

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



sehr herzlich begrüße ich Sie in der Nachfolge von Professor Dr. Peter Kirschner als Ihr neuer Präsident und darf mich vorab noch einmal sehr für das mir entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Dieses Vertrauen kann ich wahrhaftig gut gebrauchen:

Peter Kirschner hat in seinem letzten Editorial festgestellt, dass er seine Amtszeit in einer Phase des Wandels beendet. Das kann man wohl sagen. Die AE hat im letzten halben Jahr eine Art „geordneten Umbruch“ hinter sich gebracht und zwar sowohl konzeptionell, als auch personell. Das Konzept des Monosponsorings wurde zu Gunsten des Multisponsorings verlassen. Unsere langjährigen „Motoren“ Klaus Hug und Günter Schug sind aus dem Präsidium ausgeschieden und haben alle offiziellen Funktionen niedergelegt. Die Präsidiumsstruktur hat sich termingerecht geändert, zeitgleich mit der Amtsübergabe von Peter Kirschner an mich ist Professor Dr. Klaus-Peter Günther als Vizepräsident aktiv geworden. Den Ausscheidenden sei an dieser Stelle noch einmal im Namen der gesamten AE großer Dank für ihre langjährige, unschätzbare Arbeit ausgesprochen.

Zum Thema „Umbruch“ gehört auch an zentraler Stelle die aus steuerlichen Gründen notwendige Gründung einer AE GmbH neben unserer wissenschaftlichen Gesellschaft AE e.V. In dieser Zeit der Neustrukturierung hat es sich als

Fortsetzung auf Seite 3

## Kongress Mainz

Der Maßstab der Endoprothetik sind die Langzeitergebnisse. Unter diesem Motto hatten die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Peter Kirschner und Prof. Dr. Michael Wagner den 10. AE-Kongress vor allem der Bestandsaufnahme in der Hüftendoprothetik gewidmet. AE News berichtet in kurzen Auszügen über die Vorträge.

### Grundlagen

Prof. Dr.-Ing. Georg Bergmann (Berlin) berichtete über die Messung der **in vivo auftretenden Kräfte**, die mit Dehnmessstreifen in Implantaten durchgeführt wurden. Beim Zweibeinstand lasten 100 Prozent des Körpergewichts (%KG) auf jedem Kniegelenk; bei normalem Gehen 200 bis 300 %KG und beim sehr langsamen Joggen schon 500 %KG. Gehstützen verringern die Belastung kaum. Bei zufälligem Stolpern wurden 420 Prozent auf dem Knie und fast 900 Prozent Belastung auf einer Hüfte gemessen – eine Spitze, die er vor allem auf maximale antagonistische Muskelspannung zurückführte. Dass sich Endoprothesen nach einer Stunde Gehen auf bis zu 43 Grad erwärmen



Prof. Dr. Peter Kirschner und Prof. Dr. Michael Wagner waren die wissenschaftlichen Leiter des Kongresses.

können, könnte durch schlechte Synovialschmierung bedingt und eine Ursache für Lockerungen sein.

Prof. Dr.-Ing. Georg Duda berichtete über geschlechtsspezifische **biomechanische Varianz** am Hüftgelenk, die durch Auswertung von CT-Daten von hüftgesunden Patienten erkennbar wurde. Sie betrifft vor allem die Anteversion, A/P-Ebene und cranio-caudale Orientierung der Pfanne sowie das femorale Offset. Je kleiner das Offset und je größer die Antetorsion des Schaftes, desto höher die Belastung. Bei der Pfanne steigt besonders deutlich die Belastung mit der Verschiebung von medial nach lateral. Ein datenbankbasiertes Berechnungsmodell seines Instituts, mit dem sich problematische anatomische Gegebenheiten präoperativ analysieren lassen, bietet bei der Implantation Möglichkeiten der Optimierung.

Dr. Nicholas Bishop (Hamburg) beschäftigte sich mit **Kurzschäften und Oberflächenersatz**. In einem Kadaverexperiment zeigte der Kurzschaft im Vergleich zum Normalchaft während der ersten 4000 Zyklen eine tiefere Senkung. Besonders bei hohem femoralen Offset ist das mediale Frakturrisiko erhöht. Konisch geformte Kurzschäfte ohne kortikale Abstützung können prothetischen Knochen schnell über die Stabilitätsgrenze bringen. Aus der Explantatanalyse von Kappenprothesen ergab sich, dass zwei Drittel der Versager auf die Fraktur von Schenkelhals oder -kopf zurückzuführen sind. Für die Kopffraktur vermutet Dr. Bishop ein intraoperatives Trauma als den Auslöser. Vor allem wenn zuviel Zement verwendet wird, werde oft zu stark eingeschlagen. Zu besonderer Vorsicht mit Kurzschaft und Kappe rät er bei varischen Hüften, hohem Offset und schlechter Knochenqualität.

Fortsetzung auf Seite 2

## AE-Preis

Den AE Preis 2008 erhielt Prof. Dr. Christian Heisel (Heidelberg) für seine Arbeit „Characterization of the Running – in Period in Total Hip Resurfacing Arthroplasty: An in Vivo and in Vitro Metal Ion Analysis“, die im JBJS Am (2008; 90: 125 – 133) veröffentlicht wurde. Koautoren waren Nikolaus Streich, Michael Krachler, Eike Jakubowitz und Philippe Kretzer.



## Hüftgelenkspfannen

Prof. Dr. Steffen Breusch (Edinburgh) verwendet ausschließlich die **zementierte Pfanne**. Registerdaten zeigten höhere Revisionsraten bei unzementierten Pfannen, was auf Rückseitenverschleiß und höhere Luxationsraten zurückzuführen ist. Darauf ließen auch zahlreiche Studien schließen, die bei PE-Pfannen ohne Metallschale deutlich weniger Osteolysen auswiesen. Zudem gebe es bei unzementierten press-fit Pfannen mehr Luxationen. Dass zementierte Implantation nur für alte Patienten geeignet sei, sei ein „Mythos der Endoprothetik“, für den es keine Evidenz gebe. Bei kleinen Azetabula habe die zementierte Pfanne den Vorteil der dickeren PE-Schicht.

Der schlechte Ruf der **Schraubpfanne** stammt aus ihrer Frühzeit, meinte Prof. Dr. Wolfram Neumann (Magdeburg). Er sei dank osteointegrativer Oberflächen und verbesserter Designs heute überholt. Prof. Neumann sieht klare Indikationen für die Schraubpfanne: Dysplasien höheren Grades, Protrusionsarthrose, Hüftankylose und bei nicht ganz erhaltener Zirkumferenz in der Revision. Kontraindikationen sind Osteopenien und große Osteolysen. Die vorhandene Literatur zeigt gute Ergebnisse, die vergleichbar mit oder besser als bei zementierten Pfannen ausfallen.

Dr. Urs Munzinger (Zürich) beschrieb die aus seiner Sicht wesentlichen Vorteile der **Press-fitpfanne**: wenig Knochenverlust, frei wählbare Implantationsrichtung, Verankerung und Kraftübertragung an der Peripherie, exzellente Primärstabilität. Bei einer relativ „weichen“ Pfanne, die in seiner Klinik verwendet wurde, kam es früher gelegentlich

zum Implantatbruch. Seit einer Änderung des Designs vor sechs Jahren sei dieses Problem behoben. Sein Fazit: Pressfitpfannen mit biradiärem Design bieten gute primäre und sekundäre Stabilität und sehr gute Ergebnisse. Auf Schrauben zur zusätzlichen Verankerung sollte man nach Möglichkeit verzichten.

Der „Dreh- und Angelpunkt“ bei der endoprothetischen Versorgung der **dysplastischen Hüfte** sei die Rekonstruktion des Azetabulums, postulierte Prof. Dr. Michael Wagner (Mainz). Er sprach sich deutlich gegen die Herstellung eines hohen Drehzentrums aus, wie es von Harris propagiert worden war. Sie bringe schlechte Ergebnisse und eine hohe Revisionsrate. Die autologe Pfannenrekonstruktion mit einer Pressfitpfanne bringt bessere Ergebnisse als die zementierte Pfanne mit Autografts. Die Pressfitpfanne kann bis zu einem Drittel

unbedeckt bleiben, ein Stützring ist nur selten indiziert. Die Cranialisierung und Lateralisierung des Drehzentrums kann bis maximal 2 Zentimeter akzeptiert werden. Entscheidend sei bei diesem anspruchsvollen Eingriff die Erfahrung des Operateurs.

## Prothesenschäfte

Für den Erfolg von **zementierten Schäften** wird ein homogener Zementmantel von 2 bis 4 Millimeter Stärke gebraucht, meinte Dr. Michael Clarius (Heidelberg). Damit der Zement in die intakte Spongiosa eindringen kann, braucht es eine Jetlavage, eine Markraumsperrung und Druckeinbringung (Pressurizing) mit einem proximalen Siegel. Laut einer Umfrage verwenden aber nur 75 Prozent der Kliniken in Deutschland beim Zementieren die Jetlavage, nur 64 Prozent das proximale Siegel und nur 29 Prozent eine Zementiertechnik der dritten Generation.

## Lorenzo Spotorno †

Prof. Dr. Lorenzo Spotorno hat sich 1967 der Hüftendoprothetik zugewandt und bereits sieben Jahre später sein erstes Implantat entwickelt. Während seiner klinischen Tätigkeit in Pietra Ligure und Mailand hat er weit über 10.000 Endoprothesen implantiert. Mit über hundert einschlägigen Publikationen hat er das wissenschaftliche Verständnis der Gelenkerkrankungen und ihrer Behandlung enorm bereichert. 2006 wurde ihm für seine Verdienste die Ehrenmitgliedschaft der AE verliehen. Am 15. Februar ist er nach langer Krankheit im Alter von 71 Jahren in Pietra Ligure (Italien) verstorben.



Fortsetzung von Seite 1

zweckmäßig erwiesen, innerhalb des Präsidiums eine Kerngruppe als „Geschäftsführenden Vorstand“ mit der zeitnahen Führung der Tagesgeschäfte zu beauftragen. Das Zusammenspiel von Präsident, Vizepräsident und Generalsekretär, unterstützt durch Andrea Trautwein und Rechtsanwalt U. Meyer, hat sich in den vergangenen Monaten als sehr effizient erwiesen, wenngleich der Zeitaufwand für die Beteiligten erheblich war. Immerhin – das neue Finanzkonzept der AE ist konturiert, die Sponsoringverträge sind zu einem guten Anteil bereits unterzeichnet, so dass wir auch in einer Zeit der Globalkrise sehr zuversichtlich in die Zukunft sehen können. Gemeinsam mit unseren Industriepartnern wollen wir aufbauend auf Erfolgreichem und Bewährtem mit der neuen AE eine „Institution“ schaffen. Auf dem Boden der wissenschaftlichen Neutralität und finanziert durch Industriepartner mit Weitblick, soll die AE auf dem Gebiet der Gelenkendothetik eine Art „Center of Leading Opinion“ im deutschsprachigen Raum werden. Gerade wegen der wissenschaftlichen Neutralität soll ein Votum der AE wie ein qualifizierendes Zertifikat gewertet werden.

Dies ist ein großes Ziel. Ich glaube aber, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass wir zur Umsetzung unserer ambitionierten Vorhaben die richtigen Partner an Bord haben. Ich freue mich auf die vor mir liegende Zeit der Zusammenarbeit mit Ihnen. Die AE befindet sich in gutem Fahrwasser und auf dem richtigen Kurs.

Ihr

Professor Dr. Volker Ewerbeck  
AE-Präsident

Ist der **Vollzementmantel** noch zeitgemäß? Selbstverständlich, antwortete Priv.-Doz. Dr. Andreas Halder (Sommerfeld), denn nur der gleichmäßig dick ausgebildete Zementmantel kann Spannungen vorwiegend als Druckkräfte statt als Scherkräfte auf den Knochen übertragen, ohne selbst davon beeinträchtigt zu werden. An der Prothesenspitze, wo die größten Kräfte auftreten, sollte der Zementmantel sogar eine Stärke von 5 Millimeter aufweisen. Der Geradschaft nach Müller bildet eine Ausnahme, da er trotz kortikalem Knochenkontakt gute Ergebnisse zeigt. Das Implantatdesign spielt bei zementierten Schäften eine wichtige Rolle: Der Dreifachkonus verringert die Druckkräfte, abgerundete Kanten und Prothesenspitzen sorgen für geringere Spannungsspitzen, glatte Oberflächen verhindern Abrieb im Zementmantel.

Am Beispiel des Implantats nach Müller zeigte Dr. Wilhelm Baur (Schwarzenbruck), dass **zementierte Geradschäfte dauerhaft stabil** sein können und die in der Literatur vorliegenden Ergebnisse sich auch nach 15–20 Jahren durchaus mit denen bewährter unzementierter Schäfte vergleichen lassen. Aufgrund der Analyse von Wechselopera-

## Die Krönung

Der scheidende AE-Präsident erhielt von seinem Nachfolger die Krone der Endoprothetik aufgesetzt: Prof. Dr. Peter Kirschner freute sich sichtlich über den königlichen Kopfputz aus multigesponserten Implantaten.



## Reisestipendien

Die Gewinner der beiden Reisestipendien für die Current Concepts in Orlando (USA) waren Priv. Doz. Dr. Ulrich Nöth (Würzburg) und Dr. Kai Bauwens (Berlin).



tionen im eigenen Haus kam er zu der Vermutung, dass vor allem ein ungenügender Zementmantel, die falsche Größenwahl, Implantatfehlstellungen, Osteoporose und nicht zuletzt der PE-Abrieb als Ursachen des Implantatversagens eine Rolle spielen. Er plädierte für die sorgfältige Planung und die Optimierung des Zementmantels. Bei einem großen Teil der Revisionen wurden in seiner Klinik wieder Müller-Geradschäfte eingesetzt.

Auf den ersten Blick erscheinen die zementierten Schäfte im Schwedenregister zwar überlegen, doch seien bei genauerem Hinsehen **zementfreie Schäfte** keineswegs schlechter, befand Prof. Dr. Volker Ewerbeck (Heidelberg). Bei jüngeren Patienten zeigt das Register ebenso wie andere hochwertige Studien sogar bessere Ergebnisse für letztere. Wenn die richtige Größe gewählt und ein ausreichender Pressfit erreicht worden sei, ist die Prognose ausgesprochen gut, wie eine Studie im eigenen Haus zeigte. Ein spätes Nachsinken erfolge nur bei unterdimensionierten Schäften. Mit Hilfe des Canal-fill-Index lässt sich die Verankerung optimieren. Wenn über 80 Prozent des Kanals unterhalb des Trochanter minor vom Implantat ausgefüllt sind, ist ein Zwanzigjahresergebnis von 98 Prozent zu erwarten.

## Brauchen wir neue Schaftkonstruktionen?

Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Janssons (München) Antwort war ein klares Ja. Am Knochen-Implantat-Interface müssten die Übertragung der mechanischen Spannungen weiter optimiert werden. Die Biologi-

Fortsetzung auf Seite 4

## Ehrenmitgliedschaft

Für sein Lebenswerk und seine Verdienste um die Endoprothetik wurde Prof. Dr. Michael Freeman (London) mit der Ehrenmitgliedschaft der AE ausgezeichnet. Er ist Autor einer ganzen Reihe von erfolg-

reichen Implantaten für Hüfte und Knie. Seine Arbeiten zum Weichteilmanagement und zur Biomechanik des Knies waren wegweisend. Seine Untersuchungen zur Durchblutung des arthrotischen Hüftkopfes eröffneten den Weg zur Entwicklung des Oberflächenersatzes.



sierung der Oberflächen sei mit der Aufrauung des Titans noch nicht abgeschlossen. Die Definition des Kurzschaftes, der tatsächlich die gewünschte proximale Kräfteinleitung leistet, stehe noch aus. Als Beispiel einer neuen Konstruktion stellte er die Zementkanalprothese vor, bei der zunächst das Implantat in den Knochen eingebracht wird, durch das der Zement dann hindurchfließt. Mit einer optimierten Drucksteuerung lässt sich das Penetrationsverhalten des Zements in die Spongiosa reproduzierbar steuern.

Dr. Thomas Pandorf (Plochingen) zeigte, dass die **Tribologie** der Gleitpaarung ein komplexes System ist, in dem viele Faktoren einen Einfluss auf Stabilität und Verschleiß ausüben. Im Simulator sinkt der Abrieb bei Hart-Hart-Paarungen mit zunehmender Größe des Durchmessers, weil die Spannungen, die einen Abriss des Schmierfilms verursachen, kleiner werden. Bei intakter Flüssigkeitsschmierung bleibt der Abrieb minimal, erst bei seinem Abriss kommt es zum abrasiven Verschleiß. Ob dieser Abriss zustande kommt, hängt von einer ganzen Reihe von Einflussgrößen ab. Keramische Komponenten verfügen über die höchste

Benetzbarkeit und unterstützen damit die Schmierung mehr als andere Materialien. Ganz entscheidend ist aber die korrekte Positionierung der Implantate, auch um Randbrüche und Geräuschentwicklung zu vermeiden.

In seiner Übersicht über den **Oberflächenersatz** zeichnete Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (Dresden) ein sehr differenziertes Bild. Bei jüngeren und männlichen Patienten sind die Ergebnisse signifikant besser als bei weiblichen und älteren. Ein schmaler Schenkelhals bedeutet ebenfalls ein erhöhtes Risiko. Eine leicht valgische Positionierung mit einem CCD-Winkel von etwa 138–140° sei erstrebenswert. Die Funktion sei nicht signifikant besser als bei Schaftprothesen, und eine Untersuchung im eigenen Haus hat eine Veränderung der Knochendichte in den Gruen-Zonen aufgezeigt. ALVAL (aseptic lymphocytic vasculitis-associated lesion) bleibe ein schwer einzuschätzendes Risiko mit unbekannter Inzidenz. Mit verschiedenen Implantaten wurden unterschiedliche Ionenspiegel gemessen.

Fortsetzung in der nächsten Ausgabe

## Das neue Leitbild der AE

Die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) besteht aus führenden Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Wissenschaftlern, die sich als Experten mit Fragen der Endoprothetik und alternativen Verfahren befassen.

Das Engagement der Mitglieder dient dem Ziel, die Lebensqualität von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern. Dazu sehen wir als wichtigste Aufgabe die kontinuierliche Gestaltung einer umfassenden Fort- und Weiterbildung für Ärzte und OP-Personal. Weitere Arbeitsschwerpunkte sind Nachwuchsförderung, klinische Forschung, Patienteninformation und internationaler Austausch.

Alle Aktivitäten sind durch Offenheit und Ehrlichkeit der Mitglieder geprägt und gründen auf einer fortlaufenden und sorgfältigen Analyse wissenschaftlicher Daten. Als neutrale und unabhängige Vereinigung sind wir Ansprechpartner für Ärzte, Patientinnen und Patienten, Kliniken und Kostenträger sowie Politik, Industrie und Öffentlichkeit.

## Der neue Vorstand

### AE

Präsident: Prof. Dr. Volker Ewerbeck  
Vizepräsident: Prof. Dr. Klaus-Peter Günther  
Past-Präsident: Prof. Dr. Peter Kirschner  
Generalsekretär: Prof. Dr. Wolfhart Puhl  
Schriftführer: Prof. Dr. Michael Wagner  
Schatzmeister: Prof. Dr. Rudolf Ascherl  
Mitglieder des AE-Präsidiums:  
Prof. Dr. Bernd Fink  
Prof. Dr. Wolf Mutschler  
Prof. Dr. Rainer Neugebauer  
Prof. Dr. Wolfram Neumann  
Prof. Dr. Steffen Oehme  
Prof. Dr. Heiko Reichel  
Präsident ComGen: Prof. Dr. Carsten Perka  
Präsident Senat: Dr. Fritjof Süssenbach

### AE-ComGen

Präsident: Prof. Dr. Carsten Perka  
Vizepräsident: Dr. Klaus Kolb  
Vizepräsident: Dr. Thomas Mattes  
Schriftführer: Dr. Diethelm Träger  
Schatzmeister: Priv.-Doz. Dr. Peter Biberthaler  
AE-Delegierter: Prof. Dr. Bernd Fink

## Solides Fundament

### Neue Hauptsponsoren unterzeichnen Verträge

Die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik wurde in den letzten Monaten erfolgreich auf eine breitere Basis gestellt und ist damit für die Zukunft gut gerüstet. Fünf namhafte Hersteller von Endoprothesen und Prothesenkomponenten haben Anfang des Jahres umfassende Sponsorenverträge unterzeichnet, welche die Finanzierung der AE über eine AE-GmbH sicherstellen. Ebenso wurde ein Industriebeirat ins Leben gerufen, der künftig als Ansprechpartner der AE-GmbH fungieren wird und über ein ebenfalls neu geschaffenes „Industrieforum“ dem AE-Vorstand zur Beratung in allen Fragen zur Verfügung steht. Die Unternehmen Aesculap, Ceramtec, Link, Peter Brehm und Zimmer wollen als Hauptsponsoren in erster Linie Strategie und Ziele der AE wirkungsvoll und sachorientiert unterstützen, um die Weiterbildung, klinische Forschung und Innovationsforschung im Bereich der Endoprothetik stetig weiterzuentwickeln.



Die Mitglieder des Industriebeirats: Dipl.-Kfm. Marc D. Michel (Peter Brehm), Klaus Hug (Zimmer, stellvertretender Sprecher), Otmar Wawrik (Aesculap), Priv.-Doz. Dr. Hanns-Peter Knaebel (Aesculap, Sprecher des Industriebeirates), Helmut D. Link (Waldemar Link), Norbert Ostwald (Waldemar Link) und Heinrich Wecker (CeramTec, stellvertretender Sprecher)

Bei der konstituierenden Sitzung des Industriebeirats, die im Januar auf Einladung der Firma Waldemar Link in Hamburg stattfand, wurde ein Sprechergremium gewählt und eine Geschäftsordnung des Industriebeirats vorbereitet. Grundlage ist ein klares Bekenntnis zur wissenschaftlichen Unabhängigkeit der AE. Als Ziele der AE sind die Weiterentwicklung, die ärztliche Weiterbildung, die klinische Forschung und das Engagement in der Innovationsforschung in der Endoprothetik benannt. „Diesen Zielen fühlt sich der Industriebeirat verpflichtet und setzt alle seine Kräfte für die entsprechende Zielerreichung ein.“

Die Sponsoren setzen auf die institutionalisierte Zusammenarbeit mit den Ärzten, um die Endoprothetik voranzubringen. „Unser wichtigstes Anliegen ist die Steigerung der Qualität durch Ausbildung“, erklärt der Sprecher des Industriebeirats und Vorstandsvorsitzende der Aesculap AG, Priv.-Doz. Dr. Hanns-Peter Knaebel. „Auf diesem Gebiet hat die AE ein weltweit einmaliges Kursprogramm geschaffen, in dem Operateure

die Praxis der Endoprothetik gründlich trainieren können. Zugleich bietet es ihnen die Gelegenheit, sich mit der ganzen Palette der hierbei benötigten medizintechnischen Produkte vertraut zu machen. Das ist eine ganz entscheidende Voraussetzung für den sicheren Umgang mit diesen Produkten, im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patienten.“

Bei der Sitzung in Hamburg würdigten die Vertreter der Unternehmen den „inhaltlich guten und stark besuchten AE-Kongress 2008“. Er habe gezeigt, dass „die fachlichen Inhalte der AE sowohl richtig als auch gut aufgearbeitet sind“. Das ist unter anderem auch ein Verdienst des AE-Gründungsmitglieds Klaus Hug. „Wir möchten uns bei ihm ausdrücklich für die hervorragende Aufbauarbeit bedanken, mit der er persönlich dazu beigetragen hat, die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik so erfolgreich zu machen“, betonte der stellvertretende Sprecher des Industriebeirats Heinrich Wecker, Managing Director Marketing & Sales der Ceramtec AG. Die Sponsoren betonen außerdem die Absicht, die AE international zu stärken. Durch bestehende wissenschaftliche Kooperationen und die Nutzung der industriellen Netzwerke der Unternehmen bieten sich für die AE zusätzliche Möglichkeiten der internationalen Zusammenarbeit.

Das „AE-Industrieforum“ ist das Kommunikations- und Beratungsforum zwischen AE und Industriebeirat. Es stellt die Verbindung her zwischen den Interessen und Perspektiven der AE-Industriepartner und den wissenschaftlichen Anforderungen der AE. Das „AE-Forum“ nimmt Stellung zu den Fort- und Weiterbildungsprogrammen sowie zu Grundsatzfragen der AE. Die Vertreter haben im Einvernehmen mit den Gremien die Möglichkeit, an Sitzungen des AE-Präsidiums und des AE-Industriebeirats ohne Stimmrecht teilzunehmen. „Die Verträge, welche die beteiligten Firmen mit der AE geschlossen haben, sowie die Geschäftsordnungen des Industriebeirats und des Industrieforums, die wir mit dem AE-Vorstand abgestimmt haben, bilden ein sehr solides Fundament für die Zusammenarbeit zwischen der medizintechnischen Industrie und der Arbeitsgemeinschaft“, erklärte Dr. Knaebel. „Wir sehen sie als Grundlage für eine dauerhafte Verbindung.“

Die Sponsoren der AE  
Die Hauptsponsoren stellen die Mitglieder des Industriebeirats.



AE-Sponsor ORMED.DJO weltweit führend bei orthopädischen Hilfsmitteln und Services

## Vor und nach der Endoprothetik

Bereits seit Jahren gehört ORMED.DJO zu den Sponsoren der AE. Das Freiburger Unternehmen ist Teil des gleichnamigen internationalen Konzerns, eines Komplettanbieters für kompakte Lösungen bei orthopädischen und sportmedizinischen Krankheitsbildern. Seine Therapiekonzepte für eine ganzheitliche Versorgung reichen von der Prävention über operative Verfahren und Schmerztherapie bis zur Rehabilitation. Zu seinen bekanntesten Erzeugnissen gehören Bewegungsschienen, Orthesen und Produkte für gelenkerhaltende Operationen. „Der Erfolg der Endoprothetik hängt auch von den Maßnahmen vor und nach der Operation ab, die zu unserer Kernkompetenz gehören“, erklärt Geschäftsführer Rüdiger Hausherr. „Deshalb sehen wir in der aktiven Unterstützung des AE-Ausbildungskonzepts auch einen wichtigen Beitrag zum Wohl unserer Patienten.“

### Marken und Produkte

ORMED.DJO verfügt über drei etablierte Marken, die in ihren jeweiligen Bereichen zu den weltweiten Marktführern gehören. Die AIRCAST®-Produkte sind vorwiegend für die Versorgung von Sprunggelenks- und Fußverletzungen ausgelegt. Das DONJOY®-Sortiment umfasst unter anderem eine breite Palette von Schulterbandagen und die weltweit meistverkauften Knieorthesen. ORMED® steht für ein vielfältiges medizintechnisches Portfolio. Dazu gehören zum Beispiel Hüft- und Wirbelsäulen-Orthesen, die ARTROMOT®-Bewegungsschienen, die ARTROJECT®-Hyalurontherapie und intraoperative Systeme wie das bioabsorbierbare Meniscusimplantat ACTIFIT® sowie ARTROCELL 3D® ACT, ein System für die autologe Chondrozytentransplantation.

### Fortbildung

Mit seinem Programm F.A.M.E. (Forum for Advanced Medical Education) bietet ORMED.DJO eine Vielzahl von attraktiven Fortbildungsveranstaltungen für Mediziner. In diesem Jahr wird etwa der 2. wissenschaftliche Kongress ORMEDICUM vom 8. bis 15. Mai in Soma Bay, Ägypten abgehalten, mit den Schwerpunkten Knie, Schulter und Fuß. Darüber hinaus engagiert sich ORMED.DJO für die Förderung junger, talentierter Ärzte durch eine Reihe von nationalen und internationalen Fellowships.

### Networking für Ärzte

Neben den therapiebezogenen Produkten und Dienstleistungen bietet ORMED.DJO Orthopäden und Unfallchirurgen eine einzigartige Online-Plattform, auf der Kontakte hergestellt und vielfältige Potenziale entwickelt werden können. „Wer eine neue berufliche Herausforderung, einen Praxispartner, eine Doktorandenstelle, einen Klinikchefarzt oder Unterstützung bei einer Forschungsarbeit sucht, ist bei ORTHOSUCCESS genau richtig“, ist Rüdiger Hausherr überzeugt. „Anhand individueller Persönlichkeits- und Wunschprofile suchen wir passende Partner für individuelle berufliche Ziele.“ Dabei bürgt der Geschäftsführer persönlich für strengsten Datenschutz und Anonymität. Die Nutzung ist kostenfrei, die Registrierung erfolgt unter [www.orthosuccess.de](http://www.orthosuccess.de).



Rüdiger Hausherr,  
Geschäftsführer von ORMED.DJO

ORMED.DJO ist im vergangenen Jahr aus dem Zusammenschluss der Firmen ORMED und DJO entstanden. Das Unternehmen ist heute der weltweit führende Anbieter von orthopädischen Hilfsmitteln und Services. Unter dem neuen Namen wurden in Deutschland über 230 Mitarbeiter und die drei Marken AIRCAST®, DONJOY® und ORMED® zusammengeführt. Freiburg gehört zu den wichtigsten Standorten für Forschung, Entwicklung und Produktion innerhalb des internationalen Unternehmens.

[www.ormed-djo.de](http://www.ormed-djo.de)  
[www.orthosuccess.de](http://www.orthosuccess.de)



ACTIFIT®  
einsetzen



ARTROJECT®  
nachspülen



ARTROMOT®-K1  
bewegen

# Gemeinsame Interessen

Der Amtsantritt des neuen AE-Präsidenten steht im Zeichen des Wandels. Veränderte Rahmenbedingungen haben die Arbeitsgemeinschaft vor neue Herausforderungen gestellt, aber auch neue Chancen eröffnet. Professor Dr. Volker Ewerbeck gibt Auskunft über bereits Erreichtes und einen Ausblick auf kommende Entwicklungen.

## Welches sind die wichtigsten Veränderungen, auf welche die AE reagieren muss?

Die Ökonomisierung der Medizin ist weder aufzuhalten, noch rückgängig zu machen. Auch Chefarzte werden kühl an den medizinischen Leistungen gemessen, die für das Krankenhaus abzurechnen sind. Abwesenheit führt zum Verlust überlebenswichtiger Case-Mix-Punkte. Umso genauer wird jeder prüfen, was er mit der immer knapper werdenden frei verfügbaren Zeit anfängt. Darauf müssen wir gerade in der AE Rücksicht nehmen.

## Wie steht es mit der neuen Situation im Sponsoring?

Der Schritt vom Mono- zum Multisponsoring war bei vielen Mitgliedern ein lang gehegter Wunsch. Auch wenn unsere wissenschaftliche Neutralität nie in Frage stand, wurde die AE von außen als einseitig verpflichtet wahrgenommen. Wir lernen gerade, was es bedeutet, mit mehreren statt mit nur einem Sponsor zusammenzuarbeiten.

## Welche Dinge spielen da eine Rolle?

Jeder Sponsor ist mit hoher Priorität dem wirtschaftlichen Wohlergehen seiner Firma verpflichtet. Dies gilt auch für Firmengruppen mit gemeinsamen Zielen und ist völlig legitim. Naturgemäß kann das aber nicht das erste Interesse der AE sein.

Unsere Kernziele sind sehr gut im Leitbild der AE zusammengefasst: Erwerb und Weitergabe von spezieller Expertise auf hohem, wissenschaftlich neutralem Niveau. Daraus ergab sich folgerichtig der „no go-Beschluss“ für Sponsorenexklusivität, der von allen Beteiligten akzeptiert worden ist.

Gemeinsam mit unseren Industriepartnern sind wir hier auf einem sehr guten, konstruktiven Weg.

## Wie wollen Sie das Gleichgewicht bei dieser Gratwanderung halten?

Gratwanderungen sind ja nichts Schlimmes, es darf nur niemandem dabei schwindelig werden. Dafür brauchen wir Regeln und feste Vereinbarungen. Aus steuerrechtlichen Gründen wird der Geschäftsbetrieb aus der AE in eine AE GmbH ausgegliedert, innerhalb derer ein Industriebeirat etabliert wird. Dieser gibt eine Geschäftsordnung und kommuniziert nach festzulegenden Regeln mit dem Vorstand der AE. Geschäftsordnung und Kommunikationsregelwerk sind in gemeinsamer Vorbereitung und sollen in Kürze verabschiedet werden. Wir haben wirklich sehr gute Partner im Boot, mit viel Verständnis und dem notwendigen Gespür für gemeinsame Ziele.

## Wo sind denn die gemeinsamen Interessen?

Etwas verkürzt: Auf dem Gebiet der Endoprothetik wollen wir gut ausgebildete Kollegen, damit unsere Patienten an Qualität kommen, was nach dem Stand der Kenntnisse möglich ist. Die Industrie will dasselbe. Gute wie schlechte Resultate fallen potenziell auf Operateure und Hersteller gleichermaßen zurück. Deswegen sind AE und Sponsoren in gleicher Weise an erstklassigen Kursen interessiert. Das ist die zentrale Aufgabe der Zukunft für die AE.

## Wie soll das umgesetzt werden?

Natürlich haben wir bereits jetzt eine Fülle von sehr guten Kursen. Wir wissen aber auch, dass es selbst innerhalb sehr guter Kurse Licht und Schatten gibt. Auch das Lehren will gelernt sein. Professor Mutschler und das Teaching-Komitee arbeiten mit großer Energie an diesem Projekt. Ein Konzept ist vorhanden. Aber auch hier stoßen wir an die Grenze der beschränkt vorhandenen Zeitreserven unserer engagierten Referenten. Gemeinsam mit unseren Industriepartnern, die sehr wohl zwischen guten und weniger guten Referaten unterscheiden können,



denken wir über neue Wege nach, wie exzellente Veranstaltungsqualität zuverlässig gewährleistet werden kann. Ich persönlich glaube nicht, dass man auf ewige Zeiten bei unserem Prinzip der honorarfreien Referate bleiben kann.

## Wird es eine Zusammenarbeit mit der DGOU geben?

Zu diesem Thema wird es Gespräche geben. Wir sind dabei zu sondieren, in welcher Weise die AE als eigenständiger Verein eine wie auch immer geartete Verbindung zur Fachgesellschaft knüpfen könnte. Solche Konstrukte gibt es bereits, etwa bei der Vereinigung für Kinderorthopädie, die in Form einer Sektion mit der DGOOC verbunden ist. Nach meiner Einschätzung könnte eine solche Verbindung für beide Seiten gewinnbringend sein.

## Was wünschen Sie sich für Ihre Amtszeit?

Eine in der beschriebenen Kernaufgabe leistungsstarke und erfolgreiche AE, Transparenz bei den Entscheidungsprozessen, einen fairen Umgang zwischen AE und Sponsorengruppe und auf dieser Basis für möglichst viele Mitglieder Freude am Dabeisein. Es stehen genügend junge Kolleginnen und Kollegen bereit, die mitmachen wollen. In der AE wohnt unter den neuen Vorzeichen großes Potential. Die Weichen sind gestellt. Fahren wir also los.

## Wechsel von der ComGen in die AE

**Prof. Dr. Andreas Kurth** *Klinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Mainz*  
**Prof. Dr. Christian Heisel** *Arcus Sportklinik Pforzheim*  
**Dr. Klaus Kolb** *Klinikum am Steinberg, Reutlingen*  
**Prof. Dr. Andrea Meurer** *Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim, Frankfurt*

## Neuaufnahmen in die AE am 04.12.2008



**Dr. med. Heiner Austrup**  
*Krankenhaus  
Winsen-Luhe*



**Dr. med. Stefan Bartsch**  
*Krankenhaus Bethel  
Bückeburg*



**Priv.-Doz. Dr. med.  
Alexander Beck**  
*Juliuspital  
Würzburg*



**Dr. med. Andreas Birke**  
*Klinikum Mansfelder  
Land & Pflege gGmbH  
Hettstedt*



**Prof. Dr. med.  
Christoph Eingartner**  
*Caritas Krankenhaus  
Bad Mergentheim*



**Prof. Dr. med.  
Rolf Haaker**  
*St. Vincenz-Hospital  
Brakel*



**Prof. Dr. med.  
Karl-Dieter Heller**  
*Herzogin Elisabeth  
Hospital, Braunschweig*



**Dr. med. Frank Horst**  
*St. Josef-Stift  
Sendenhorst*



**Dr. med.  
Peter Katzmeier**  
*MVZ Oberstdorf*



**Dr. med. Uwe Klapper**  
*Knappschaftskranken-  
haus, Dortmund*



**Dr. med. Eric Knoth**  
*Diakoniekrankenhaus  
Schwäbisch-Hall*



**Dr. med.  
Hermann O. Mayr**  
*OCM Klinik, München*



**Prof. Dr. med.  
Michael Leopold Nerlich**  
*Universitätsklinikum  
Regensburg*



**Priv.-Doz. Dr.  
Manfred Pfahler**  
*Orthopädische  
Praxisklinik, München*



**Dr. med.  
Bertram Regenbrecht**  
*Roland Klinik  
Bremen*



**Prof. Dr. med.  
Stefan Rehart**  
*Markus-Krankenhaus  
Frankfurt/Main*



**Priv.-Doz. Dr.  
Rüdiger Volkmann**  
*Klinikum Bad Hersfeld*



**Prof. Dr. med. Christoph von Schulze-Pellengahr**  
*Freiherr von Freusberg-Steinhorst,  
Orthopädische Universitätsklinik  
am St. Josefs-Hospital, Bochum*



**Dr. med. Peter Zenz**  
*Otto-Wagner-Spital  
Wien, Österreich*

## AE gratuliert

### 70 Jahre

12.04. Prof. Dr. med. Axel Rüter  
16.04. Dr. med. Johann Hunger

### 65 Jahre

06.01. Prof. Dr. med. Joachim Kasch  
21.01. Prof. Dr. med. Wolfgang Noack  
19.02. Prof. Dr. med. Werner Hein  
27.02. Dr. med. Götz von Foerster  
06.03. Prof. Dr. med. Lutz Claes  
13.03. Prof. Dr. med. Holm Schlemmer  
17.03. Dr. med. Norbert Fohler  
23.03. Prof. Dr. med. Andreas Wentzensen  
01.04. Prof. Dr. med. Rainer H. Neugebauer

### 60 Jahre

01.03. Prof. Dr. med. Hans Zwiip

### 50 Jahre

09.03. Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier  
30.03. Prof. Dr. med. Christoph Eingartner  
30.03. Dr. med. Horst Fleck  
09.04. Prof. Dr. med. Peer Eysel

## AE-Terminübersicht 2009

### 22.–25. April

AE-Kurs und Masterkurs Hüfte, Ofterschwang

### 07.–08. Mai

AE-Masterkurs Knie, Düsseldorf

### 25.–27. Juni

AE-Masterkurs Hüftrevision, Damp/Ostsee

### 26.–27. Juni

6. AE-ComGen Kongress, Lindau

### 10.–11. Juli

AE-Schulterkurs, Stuttgart

### 27.–29. August

AE-Dreiländerkurs Knie, A-Kitzbüchel

### 25.–26. September

AE-Handkurs, Oberstdorf

### 01.–03. Oktober

AE-Dreiländerkurs Hüfte und Hüftrevision  
CH-Luzern

### 11.–14. November

AE-Kurs und Masterkurs Knie, Ofterschwang

### 04.–05. Dezember

11. AE-Kongress, Magdeburg

## Impressum

Herausgegeben von der  
Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik

**Verantwortlich:** Prof. Dr. Volker Ewerbeck  
**Koordination:** Andrea Trautwein, AE-Geschäftsstelle,  
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