Töne von Bach und Co. oder auch kuschelige Piano-Tupfer von Keith Jarrett als Entspannungsmittel weit aus besser.

Im Mediziner-Jargon würde man die Wirkung so beschreiben: Die richtige Musik bewirkt über neurochemische Triggerung die Ausschüttung endogener Opiode, reguliert die zentralnervöse Erregungsleitung und endokrine Alarmreaktion, wirkt atemmodulierend und aktiviert das dopaminerge Belohnungssystem.

Das haben auch Goertz und die Kardiologen des Mönchengladbacher Krankenhauses St. Franziskus um Prof. Dr. Jürgen vom Dahl in einer Studie mit 200 Herzkatheter-Patienten herausgefunden. Die Patienten mussten vor und unmittelbar nach dem Eingriff die STAI-Fragebögen zu ihrem Angst-Empfinden beantworten (STAI: State-Trait Anxiety In-



ventory). Während der gesamten Prozedur wurden zudem Herzfrequenz und Blutdruck gemessen. Alle drei Indikatoren zeigten: Läuft Musik bei der Untersuchung, sind Patienten lockerer und haben weniger Angst. Damit die Wirkung optimal ist, müssen aber auch die Musikauswahl und die Umstände stimmen.

Beim Studium der Begleitumstände machte das Forschungsteam die verblüffendste Entdeckung. „Dass Musik Angst mindert, haben 60 bis 70 Studien bereits gezeigt“, sagt Goertz. „Die Frage war allerdings noch: Welche Musik wirkt am besten?“ Wie untauglich nicht nur der „Radetzky marsch“, sondern auch Sangesdarbietungen sind, fanden Goertz und Kollegen schnell heraus, als sie vor einigen Jahren mit Musik im Katheterlabor experimentierten. Damit Musik wirklich entspannt, braucht sie ein gleichbleibendes, nicht zu schnelles Tempo und eine nicht allzu stark variierende Lautstärke. Gesang schafft eher Stress: Wird der Patient gleichzeitig vom Arzt angesprochen, ringen zwei Stimmen um seine Aufmerksamkeit.

Im Januar 2005 begann Goertz mit ersten klinischen Experimenten, die offizielle Studie startete im April 2007; sie wurde mit Mitteln der Anton-Betz-Stiftung der Rheinischen Post gefördert. Eine Gruppe von Patienten durfte als zuträglich erachtete Töne aus den Kategorien Kuscheljazz, Klassik und Entspannungsmusik auswählen. Eine

zweite Gruppe bekam eine CD aus einer dieser drei Kategorien einfach zugewiesen. Das unerwartete Ergebnis: Bei den Patienten, die selbst aussuchen durften, hatte Entspannungsmusik die höchste Wirkung. Aber: Noch besser erging es den Patienten, die keine Wahl treffen mussten und Musik einfach vorgesetzt bekamen. Dabei schnitt Klassik mit kleinem Vorsprung am besten ab – selbst bei Patienten, die ansonsten kaum Klassik mögen.

Goertz hat dafür eine einleuchtende Erklärung: „Wenn der Doktor die Musik auswählt, denkt der Patient: Dann muss sie auch gut sein und dann wird sie auch helfen.“ Musik wird dann als Teil der Therapie verstanden. Wer selbst entscheiden muss, gerät hingegen unter Druck und grübelt, ob er wohl das Richtige wählt.

Neulich hielt Goertz auch einen Vortrag vor der Deutschen Gesellschaft für Musikpsychologie in Hannover. Dort präsentierte er die harten Fakten der Studie.

Auszüge aus dem Abstract

Bei 197 Patienten (65,0 ± 10,3 Jahre; 134 Männer = 68 %) lag bei Studienende ein vollständiger Datensatz vor. Die drei Dropout-Fälle waren kardiologischen „Unerwünschten Ereignissen“ geschuldet. In der A-Gruppe (Selbstwähler) wählten 42 Patienten „Entspannungsmusik“, 35 „Klassik“, 23 „Kuscheljazz“, keiner „Stille“. Kein Patient in A- und B-Arm wünschte den Abbruch der Studie.

Bei der A-Gruppe erzielte „Entspannungsmusik“ die höchste Wirkung (STAI-Differenz: 16,6 ± 13,2), bei der B-Gruppe (zugewiesene Musik) war „Klassik“ am effektivsten (17,9 ± 11,2). Insgesamt profitierten alle Nicht-Selbstwähler (17,0 ± 10) signifikant stärker (Kovarianzanalyse: p = 0,0176) von der Musik als die Selbstwähler (13,3 ± 11,1). Alle Musikhörer (14,9 ± 10,8) waren der Stille-Kontrollgruppe (6,2 ± 6,7) signifikant überlegen (Kovarianzanalyse: p < 0,0001).

Belegbare Qualität

Ausblick auf den 10. AE-Kongress, 5.–6. Dezember, Mainz

Die Überlegenheit von Musik gegenüber Stille bestätigt frühere Studien. Die Vermutung, dass freie Musikwahl höheren Benefit hervorbringt als Annahme eines Losentscheids, bestätigte sich nicht; die B-Gruppe war der A-Gruppe signifikant überlegen. Mögliche Gründe:

- Wahlfreiheit bedeutete für die Patienten der A-Gruppe nur initial einen psychologischen Vorteil. Einige Selbstwähler äußerten Unsicherheit bei der Entscheidungsfindung oder die Sorge, dem Operateur könne die von ihnen gewählte Musik missfallen. Der Aspekt der Erwartungsenttäuschung könnte in der A-Gruppe eine stärkere Rolle gespielt haben als im B-Arm.

- Hingegen schienen Musikhörer in der B-Gruppe von Musik stärker beruhigt zu sein, weil sie die Fremdbestimmung der Musikauswahl für einen Teil ärztlicher Therapie hielten; Patienten delegieren in medizinischen Situationen gern alle Verantwortung. Die hohen STAI-Differenz-Werte in der B-Gruppe bei „Klassik“ und „Kuscheljazz“ lassen sich durch die als angenehm empfundene ruhige Rhythmisierung dieser Stile und die erhöhte Aufmerksamkeit für Musik aus unbekanntem, nicht immer persönlich favorisierten Genres begründen.

Zuletzt ist die deutlich kürzere Untersuchungsdauer bei allen Musikgruppen (26,95 min. \pm 15,07) gegenüber der Stille-Kontrollgruppe (35,16 \pm 22,50) hervorzuheben. Sie könnte bei den Musikgruppen – gerade auch bei komplexen PCI – in der größeren Konzentration des Untersuchers, einer erhöhten Aufmerksamkeit des Personals bei den intraoperativen Anweisungen, die Zeitverzögerungen etwa durch Rückfragen weitgehend nivellierte, sowie einer ruhigeren, entspannteren Haltung der oft zu Vigilanz oder depressivem Rückzug neigenden Patienten begründet sein. Aus häufigen mündlichen Äußerungen der Prüfarzte ist zu schließen, dass sie in Musik einen positiven Einfluss auf ihre Arbeit sahen; auch dies könnte die kürzere Untersuchungszeit begründen.

Der zehnte AE-Kongress wird der Hüfte gewidmet sein. In Mainz sollen weniger die neuesten Entwicklungen und Kontroversen als vielmehr der State of the Art im Mittelpunkt stehen. Zugleich markiert der Kongress, als dessen wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Peter Kirschner und Prof. Dr. Michael Wagner fungieren, den Abschied des AE-Präsidenten nach sechs Jahren im Amt. AE News sprach mit ihm über das geplante Programm.

Warum haben Sie und Prof. Wagner diesen Schwerpunkt gewählt?

In den letzten Jahren haben wir uns eher mit sogenannten neuen Methoden beschäftigt, von der Navigation über minimalinvasive Verfahren bis zu neuen Implantaten und Designs. Wir können aber heute auf mehr als zwanzig Jahre der Hüftendoprothetik als Standardeingriff zurückblicken, in der zementierten und unzementierten Variante. In Mainz wollen wir deshalb jetzt eine Zwischenbilanz ziehen und dabei die Primärimplantation wie die Revision behandeln.

Welche Fragen stehen im Vordergrund?

Die zentrale Frage ist: Was ist im Moment belegbare Qualität? Außerdem wollen wir herausfinden, wie weit wir mit den heute auf dem Markt erhältlichen Implantaten kommen, ob und in welchen Bereichen wir vielleicht neue Implantate brauchen.

Können Sie schon über einzelne Themenblöcke sprechen?

In der einleitenden Sitzung über die Grundlagen werden neueste Ergebnisse der Belastungsuntersuchungen an eingebauten Implantaten präsentiert. Wir wollen die verschiedenen gängigen Implantattypen und Verankerungsverfahren genau anschauen. Auch das Thema Oberflächenersatz, um das es in letzter Zeit stiller geworden ist, wird zur Sprache kommen. Wir wollen klären, ob er sich als Fortschritt etabliert hat oder klinisches Experiment geblieben ist. Wir werden uns auch mit dem Knochenzement, besonders mit den Bestandteilen der antibiotikahaltigen Zemente beschäftigen.



Wer wird dieses Jahr mit der Ehrenmitgliedschaft ausgezeichnet?

Sie wird an Prof. Dr. Michael Freeman verliehen. Er gehört in einer Reihe mit Charnley oder Furlong zu den großen englischen Pionieren der Endoprothetik. Er hat sich, nachdem er in den Ruhestand gegangen ist, sehr intensiv mit der Kinematik des Knies beschäftigt und wird darüber einen Vortrag halten. Der fällt natürlich thematisch aus dem Rahmen, aber nach den Erfahrungen der letzten Jahre erwarte ich hier trotzdem, oder gerade deswegen, einen der Höhepunkte des Kongresses.

Es ist sicher kein Zufall, dass der Kongress in Mainz stattfindet.

Natürlich nicht. Ich freue mich, dass ich die Stafette in meiner Heimatstadt übergeben darf. Am Tag vor Kongressbeginn wird Prof. Dr. Volker Ewerbeck meine Nachfolge antreten und die Mitgliederversammlung wird den neuen Vizepräsidenten wählen, der in zwei Jahren ins Präsidentenamt nachrückt. Als besondere Note ist geplant, dass wir den Abend nach der Mitgliederversammlung im Gebäude des ältesten Krankenhauses von Mainz verbringen, im 1250 erbauten Heiliggeistspital, das heute zu den schönsten Gaststätten Deutschlands zählt.

Nachlese

AE-Masterkurs Knie in Düsseldorf, 26.–28. Juni



Die wissenschaftlichen Leiter der hochkarätigen Veranstaltung waren Dr. Alois Franz (Siegen), Dr. Fritjof Süßenbach (Düsseldorf), PD Dr. Reinhard Steffen (Düsseldorf) (v.l.n.r.), und Prof. Peer Eysel (Köln, nicht abgebildet).

Zu den Referenten gehörten Prof. Anke Eckardt (Rheinfelden), Dr. Holger Haas (Bonn) und Prof. Rainer Neugebauer (Regensburg) (1, v.l.n.r.); Prof. Alfred Karbowski (Köln) und Karl-Dieter Heller (Braunschweig) (2, rechts).



Kompaktkurse

Am 17. September fand in Regensburg der erste AE-Kompaktkurs zum Thema „Problemwunde – Wundprobleme“ unter dem Motto „Endoprothetik ist auch Weichteilchirurgie!“ statt. Das Themenspektrum reichte von Standardmaßnahmen wie Debridement und Lavage bis zur Weichteiltransposition, Lappenplastik, Approximation, Expander und Spalthauttransplantaten.

Weitere Kompaktkurse zu den Themenbereichen Zementiertechnik, Knochenersatz, Wundversorgung, Diagnostik und OP-Planung sowie Thromboseprophylaxe befinden sich in Vorbereitung. Die Kurse dieses neuen Formats werden regional verteilt und eintägig abgehalten. Hauptziel ist eine weitere Intensivierung und Verbesserung des Fortbildungsangebots der Arbeitsgemeinschaft. Daneben sollen diese Kurse auch einer größeren Zahl von Mitgliedern die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung an der Arbeit der AE bieten sowie Präsenz und Bekanntheitsgrad der AE weiter vergrößern. Nicht zuletzt sollen sie die Unité de doctrine in den fünf Themenbereichen herbeiführen und verfestigen.

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



Wissenschaftliche Leiter Dr. Josef Brandenburg, Luzern, Prof. Peter Kirschner, Mainz und Prof. Nikolaus Böhler, Linz (v.l.n.r.)



Auch in Kitzbühel war das Üben am Kunstknochen wichtiger Bestandteil des Kursprogramms.



Fokus Gleitpaarung

CeramTec ist neuer AE-Sponsor

Mit der CeramTec AG hat die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik seit dem Frühjahr 2008 einen weiteren Mitstreiter im Boot. Das Unternehmen gehört zu den führenden Herstellern von Hochleistungskeramik und liefert mehr als drei Viertel der keramischen Komponenten, die weltweit in der Endoprothetik eingesetzt werden. „Unsere Produkte stehen für niedrigste Abriebraten und lange Standzeiten. Ihre Vorzüge kommen den Patienten aber umso mehr zugute, je exakter sie implantiert werden. Auf die intensive Zusammenarbeit mit der AE bei der ärztlichen Fortbildung freuen wir uns deshalb sehr,“ erklärt Vertriebs- und Marketingleiter Heinrich Wecker.

CeramTec steht für Hochleistungskeramik

Hochleistungskeramik kommt überall dort zum Einsatz, wo andere Werkstoffe an ihre Grenzen stoßen. Sie bietet ein einzigartiges Spektrum von mechanischen, elektrischen, thermischen und biologisch-chemischen Eigenschaften. Keramische Bauteile von CeramTec werden in zahllosen Anwendungen eingesetzt, in denen Unverwundlichkeit gefordert ist – von der Dichtscheibe in Sanitärarmaturen über die Auskleidung von Sportwagen-Motorblöcken bis zum Schneidwerkzeug für die Bearbeitung harter Metalle.

Bei einem Umsatz von rund 340 Millionen Euro im Jahr 2007, über 3.000 Mitarbeitern an 15 Produktionsstandorten in Europa,

USA und Asien, ist CeramTec ein weltweit führender Hersteller für technische Hochleistungskeramik. Der Stammsitz des Unternehmens mit über hundertjähriger Tradition befindet sich im schwäbischen Plochingen. In Deutschland beschäftigt CeramTec an sechs Standorten mehr als 2.000 Mitarbeiter. Hier finden Forschung und Entwicklung sowie der größte Teil der Produktion statt. Die Medizintechnik ist einer von acht Geschäftsbereichen. Die anderen sieben beliefern unter anderem die Automobil- und Elektronikindustrie mit keramischen Produkten.

BIOLOX® für die Endoprothetik

Für den Einsatz in der Endoprothetik spielen besonders die enorme Härte und Abriebresistenz sowie die biologisch-chemische Neutralität der keramischen Werkstoffe eine entscheidende Rolle. Komponenten aus BIOLOX® haben sich in mehr als dreißig Jahren klinischen Einsatzes hervorragend bewährt. Seit 2004 steht mit BIOLOX®*delta* ein Werkstoff zur Verfügung, der gegenüber seinen Vorgängern noch einmal entscheidend verbessert wurde. Er ist mit zwei „Riss-Stopper-Mechanismen“ ausgestattet. Damit verbindet er die überlegene Härte und Abriebfestigkeit der Keramik mit einer extrem großen Zähigkeit und Bruchfestigkeit. Das neue Material erlaubt den Einsatz in anderen Größen und Geometrien, als sie zuvor mit Keramik möglich waren. Seit zwei Jahren wird eine keramische Femurkomponente für die Knieendoprothetik aus BIOLOX®*delta* in einer klinischen Anwen-

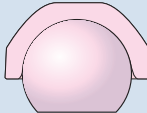
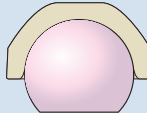
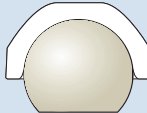
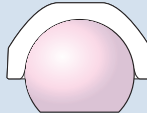
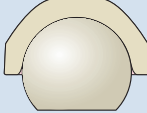
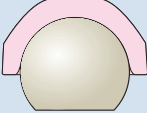


dungsbeobachtung eingesetzt. Weitere keramische Komponenten, etwa für die Wirbelsäule, befinden sich im Stadium der Entwicklung.

Fünf Millionen implantiert

Bereits gegen Ende der 1960er Jahre erkannten Ärzte wie Prof. Dr. Pierre Boutin und Prof. Dr. Heinz Mittelmeier, dass moderne Hochleistungskeramik das Abriebproblem lösen könnte. An der Entwicklung von Prothesenkomponenten aus diesem Werkstoff war CeramTec von Anfang an führend beteiligt. 1974 wurden die ersten Kugelköpfe aus BIOLOX®-Keramik in der Hüftendoprothetik eingesetzt. In diesem Jahr wurde bereits die 5.000.000. Komponente aus BIOLOX® produziert. Die aktuellen Stückzahlen verdeutlichen das Wachstum und die weltweit hohe Akzeptanz: Allein 2008 werden voraussichtlich 650.000 Komponenten implantiert.

Text und Bilder: CeramTec AG
www.ceramtec.de



Kugelkopf: BIOLOX® <i>forte</i> BIOLOX® <i>delta</i>	BIOLOX® <i>delta</i> 	BIOLOX® <i>forte</i> 	PE / XPE 	PE / XPE 
Insert: BIOLOX® <i>forte</i> BIOLOX® <i>delta</i>	 BIOLOX® <i>forte</i>	 BIOLOX® <i>forte</i>	 BIOLOX® <i>OPTION</i>	 BIOLOX® <i>OPTION</i>

BIOLOX®-Komponenten – verfügbare Kombinationen

Wechsel von der ComGen in die AE am 15.11.2008

Prof. Dr. med. Markus Arand *Klinikum Ludwigsburg, Klinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Orthopädie*

Priv.-Doz. Dr. med. Niels Follak *Pfeiffer'sche Stiftungen Magdeburg, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie*

Prof. Dr. med. Christian Götze *Auguste-Viktoria-Klinik, Orthopädisches Krankenhaus Bad Oeynhausen*

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Heisel *Arcus Sportklinik Pforzheim*

Dr. med. Klaus Kolb *Klinikum am Steinenberg, Reutlingen*

Dr. med. Ingomar Lorenz *Bethesda Krankenhaus Stuttgart, Klinik für Traumatologie und Orthopädie*

Prof. Dr. med. Andrea Meurer *Vulpius Klinik Bad Rappenau*

Priv.-Doz. Dr. med. Carsten Niels Schoellner *St. Rembert Krankenhaus, Torhout, Belgien*

Neuaufnahmen in die ComGen am 22.05.2008



Priv.-Doz. Dr. med. Peter Aldinger
Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg



Priv.-Doz. Dr. med. Matthias Buchner
Klinikum Karlsbad-Langensteinbach, Orthopädie-Traumatologie



Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Daecke
Universitätsklinikum Frankfurt, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie



Priv.-Doz. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe
Asklepios Orthopädische Klinik Lindenhöhe



Priv.-Doz. Dr. med. Karl-Heinz Frosch
Georg-August-Universität Göttingen, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Plastische Chirurgie



Dr. med. Christian Gauck
Krankenhaus Tebea im Artemed-Klinikverbund Hamburg, Zentrum für Orthopädie und Gelenkchirurgie



Dr. med. Jan Heineck
Universitätsklinikum Dresden, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie



Prof. Dr. med. Tobias Hüfner
Medizinische Hochschule Hannover, Unfallchirurgische Klinik



Dr. med. Stefan Klima
Universitätsklinikum Leipzig, Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie



Dr. med. Jörg Leffler
St. Marienkrankenhaus Siegen, Klinik für Orthopädie und Sporttraumatologie



Dr. med. Frank T. Müller-Bongartz
Katholisches Klinikum Mainz, St. Vincenz- und Elisabeth-Hospital, Unfallchirurgie



Dr. med. Ulrich Nöth
Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus, Würzburg



Dr. med. Dirk Schulze-Bertelsbeck
St. Josefs-Krankenhaus Moers, Orthopädie und Unfallchirurgie

80 Jahre

15.07. Prof. Dr. med. Dr. h.c. Horst Cotta
19.07. Prof. Dr. med. Oldrich Cech
28.07. Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Siegfried Welle

70 Jahre

13.06. Prof. Dr. med. Hartmut Zippel

65 Jahre

13.06. Prof. Dr. med. Peter Hertel
06.07. Prof. Dr. med. Otto Wörsdörfer
17.07. Prof. Dr. med. Hartmut Siebert
31.08. Prof. Dr. med. Winfried Winkelmann
08.09. Prof. Dr. med. Gerd Muhr

60 Jahre

20.04. Prof. Dr. med. Christoph Ulrich
30.06. Dr. med. Lars Frommelt
24.08. Prof. Dr. med. Rüdiger Döhler, FRCSEd
03.10. Prof. Dr. med. Wolf Mutschler
18.10. Prof. Dr. med. Wolfgang Schultz
05.11. Dr. med. Peter Müntst
21.11. Prof. Dr. med. Hartmuth Kiefer
04.12. Prof. Dr. med. Lothar Rabenseifner
07.12. Prof. Dr. med. Nikolaus Böhler

50 Jahre

28.04. Prof. Dr. med. Tim Pohlemann
11.06. Prof. Dr. med. Desiderius Sabo
13.06. Prof. Dr. med. Matthias Steinwachs
06.09. Priv.-Doz. Dr. med. Renée Fuhrmann
17.10. Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Kock
28.11. Priv.-Doz. Dr. med. Georg Köster

40 Jahre

02.04. Priv.-Doz. Dr. med. Marc Schult
14.06. Priv.-Doz. Dr. med. Peter Biberthaler
09.09. Dr. med. Masyar Rahmanzadeh
22.10. Dr. med. Alexander Beier

AE-Terminübersicht 2008

05.–06. Dezember

10. AE-Kongress Mainz

„Hüftgelenkersatz – State of the Art“

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