

Liebe AE-Kolleginnen und Kollegen,



haben Sie den Eindruck, dass unsere AE nach Zeiten des Umbruchs wieder in ruhigem, stabilem Fahrwasser angekommen ist? Die Kurse laufen und erfreuen sich einer guten Resonanz, die Ankündigungen über künftige Veranstaltungen erscheinen, wie gewohnt, in professioneller Weise in unseren Postfächern – das sieht wirklich nach ruhigem Fahrwasser in stabiler Schönwetterlage aus. Doch eine solche friedliche Idylle gibt es nicht mehr, hat es wohl auch nie gegeben. Zwar sind die Finanzen der AE in Ordnung, der Jahresabschluss 2009 zeigt ausgeglichene Verhältnisse, der Jahresabschluss 2010 lässt Ähnliches erwarten. Das bestehende Finanzierungskonzept der AE mit mehreren Partnern und befristeten Vertragslaufzeiten verlangt jedoch ein hohes Maß an Bewegung, um allen Interessen gerecht zu werden und gleichzeitig Konflikte im Compliance-Bereich bereits im Ansatz zu vermeiden. So befindet sich die AE nach wie vor, gemeinsam mit ihren Partnern aus der Industrie, in einer Neuorientierungsphase, die durch Kommunikation und gegenseitiges Lernen gekennzeichnet ist.

Aus diesem Grund fand unter anderem ein zweitägiges Strategie-Meeting zwischen Entscheidungsträgern unserer Industriepartner und dem Geschäftsführenden Vorstand der AE in Berlin statt, um Ziele und gemeinsame Strategien festzulegen. Für uns besteht eines dieser Ziele darin, den Beschluss unserer Mitgliederversammlung, als AE den Status einer Sektion der DGOU zu erwerben, mit Leben zu erfüllen. Gemeinsame

Fortsetzung auf Seite 3

AE-Forum Experts meet Experts

Stuttgart, 9.–10. Juli 2010

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dominik Parsch (Stuttgart) und Dr. Stephan Kirschner (Dresden) fand am 9. und 10. Juli 2010 das AE-Expertenforum mit dem Thema „Einführung neuer Implantate, Implantatversagen und Schadensanalyse“ in Stuttgart statt. Bei hochsommerlichen Temperaturen bot das Maritim hervorragende und vor allem klimatisierte Rahmenbedingungen, um die spannende Thematik zu diskutieren. Die hochkarätige Zusammensetzung der Teilnehmer aus erfahrenen AE-Mitgliedern, international anerkannten Biomechanikern und den verantwortlichen Vertretern der Implantatindustrie gewährleistete eine außerordentlich konstruktive Arbeitsatmosphäre für die Sitzungen und Workshops.

Präklinische Testung neuer Implantate

In der ersten Sitzung des Expertenforums gab **Wilhelm Blömer** (Fa. Aesculap) einen umfassenden Überblick über die aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur Prüfung von

Implantaten. **Prof. Dr. Michael Morlock** (Hamburg) hob die besonderen klinischen Belastungsmuster für Implantate hervor und verwies auf deren nicht immer adäquate Berücksichtigung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben zur Prüfung von Implantaten. Im abschließenden Referat berichtete **Dr. Christian Kaddick** (Rosenheim) über die besonderen Probleme bei der intraoperativen Konfektionierung von modularen Endoprothesen, über Konusverbindungen und mögliche Versagensmechanismen.

Klinische Evaluation neuer Implantate

Dr. Kirschner stellte die methodischen Grundlagen zur sicheren Einführung von Implantaten dar. Hierbei ging er insbesondere auf die Problematik unerwünschter Behandlungsfolgen bei der Einführung neuer Implantate ein. **Prof. Dr. Edmund Neugebauer** (Köln) verdeutlichte die Relevanz klinischer Studien für die Evaluation neuer Implantate und verwies dabei auf die Ausschreibung der DFG. Er führte weiter aus, dass durch die

veränderte Einstufung der Implantate im Medizinproduktegesetz eine Ausweitung der hochwertigen Anwendungsbeobachtungen notwendig sei. **Prof. Dr. Joachim Hassenpflug** (Kiel) gab einen Überblick über die europäischen und internationalen Erfahrungen mit Endoprothesenregistern. Ein wesentlicher Aspekt erfolgreicher Register sei die ärztliche

Fortsetzung auf Seite 2

Die wissenschaftlichen Leiter:
Prof. Dr. Dominik Parsch und Dr. Stephan Kirschner (v.l.)



Konzeption und Führung. Die Implementierung eines Endoprothesenregisters in Deutschland sei alternativlos.

Implantatversagen

Prof. Dr. Hartmut Siebert (Heilbronn) informierte in seiner Eigenschaft als Mitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit über die gesetzlichen Vorgaben zur Meldung von implantatbezogenen Vorkommnissen.

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier (Rostock) zeigte anhand einzelner Schadensbeispiele die wesentlichen Punkte in der biomechanischen Aufarbeitung eines Implantatversagens auf und betonte die Notwendigkeit transparenter Abläufe in der Analyse von Implantatversagensfällen wie auch eine einheitlich vorzugebende Datenaufbereitung (Implantatgewinnung, -asservierung, klinische und bildgebende Informationen). Ergänzt wurde dieser Block durch Kasuistiken aus dem Auditorium mit implantatbezogenen Schadensfällen.

Kommunikation und Recht

Am Samstag sprach Dr. Kirschner zunächst über das Thema der Informationsweitergabe an den Patienten: Eine verbesserte Information des Patienten diene der verbesserten Patientenversorgung.

Prof. Dr. iur. Dr. med. Christian Dierks (Berlin) stellte die spezielle Situation der ärztlichen Aufklärung bei der Anwendung von Sonderimplantaten dar. Hierbei wurde auch der Aspekt der intraoperativen Modifikation von Implantaten beleuchtet, durch die die Herstellergewähr auf den jeweiligen Operateur übergeht. Hinweise zur Beschreibung der Notwendigkeit der Implantatmodifikation und alternativer Behandlungsmöglichkeiten wurden gegeben.



Wilhelm Blömer und Prof. Dr. Michael Morlock (v.l.)



Die Teilnehmer des AE-Forums nutzten den Abend des ersten Veranstaltungstages, um beim Weingut Graf Adelmann auf Burg Schaubeck das Weinfest zum hundertjährigen Jubiläum des Verbandes der Deutschen Prädikatsweingüter zu besuchen.

Revisionschirurgie und Sonderanfertigung

Unter dem Vorsitz von **Prof. Mittelmeier** (Rostock) und **Prof. Dr. Christoph H. Lohmann** (Magdeburg) wurde die Problematik der Verwendung von Implantaten unterschiedlicher Hersteller („mix and match“) dargestellt.

Dr. Dirk Wetzel (Berlin) referierte über die rechtlichen Grundlagen aus Sicht der zuständigen Überwachungsbehörde (BfArM) für den Problembereich Sonderimplantate. Der Themenblock wurde durch einen Vortrag von **Prof. Dr. Rudolf Ascherl** (Chemnitz) mit „Erfahrungen aus der klinischen Praxis unter Verwendung von Sonderimplantaten“ abgeschlossen.

Workshops

In dem Workshop zu „Möglichkeiten der institutionalisierten Schadensanalyse“ unter der Leitung von **Prof. Parsch** und **Prof. Dr. Klaus-Peter Günther** (Dresden) wurden zunächst Problemfelder in der aktuellen Handhabung von Schadensfällen erarbeitet. Gemeinsam mit ranghohen Vertretern aus der Industrie wurden Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Abläufe, der Kommunikation und der Transparenz erarbeitet. Ein entsprechendes Arbeitspapier wird aktuell erstellt und spätestens zur Mitgliederversammlung am 2. Dezember in Regensburg vorgestellt.

Im zweiten Workshop zur kontrollierten Markteinführung neuer Implantate unter Leitung von **Dr. Kirschner** und **Prof. Dr. Volker Ewerbeck** (Heidelberg) wurden zunächst Gründe für Veränderungen in der Orthopädie in einer moderierten Abfrage erörtert. Dabei stellt die Lösung eines klinischen Problems den wesentlichen Grund für einen veränderten Ablauf des Operationsverfahrens und der Implantatwahl dar. Die Patientensicherheit und die transparente Kommunikation der bisherigen Anwendungserfahrungen wurden von den Teilnehmern als wichtige Aspekte zum verantwortlichen Umgang mit Innovationen benannt. Entsprechende Sitzungen auf den orthopädischen Fachkongressen wurden angeregt.

Zusammenfassend hat sich das AE-Expertenforum in diesem Jahr mit den eher ungewöhnlichen Themen der Innovationseinführung, der Schadensanalyse und den Risiken implantatbezogener Komplikationen beschäftigt. Ein hochkarätiges Teilnehmerfeld aus Klinik, Industrie und Forschung nutzte das Forum, um Probleme zu benennen und Verbesserungen anzuregen. Entsprechende Arbeitspapiere werden zeitnah zu erörtern sein. Sie sollen innerhalb der AE einen Prozess initiieren, an dessen Ende ein Mehr an Information, Transparenz und Patientensicherheit stehen soll.

Fortsetzung von Seite 1

Projekte gäbe es zahlreiche, erwähnt sei beispielsweise die angestrebte Zertifizierung von Endoprothetikzentren.

Das AE-Programm für den Speciality-Day auf dem DKOU ist festgelegt, wir werden zwei spannende Sitzungen zum Thema der periprothetischen Infekte des Hüftgelenkes haben. Nicht weniger spannend war das Thema des AE-Forums am 9./10. Juli 2010 in Stuttgart. Zum Thema „Implantatsicherheit“ hatten Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Prof. Dr. Dominik Parsch und Dr. Stephan Kirschner ein hoch attraktives Programm zusammengestellt.

Nach wie vor steht und fällt die Attraktivität der AE sowohl für die Mitglieder, als auch für unsere Industriepartner, mit der Qualität unserer Kurse. Hier sind wir auf einem guten Wege. Das Teaching-Komitee unter Prof. Dr. Wolf Mutschler hat die Grundstrukturen eines neuen Basiskurses „Hüfte“ ausgearbeitet, der sich jetzt in der aufwendigen Detailplanung befindet. Nach dem derzeitigen Plan soll dieser neue Kurs als Meilenstein der AE erstmalig im November 2011 stattfinden. Flankiert werden unsere Aktivitäten durch das mehrbändige AE-Manual, dessen Fertigstellung jenseits des Bandes „Schulter“, der bereits publiziert ist, bevorsteht.

Sie sehen, liebe Freunde, dass sich die AE auf stabilem Kurs, aber nicht in ruhigem Fahrwasser befindet. Die Stabilität wird, wie bei einem Fahrradfahrer, durch kontinuierliche Bewegung erzeugt. Diese muss von uns ausgehen. Sie alle sind herzlich eingeladen, sich daran zu beteiligen. Die Übernahme von Kursverpflichtungen nach vorheriger Teilnahme an unserem Seminar „Teach the Teachers“ wäre ein Weg dazu. Die AE ist höchst lebendig. Machen Sie mit. Wir freuen uns darauf!

Mit herzlichen Grüßen

Professor Dr. med. V. Ewerbeck
AE-Präsident

Qualität von Daten zur Revisionsrate in wissenschaftlichen Publikationen

Die Frage, ob und inwieweit Ergebnisqualitätsdaten und Komplikationsraten in stichprobenbasierten klinischen Studien auf den medizinischen Routinebetrieb übertragbar sind, wird seit Jahren kontrovers diskutiert und ist aktuell, wie zum Beispiel der Fall des Cox-2-Hemmers Vioxx zeigt. Ein Bericht der FDA schätzt, dass 120.000 Herzinfarkte durch die Verwendung dieses Medikamentes zusätzlich verursacht wurden. In Zulassungsstudien war diese Nebenwirkung nicht auffällig, sie wurde eher zufällig bei einer späteren Studie entdeckt, das Produkt danach vom Markt genommen.

In der Endoprothetik stehen – als Ausnahme in der Medizin – Kompletterfassungen über Register zur Verfügung. Im Rahmen des Projektes QoLA (Quality of Literature in Arthroplasty) werden die publizierten Revisionsraten von über 100 Implantaten in klinischen Studien und Registern direkt miteinander verglichen. An dem Projekt unter der Leitung des European Arthroplasty Register nehmen über 30 Forschungszentren aus Europa, der Türkei und Israel teil. Bisher sind 75% der geplanten Implantatsysteme ausgewertet, Zwischenberichte wurden 2010 im Rahmen des AE-Dreiländerkurses Knie in Kitzbühel und des Hüftkurses in Hamburg präsentiert. Zu 15% der untersuchten Implantate lagen keinerlei vergleichbare klinische Studien vor. Etwa 50% der klinischen Literatur zu Implantatsystemen zeigte statistisch signifikante und relevante Abweichungen (mindestens 300%) zu Registerdaten. Zumeist werden die Ergebnisse in klinischen Studien deutlich zu positiv dargestellt, es wurden aber auch einzelne Implantate identifiziert, deren Outcome zu negativ dargestellt wird. Dabei handelt es sich auch um Produkte, deren Reputation zum Beispiel durch den Einsatz mit Robodoc in Zweifel gezogen wurde.

Publikationen von Entwicklern weisen in der Mehrzahl signifikant und relevant zu positive Ergebnisse auf. Das wird durch Unterschiede im Wissenschaftsbetrieb zwischen Europa und den USA verschärft. Während zu europäischen Produkten nur 13% der Fälle aus Entwicklerkliniken publiziert werden, liegt dieser Wert bei US-Entwicklungen bei 60%. Gruppen wie Implantatentwickler, die für den Durchschnittschirurgen nicht repräsentativ sind, dominieren in den USA häufig die klinische Literatur zu ihren Implantaten. In dieser Konstellation ist besonders oft zu beobachten, dass die publizierten Werte offensichtlich in der weltweiten Patientenversorgung nicht reproduziert werden können. Durch die weitergehende Abwesenheit unabhängiger Literatur zum Vergleich ist es in den USA sehr schwierig, derartige Unterschiede zu erkennen – im Gegensatz zu europäischer Forschung.

Eine gewisse Zurückhaltung und kritische Distanz gegenüber Publikationen von Implantatentwicklern und Studien mit sehr positiven Ergebnissen erscheint also angebracht. Etwa 50% der Literatur zeigt jedoch durchaus plausible Revisionsraten im Vergleich zu weltweiten Registerdaten. Registerdaten können als Benchmark für die Übertragbarkeit von Ergebnissen klinischer Studien in die durchschnittliche Patientenversorgung dienen. Der Endbericht wird am EFORT-Kongress 2011 in Kopenhagen präsentiert, jeweils aktuelle Zwischenberichte werden auch im Rahmen von AE-Kursen vorgestellt.

Unterlagen und Literatur beim Verfasser Dr. Gerold Labek,
Orthopädische Universitätsklinik Innsbruck, EFORT European Arthroplasty Register
Coordinator, e-mail: gerold.labek@efort.org

7. AE-ComGen-Kongress – ComGen meets AgedGen

Gelsenkirchen, 25. – 26. Juni 2010

Zum ersten Mal fand der AE-ComGen-Kongress im Ruhrgebiet statt, der derzeitigen Kulturhauptstadt Europas. Der Kongressort – der Wissenschaftspark in Gelsenkirchen – bot den Teilnehmern eine gelungene Kombination aus Kommunikation, Präsentation sowie Inspiration. Das Motto des 7. Kongresses „ComGen meets AgedGen“ konnte man in drei große Rubriken zusammenfassen: 1. Optimierung der Versorgung älterer Patienten, 2. „Nach der Prothese ist vor dem Prothesenwechsel“ und 3. Verschiedenes. Die Vorträge waren hochkarätig besetzt und kamen lebendig durch die Würze der persönlichen Erfahrung beim Publikum an.

Gerade der dritte Themenblock bot in diesem Jahr Inspirationen und Antworten auf aktuelle Themen. **Dr. Diethelm Träger** aus Kassel arbeitete in seinem Vortrag ungelöste Knieschmerzen nach primärer TEP-Versorgung aus seiner Schmerzambulanz auf. Wenn bei der Implantation alles richtig gemacht wurde (Achse, Rotation, Bänder, negatives Punktat) sollte sich der Spezialist nicht in jedem Fall mit der Stigmatisierung – unhappy knee – und einer jahrelangen Schmerztherapie zufriedengeben. Dr. Träger konnte anhand von erlebten Kasuistiken aufzeigen, dass moderne Synoviabegutachtungen unter immunhistologischen Gesichtspunkten die Ursachenliste erweitern, und bei dem Wechsel doch eine (bis dahin unentdeckte) Implantatlockerung oder ein Infekt nachgewiesen werden konnte. Patienten mit mehrfachen Voroperationen, so die Literatur und Erfahrungen des Referenten, haben das höchste Risiko zur Entwicklung eines „unhappy knee“ nach der Endoprothesenversorgung, was bei der Indikation und dem Aufklärungsgespräch unbedingt berücksichtigt werden sollte. **Dr. Alexander Beier** berichtete von seinen interessanten Erfahrungen in einer Spezialsprechstunde für fehlgeschlagene Knieendoprothesen.

Ebenfalls viel Beachtung fand der Themenblock zur Karriereplanung in Richtung Chefarztposition. **Priv.-Doz. Dr. Clayton Kraft** zeigte die Möglichkeiten der Profilierung sowie Perspektiven aus der Sicht des klassischen Orthopäden auf, **Prof. Dr. Michael Raschke** tat dies aus Sicht des Unfallchirurgen. In Zukunft werden beide Fachrichtungen unter einem Dach mehr und mehr zusammenwachsen. Intern wird es jedoch weiterhin Spezialisierungen geben.

Die Mediziner wurden durch die Sicht der Geschäftsführung, vertreten durch Volkswirt **Peter Weingarten** aus der St. Augustinus GmbH Gelsenkirchen, auf den ökonomischen Boden der Krankenhauslandschaft zurückgeholt. Kurz gesagt, aus Sicht der Verwaltung oder des Krankenhausträgers sind Ärzte mit die wichtigsten Erfolgsfaktoren eines Krankenhauses. Dem Chefarzt kommt hierbei eine besondere Rolle zu, da er sich durch Qualität und Reputation zum „Akquisitor“ der Klinik hervorhebt. In den heutigen Chefarztverträgen gibt es verhandelbare (z.B. Einkünfte) und nicht-verhandelbare Positionen (z.B. Verantwortlichkeiten). Soft Skills, also soziale Fähigkeiten, so die Psychologin **Dr. Jutta Richter**, sind für jeden Chefarzt gelebte Tools, die zur Verbesserung des Betriebsklimas, der Leistungsfähigkeit einer Abteilung und der Positionierung der Chefarztposition dienlich sind. Ganz nach dem Motto: Ein Team-Leader wird eingestellt wegen seiner fachlichen Qualifikationen und gekündigt wegen seiner Führungsschwächen. Da im Krankenhaus von einem neuen Chefarzt ab dem ersten Tag seine volle Leistung auf unterschiedlichen Sektoren – Kompetenz, Konkurrenz, Mitarbeiterführung u. a. – abgerufen wird, sind Reibungspunkte unvermeidlich. Eine gelungene Kommunikation und die Herstellung einer konfliktarmen Beziehung zu seinen Mitarbeitern, der Verwaltung sowie den niedergelassenen Kollegen und Patienten, sind wichtige Bestandteile für eine erfolgreiche Chefposition.

Die Beschäftigung mit der Demographie des 21. Jahrhunderts wurde dem Referenten **Klaus Hug** übertragen. Dieser begrüßte die Zuhörer am Freitagmorgen gleich zu Beginn mit einem positiven Statement:



Die wissenschaftlichen Leiter des ComGen-Kongresses waren Dr. Diethelm Träger und Priv.-Doz. Dr. Jens Richter (v. l.).

tumsmarkt.“ Die Orthopädie/Unfallchirurgie geht einer finanziell interessanten Zukunft entgegen. Die Anzahl der Patienten wird steigen, die Anzahl der behandelnden Ärzte wird in Zukunft eher sinken. Damit sind die Voraussetzungen zu Schaffung eines sogenannten Anbieter-Marktes günstig. Auf der anderen Seite wird die jetzige Facharzt-Generation in ihren letzten zehn Jahren vor der Rente am meisten „schaffen“ müssen. Kritisch beleuchtete Klaus Hug den Preisverfall für eine primäre Hüft- und Knie-TEP auf dem deutschen Markt und die limitierten Zukunftsaussichten. Bisher hat der Anstieg des Umsatzes in Deutschland dies kompensiert. Sollte sich dies ändern, könnte es für diese Firmen interessanter werden, Neuentwicklungen in Wachstumsmärkten mit besserer Vergütung der Innovation, wie etwa Indien oder Japan, zuerst einzuführen.

Neues in der Osteoporosebehandlung, ein ebenfalls durch die Bevölkerungsentwicklung hoch aktuelles Thema, wurde durch den Internisten **Dr. Jochen Schuhmacher** aus Essen erörtert. Nach den neuen Leitlinien vom September 2009 gilt, dass eine medikamentöse Therapie indiziert ist, wenn das 10-Jahresrisiko für eine Wirbelkörper- oder proximale Femurfraktur mehr als 30% beträgt. Es gilt daher, die Therapieindikatoren richtig und rechtzeitig zu erkennen – also auch schon vor der ersten Fraktur! Die ausreichende Vitamin-D-Substitution ist wichtiger als die Kalziumeinnahme. Wäh-

rend die optimale medikamentöse Therapiedauer bis heute noch unbekannt ist, haben die Faktoren Bewegung sowie Sport einen nachweislich prophylaktischen Einfluss.

Sowohl **Dr. Olaf Hasart** aus dem CMSC der Charité als auch **Prof. Dr. Marc Thomsen** nahmen zu der Frage Stellung, ob osteoporotische Knochen im Vergleich zu denen junger Patienten ein anderes Prothesendesign benötigen. Die Berliner Arbeitsgruppe führte aus, dass an der Hüfte eine großflächige Abstützung die primäre Stabilität von zementfreien Implantaten verbessert und im Bereich des Kniegelenkes die DXA-Messung keine Entscheidungshilfe bringe. Zementierte Knieprothesen und die Vergrößerung der abstützenden Oberfläche durch Stiele seien vorteilhaft für das betagte Patientenkontinuum. Prof. Marc Thomsen bereicherte durch seine biomechanischen Untersuchungen zum Einsinkverhalten unterschiedlicher Prothesendesigns die Diskussion. Demnach sind besonders Schafstypen, die ein gerades Design haben und ausschließlich rein verankern, ohne zusätzliche Abstützfeatures, von einer größeren Migration nach der Primärimplantation betroffen (vor der ossären Integration).

Priv.-Doz. Dr. Jens Richter analysierte in seinem Vortrag Vor- und Nachteile einer zementfreien Versorgung beim älteren Menschen. Dafür würden eine kürzere OP-Zeit und eine statistisch geringere Infektrate sprechen, dagegen die ungünstigeren Langzeit-Überlebenszeiten (für den aseptischen Wechsel) skandinavischer und australischer Prothesenregister. Ergänzt wurde diese Sitzung durch das Update der modernen Zementiertechnik von **Dr. Michael Clarius**. Die Interdigitation des Zementes führt zu einer Aussteifung des proximalen Femurs, was die mechanische Festigkeit wiederum erhöht. Periprothetische Frakturen zementfreier Prothesen beim älteren Menschen lägen deshalb eher zu einer Spiralfaktur auf der Schaftebene (Vancouver-Typ B - mit einer konsekutiven Lockerung) und bei zementierten Schäften in der subprothetischen Region (Typ C). In der anschließenden Diskussion konnte kein Konsens über die Versorgungstaktik beim älteren Patienten erzielt werden.



Der Wissenschaftspark in Gelsenkirchen

Priv.-Doz. Dr. Gunnar Möllenhoff beschrieb seinen Weg der Patientenvorbereitung für primäre Hüft- und Knieendoprothesen. Die gemeinsame präoperative Schulung und Aufklärung von Patienten sowie die stationäre Aufnahme von kleinen Patientengruppen reduziere die vorhandenen Ängste und verbessere die Zufriedenheit durch die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Gruppe.

Osteosynthesemöglichkeiten beim osteoporotischen Knochen wurden von **Dr. Markus Graf** mit eindrucksvollen Fallbeispielen beschrieben. Daraus ergab sich die Schlussfolgerung, dass eine Vielzahl von Implantaten in einer Abteilung für Alterstraumatologie vorgehalten werden muss. In der anschließenden Mini-Battle-Sitzung ging es um das Pro und Contra von Prothesen nach Schenkelhalsfrakturen. **Priv.-Doz. Dr. Bernd Füchtmeier** sprach sich für eine alters- und risikoadaptierte Abwägung der Osteosyntheseindikation aus, die er aus der Pauls- und Garden-Klassifikation ableitete. **Dr. Ulrich Simon** erweiterte die Diskussion, indem er sich Gedanken über den Mobilitätszustand nach der operativen Versorgung machte. Das sog. postoperative Delir des betagten Menschen würde diesen erheblich in seiner Genesung zurückwerfen. Mit einer „schonenden“ Narkose sowie der frühzeitigen supportiven Bindung an eine geschulte Pflegeperson und der Vermeidung von Stoffwechselentgleisungen konnte er eine Reduktion der postoperativen Bewusstseinsstrübung und damit der Komplikationen herbeiführen.

Am Samstag begann die Sitzung mit der Eröffnungsansprache des scheidenden Präsidenten der ComGen, **Prof. Dr. Carsten Perka**. Gleich danach startete er mit einem hoch brisanten Thema, dem Off-Label-Use von Implantaten. Seit dem 1.2.2002 regelt das Medizinproduktegesetz die Meldepflicht und den Umgang nicht nur mit Arzneimitteln, sondern auch mit orthopädischen Implantaten. Während die üblichen Hüft- und Knieimplantate als Einzelkomponenten zugelassen sind, bedarf die Abweichung von üblichen Wegen oder deren Kombination einer Rechtfertigung. Diese ist dann gegeben, wenn eine lebensbedrohliche Situation, eine die Lebensqualität beeinträchtigende Erkrankung (z.B. Revisionsfall) oder kein vergleichbares anderes auf dem Markt zugelassenes Produkt vorliegt (z.B. bestimmte Zement-Antibiotikamischungen, Zementierung von PE-Inlays in vorbestehende feste Pfannenschalen). Die präoperative Patientenaufklärung und die Situsbeschreibung im OP-Bericht spielen bei juristischen Auseinandersetzungen in der Rechtfertigung von Off-Label-Situationen eine enorme Rolle.

Sowohl **Dr. Hans Mau** wie **Dr. Steffen Oehme** haben ihren Algorithmus zum einfachen und schwierigen Pfannenwechsel, der zumeist den älteren Menschen mit osteoporotischem Knochen und variablem Defekt betrifft, beschrieben. Die herkömmlichen Stützschaalen haben sich bei der Lösung der meisten Probleme mit und ohne Defektauf-

Fortsetzung auf Seite 6

bau bewährt. In Sonderfällen wurde neben Spezialpfannen auch die Kombination aus verschraubten (Trabecular-Metal-)Segmentals mit Spongiosa und zementierter Stützschale empfohlen. Bei instabilen Diskontinuitäten kann die Pfannenverankerung durch eine Osteosynthese (dorsaler Pfeiler, zentraler Pfannenboden) verbessert werden. Dr. Oehme empfahl den Zuhörern, dass sie sich während der präoperativen Vorbereitung größerer Pfannendefekte auf mehrere Lösungsmöglichkeiten einstellen. Ob das präoperative CT zur Bestimmung der Defektgröße wirklich eine Verbesserung darstelle, stellte Prof. Perka zur Diskussion. Seiner Ansicht nach werden die Probleme der (mechanischen) Implantatverankerung für die Revisionspfanne in den Schnittbildern nicht ausreichend erfasst. Ein erfahrener Operateur kann diese aus den Röntgenaufnahmen hinreichend antizipieren.

Dr. Tobias Fehmer beleuchtete kritisch die Ausnahme-Indikation zum konservativen Vorgehen bei einem Protheseninfekt im Alter. Neben lokalen Variablen ist eine zunehmende Zahl an systemischen Erkrankungen mit zu berücksichtigen. Über die Folgen einer persistierenden Protheseninfektion müssen sich der Patient wie auch die Behandler frühzeitig informieren (Amyloidose, Niereninsuffizienz, Endokarditis, Anämie u.a.).

In der letzten Sitzung des 7. ComGen-Meetings ging es um die Schaftrevision beim älteren Patienten. **Prof. Dr. F. W. Koch** sprach über die Möglichkeiten mit einem 2-modularen System, **Priv.-Doz. Dr. Friedrich Kutscha-Lissberg** über ein 3-modulares System und Dr. Richter sowie Dr. Träger über ein nicht-modulares Schaftsystem. Während sich der 2- und 3-modulare Revisionschaft in Details und nicht in der Indikation unterscheiden, wurde der zementfreie Langschaft beim einfachen und beim unkomplizierten Wechsel als eine Möglichkeit dargestellt. Die Verriegelung von Revisionschäften bietet keinen dauerhaften Halt, aber die Möglichkeit der Regeneration und der mehrwöchigen „Ruhe“ für die ossäre Integration. Während Prof. Koch eine primäre Pressfit-Verankerung großer Revisionschäfte anstrebt, bevorzugt Dr. Kutscha-Lissberg in geeigneten Fällen die intramedulläre Regeneration des Femurs durch einen geringfügig dünneren Schaft, um zu einem späteren Zeitpunkt diesen gegen ein Pressfit-Implantat auszutauschen,

wenn keine hinreichende Festigkeit erreicht wird. **Priv.-Doz. Dr. Matthias Gebauer** schloss die Sitzung mit seiner Darstellung der Revision von zementierten Langschäften. Er hob die guten Erfahrungen der Endoklinik mit der Impaction-Graft-Technik beim aseptischen Wechsel hervor, empfahl aber überwiegend den zementiert-zu-zementiert-Wechsel.

Zusammenfassend konnten vielseitige und hoch interessante Aspekte der Endoprothetik beim älteren Patienten praxisnah besprochen werden. Mit dem Wissen über die guten Langzeitresultate bekannter Prothesenkomponenten lassen sich für die älteren Patienten hervorragende Standzeiten erzielen. Neben den Wechselproblemen werden für dieses Patientenkontingent wenig traumatische Zugänge und risikoarme Operationstechniken mit schnellem Funktionsgewinn zunehmend eine Rolle spielen.

Wir möchten uns bei allen Vorsitzenden und Referenten für ihr großes Engagement bedanken. Weiterhin bei der Kongressorganisation, Bettina Oberberger und Claudia Wassermann, sowie bei den Ausstellern der Industrie. Neben der angeregten fachlichen Diskussion bot der 7. AE-ComGen-Kongress in diesem Jahr wieder ein großes Potential der Kontaktpflege sowie ein gutes Forum für die weitere Karriere. Trotz unübersehbarer Fortbildungen für den Orthopäden und Unfallchirurgen ist das ComGen-Konzept in der deutschen Fortbildungslandschaft einmalig. Es lebt von dem Engagement seiner Mitglieder und diskussionsfreudigen Teilnehmer. Dem scheidenden Präsidenten, Professor Carsten Perka, möchten wir an dieser Stelle für seine unermüdliche Arbeit, seine spannenden Vorträge und kritischen Diskussionsanregungen herzlich danken!

Priv.-Doz. Dr. Jens Richter
Dr. Diethelm Träger

Wir bedanken uns bei unseren Partnern für Ihre Unterstützung:

AESCULAP®
Aesculap – a B. Braun company.

 **Bayer HealthCare**
Bayer Vital

 **Boehringer Ingelheim**

CeramTec
THE CERAMIC EXPERTS

LINK® 

ORMED.DJO


www.PETER-BREHM.de
Die Präzision in Titan
für den Menschen

RESORBA®
WUNDVERSORGUNG

 **zimmer**
Confidence in your hands®

Neues Kursformat

AE-Kurs Hüfte: Klinische Studien – Update 2010, 11.–12. Juni 2010, Dresden

Die zukünftige Steuerung des Gesundheitswesens wird vor dem Hintergrund zunehmend problematischer Finanzierungsmodelle immer härter an Kriterien der Effektivität und Effizienz der eingesetzten Ressourcen ausgerichtet werden. Für die anstehenden Entscheidungs- und Diskussionsprozesse sind wir Ärzte nur bedingt gerüstet, da die bisherige Ausbildung im Medizinstudium wie auch die anschließende Facharzt-Weiterbildung auf die Vermittlung methodisch-wissenschaftlicher Kenntnisse traditionell noch wenig Wert gelegt hat. Gerade in den operativen Fächern ergibt sich daraus nun eine Herausforderung von enormer Bedeutung: Wenn wir selbst an strategischen Entscheidungsprozessen auch zukünftig beteiligt bleiben wollen, müssen wir über hervorragende Kenntnisse in der Durchführung und Bewertung von wissenschaftlichen Studien verfügen. Neben der Identifikation relevanter Fragestellungen ist dies vor allem die Kenntnis unterschiedlicher methodischer Forschungsansätze und die daraus resultierende Gestaltung sinnvoller Studiendesigns.

Die AE hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, im Rahmen ihrer umfassenden Fort- und Weiterbildungsaktivitäten die Vermittlung methodisch-wissenschaftlicher Kenntnisse und insbesondere die daraus resultierende Befähigung zur Durchführung klinischer Studien noch mehr in den Vordergrund zu rücken. Aus diesem Grund haben wir erstmals gemeinsam mit dem Institut für Forschung in der operativen Medizin der Universität Witten-Herdecke einen Kurs zur Vermittlung bzw. Vertiefung entsprechender Inhalte der evidenzbasierten Medizin angeboten. Neben Plenumsvorträgen wurde ein substantieller Teil des Programms in Gruppenarbeit gestaltet.

Auch im kommenden Jahr wird die AE Fort- und Weiterbildungskurse über die korrekte und sinnvolle Durchführung wissenschaftlicher Studien und deren Bewertung anbieten – wichtiges Rüstzeug für die Zukunft.

Prof. Dr. Klaus-Peter Günther
Prof. Dr. Carsten Perka



Die wissenschaftlichen Leiter des Update-Kurses (Prof. Dr. Carsten Perka, Prof. Dr. Edmund Neugebauer, Prof. Dr. Klaus-Peter Günther) mit einigen Referenten (Priv.-Doz. Dr. Peter Biberthaler, Prof. Dr. Joachim Hassenpflug) und den Teilnehmern im Bild unten



Knieendoprothetik im Fokus

AE-Kongress, 3.–4. Dezember 2010, Regensburg

Unter dem Motto „Realität und Limit“ widmet sich der diesjährige AE-Kongress umfassend der Knieendoprothetik. Die Tagung findet am 3. und 4. Dezember in der Universität Regensburg statt. Wissenschaftliche Leiter sind Prof. Dr. Rainer H. Neugebauer (Regensburg) und Prof. Dr. Rudolf Ascherl (Chemnitz).

Von der unikondylären über die bikondyläre Knieendoprothese, die Knie-TEP und die Revisionsendoprothese, über aseptische Lockerungen bis zum Protheseninfekt wird der Kongress alle wichtigen Themen rund um die Endoprothetik am Kniegelenk behandeln. Zudem soll er den Teilnehmern einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Primär- und Revisionsendoprothetik verschaffen, über Weiter- und Neuentwicklungen von Operationstechniken, Implantaten und Werkstoffen. Die Kongressthemen werden zu einem großen Teil in interaktiven Vorträgen und Diskussionen vorgestellt und diskutiert. Außerdem finden mehrere Workshops statt.



Selbstverständlich ist auch ausreichend Zeit für den fachlichen Austausch und die Interaktion mit den Referenten vorgesehen. Zu der Veranstaltung eingeladen sind alle an der Endoprothetik interessierten Klinikärzte, Orthopäden, Unfallchirurgen und Hausärzte. Die AE würde sich sehr darüber freuen, eine große Zahl von Kollegen in der historischen Stadt Regensburg begrüßen zu können. Die Teilnehmer erwartet eine spannende, hochinformativ Veranstaltung, die von der Landesärztekammer Bayern mit 12 Fortbildungspunkten zertifiziert ist.

Neues aus dem AE-Industriebeirat

Stand und Perspektiven eines deutschen Endoprothesenregisters aus Sicht der Industrie

Die Implantation von Endoprothesen zählt heute zu den Routineoperationen. 2009 erhielten in Deutschland rund 209.000 Menschen ein neues Hüft- und rund 175.000 Menschen ein neues Kniegelenk.

Auf den bedeutenden Therapiefortschritt bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken hat die Krankenkasse BARMER GEK in ihrem Report „Krankenhaus 2010“ hingewiesen. Die Studie belegt, dass die Versorgungssituation im Bereich der Endoprothetik auf einem qualitativ hohem Niveau ist. Die Zahl der Implantationen von Hüft- und Kniegelenken ist in den letzten sieben Jahren gestiegen, was überwiegend auf die demografische Entwicklung zurückzuführen ist. Gleichzeitig hat sich die Verweildauer der Patienten in der Klinik nach einer Implantation deutlich verringert. Dies ist auch das Ergebnis der Weiterentwicklung und Verbesserung der Endoprothesen und neuer Operationstechniken, die es ermöglichen, Patienten schonender zu operieren.

Gleichwohl gab es in der jüngsten Vergangenheit zunehmend kritische Medienberichte zu Fehlschlägen und Problemen in der Endoprothetik. Aber: Eine umfassende und vor allem objektive Analyse der tatsächlichen Ergebnisqualität der Endoprothetik durch ein entsprechendes Register ist bisher in Deutschland nicht verfügbar. Bisherige Qualitätssicherungsmaßnahmen betrachten nur den Zeitraum bis zur Klinikentlassung. Routinedaten der Kostenträger lassen keinen Rückschluss auf relevante Parameter, wie zum Beispiel Art und Implantationstechnik der Prothesen, zu.

„Gut ist nicht gut, wo Besseres erwartet wird.“

Die im Industriebeirat der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) aktiven Hersteller von Hüft- und Knieimplantaten unterstützen deshalb die schnelle Einrichtung eines deutschen Endoprothesenregisters als weiteren Baustein zur Sicherstellung und Optimierung der Qualität der Patientenversorgung. Man erwartet sich vor allem valide

Aussagen über die Ergebnisqualität von Operationstechniken und modernen wie traditionellen Endoprothesenkonzepten. Nur wenn die objektiven Faktoren für eine erfolgreiche Endoprothesenbehandlung bekannt sind, lassen sich Behandlungsstandards gezielt optimieren, Implantate und Instrumente verbessern und letztendlich die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten senken. Gerade die Lebensdauer und Qualität der eigenen Medizinprodukte (post-market-surveillance), aber auch das Aufdecken von Innovationspotentialen stehen für die Mitglieder des AE-Industriebeirats besonders im Fokus.

„Wieder und wieder bitte ich: Non multa sed multum. Weniger Zahlen, aber gescheitere.“ (Lenin)

Für die Einrichtung eines Endoprothesenregisters ist die Zusammenführung von drei unterschiedlichen Datensätzen erforderlich: die Routinedaten der Krankenhäuser, die pseudonymisierten Patientendaten der Krankenkassen sowie die Produktdaten der Implantatshersteller. Die Unternehmen des AE-Industriebeirates stellen sich in ihrer Eigenschaft als BVMed-Mitgliedsunternehmen ihrer Verantwortung und sind bereit, die erforderlichen Herstellerdaten zur Verfügung zu stellen, den Aufbau der Implantate-Referenzdatenbank inhaltlich zu begleiten und anteilig mit den beteiligten Partnern (mit)zufinanzieren.

Wesentliche Grundlage für den Erfolg eines Registers ist aus Sicht des AE-Industriebeirats, dass es sich insgesamt um ein unabhängiges Register handelt und die ausgewerteten Daten durch die Sicherstellung der Neutralität eine entsprechende Aussagekraft haben. Daher ist die Zusammenführung der Daten, das Betreiben und die Auswertung des Endoprothesenregisters von den anderen Beteiligten zu finanzieren. Gerade der DGOU, und mit ihr der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik als neuer Sektion, kommt dabei eine zentrale Funktion zu – schließlich sind die Orthopäden/Unfall-

chirurgen diejenigen, die einerseits dokumentieren und damit die Hauptlast tragen, andererseits aber auch neue Ergebnisse und Erkenntnisse umsetzen müssen.

„Think global – act local“

Schon heute gibt es in 19 Ländern, darunter Schweden und Australien, Endoprothesenregister, die in der Regel von den nationalen orthopädischen Fachgesellschaften verwaltet und über die Regierung, in Ausnahmefällen zusätzlich von den Fachgesellschaften, finanziert werden. In einigen Ländern ist die Beteiligung der Ärzte, resp. der Kliniken, bei der Datenerfassung an den Registern verpflichtend, da eine flächendeckende Dokumentation für den Erfolg des Registers unabdingbar erscheint (Tabelle 1).

Register	Verwaltung	Finanzierung
Australien	G	R
Dänemark, Hüfte	G	R
Dänemark, Knie	G	R
England/Wales	R	Aufschlag
Finnland	R	R
Kanada	R	R
Neuseeland	G	G, R
Norwegen	G	R
Rumänien	G	R
Schweden, Knie	G	R
Schweden, Hüfte	G	R
Schweden, Ellenbogen	G	G
Schweden, Schulter	G	G, R
Schweiz	G	G (fehlt z. Z.)
Slowakei	G	R

Der Industriebeirat der AE ist überzeugt, dass ein nationales Endoprothesenregister nicht nur für die Medizin und die Kostenträger, sondern auch für die forschende

Kompakt-Kurs Thromboseprophylaxe in München, 29. Januar 2010: Das neue Format der Kompakt-Kurse erfreut sich bereits jetzt großer Resonanz. Darüber freuten sich in München die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Robert Hube (links) und Prof. Dr. Ulrich Stöckle.



AE-Masterkurs Hüfte in Hamburg, 7.-8. Mai 2010: Die wissenschaftlichen Leiter waren die Hansestädter Dr. Wolfgang Klauser, Prof. Dr. Thorsten Gehrke, Prof. Dr. Wolfgang Rüter, Dr. Götz von Foerster (v.l.).

AE-Forum in Stuttgart, 9.-10. Juli 2010: Dr. Christine Seyfert und Prof. Dr. Christoph H. Lohmann (Bild oben), Prof. Dr. Wolfhart Puhl und Prof. Dr. Heiko Reichel (Bild unten, v.l.)



Implantateindustrie ein wichtiges Zusatzinstrument zur Qualitätssicherung der jeweiligen Technologie ist und über ein großes Nutzenpotential hinsichtlich der Verlängerung der Überlebensrate von Implantaten – zum Wohle der Patienten – verfügt.

Schon Johann Wolfgang von Goethe hat einmal gesagt: „Prüfet alles, und das Beste behaltet.“ Diesem Ziel fühlt sich der AE-Industriebeirat bei der Etablierung eines nationalen Endoprothesenregisters nachhaltig verpflichtet.

gez. Dipl.-Kfm. Marc D. Michel
Sprecher des Fachbereichs „Endoprothetik-Implantate“ (FBEI) im BVMed,
Mitglied des AE-Industriebeirats



Bild oben: Neben drei wissenschaftlichen Leitern auf dem Podium: Prof. Dr. Rudolf Ascherl (2. v. l.) und Prof. Dr. Carsten Perka (3. v. l.)

Bild links: Zwei Referenten in der Kaffeepause: Priv.-Doz. Dr. Andreas Niemeier und Prof. Dr. Bernd Fink (v.l.)

	Verpflichtende Teilnahme	Überregionale Identifikation	Patienteneinwilligung
	Nein	Ja	Nein
	Ja	Ja	Nein
	Ja	Ja	Ja
	Ja	Ja	Ja
	Ja	Ja	Nein
	Nein	Ja	Ja
	Nein	Ja	Ja
	Nein	Ja	Ja
	Nein	Ja	Nein
	Nein	Ja	Nein
	Nein	Ja	Nein
	Nein	Ja	Nein
	Nein	Nein	Nein
	Ja	Ja	Nein

Tabelle 1: Angaben zur Organisation der Gelenkendoprothesenregister

Quelle: Gorenai, V. et al. (2009); Gelenkendoprothesenregister für Deutschland, HTA-Bericht 92; DIMDI, Köln

Rückblicke



AE-Forum „Experts meet Experts“, Stuttgart, 9.–10. Juli 2010:
Dr. Christian Kaddick, Prof. Dr. Raimund Forst, Prof. Dr. Rudolf Ascherl



AE-Masterkurs Knie in Berlin, 2.–3. Juli 2010:
Die Referenten Prof. Dr. Volker Ewerbeck, Dr. Michael Clarius, Dr. Wilhelm Baur (rechts) mit einem Teilnehmer (Bild oben, v.l.)

Sie hatten zusammen mit Prof. Dr. Christoph H. Lohmann die wissenschaftliche Leitung: Priv.-Doz. Dr. Andreas Halder und Prof. Dr. Wolfgang Noack (Bild links, v.l.)

AE-Masterkurs Hüfte in Bonn, 14.–16. April 2010:
Die Gastgeber und wissenschaftlichen Leiter des Masterkurses Hüfte in Bonn: Prof. Dr. Dieter Wirtz und Dr. Holger Haas (v.l.)



AE-Dreiländerkurs Knie in Kitzbühel, 26.–28. August 2010: Prof. Dr. Peter Ritschl, Prof. Dr. Carsten Perka, Dr. Reinhard Windhager (Bild oben, v.l.)
Dr. Alois Franz, Prof. Dr. Nikolaus Böhler mit zwei Kursteilnehmern (Bild unten v.l.)



AE-Schulterkurs in Stuttgart, 9.–10. Juli 2010: Kursteilnehmer in der Industrieausstellung (Bild oben),

Dr. Thomas Ambacher zeigt wie's geht (Bild unten)



Boehringer Ingelheim ist ein „Global Player“ mit deutschen Wurzeln



Pradaxa®: Werte schaffen durch Innovation

Mit der europaweiten Zulassung von Pradaxa® zur Prophylaxe venöser Thromboembolien nach elektivem Knie- und Hüftgelenkersatz 2008 ist Bewegung in die orale Antikoagulation gekommen. Der innovative orale direkte Thrombininhibitor Dabigatranetexilat stammt aus der Forschung und Entwicklung von Boehringer Ingelheim.

Effektiv und leitliniengerecht antikoagulieren

Zwei Jahre nach der Zulassung des ersten neuen oralen Antikoagulans in Deutschland hat die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) den S3-Leitlinien zur „Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)“ ein Addendum hinzugefügt und damit auch Dabigatranetexilat in die Empfehlungen aufgenommen.

Die Primärprophylaxe mit Dabigatranetexilat bietet durch den gezielten Zugriff an der Schlüsselstelle Thrombin einen effektiven Schutz vor Thromboembolien, bei niedrigem Blutungsrisiko.

Die jüngst auf der Jahrestagung der European Hematology Association vorgestellten Daten der RE-NOVATE® II-Studie belegen erneut, dass Dabigatranetexilat 220 mg einmal täglich genau so wirksam und sicher ist wie Enoxaparin 40 mg in der Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) nach einer Hüftgelenkersatz-Operation.

Services und Fortbildung für Orthopäden und Patienten

Neben der Bereitstellung eines innovativen Antikoagulans bietet Boehringer Ingelheim orthopädischen Chirurgen eine Vielzahl von Services. Speziell für Patienten hat das Unternehmen die Internetseiten www.neues-kniegelenk.de und www.neues-hueftgelenk.de entwickelt. Hier finden sich Services wie eine Checkliste für die OP, Tipps zur Wahl der richtigen Klinik und ein Glossar, in dem medizinische Fachbegriffe erklärt werden. Die kostenlose Patientenbroschüre „Neues Knie, Neue Hüfte: Alles, was Sie dazu wissen sollten“ kann über den Broschürenservice des Fachportals www.pradaxa.de bezogen oder per Post, E-Mail und Telefon über das Kundenservice-Center von Boehringer Ingelheim angefordert werden.



Kapsel statt Spritze:
Innovation im Sinne
des Patienten

Aus Tradition wird Innovation



Unter dem Credo „Repair and Regenerate“ bietet RESORBA heute innovative Lösungen für aktuelle chirurgische Behandlungsprobleme an.

Einen besonderen Stellenwert hat – seit Einführung des ersten equinen Kollagen-Gentamicin-Schwammes GENTA-COLL® resorb im Jahr 2001 – die stetige Erweiterung des Portfolios für Orthopädie und Traumatologie im Bereich resorbierbarer Implantate auf equiner Kollagenbasis. Die unterschiedlichen Darreichungen von GENTA-COLL® resorb werden in der Endoprothetik zum einen prophylaktisch bereits bei der Erstimplantation eingesetzt, zum anderen auch als Adjuvans nach chirurgischem Debridement bei Revisionseingriffen.

Erwähnenswert ist, weil nicht mehr selbstverständlich, dass alle Kollagenprodukte am Sitz in Nürnberg gefertigt werden.

Ganz neu und aktuell im Fokus ist GENTA-FOIL resorb®, eine einzigartige Kollagen-Gentamicin-Folie mit idealen Voraussetzungen für die Anwendung in der Handchirurgie:

- temporäre Barrierefunktion und Adhäsionsprophylaxe
- antibiotischer Schutz
- Förderung der Geweberegeneration

Die hohe Biokompatibilität von GENTA-FOIL resorb® gewährleistet einen entzündungsfreien und sekretionslosen Abbau. Dies sichert das chirurgische Ergebnis und hat einen positiven Einfluss auf Funktion und Ästhetik. RESORBA ist in über 30 Ländern, zum Teil durch eigene Tochtergesellschaften, erfolgreich tätig. Dabei liegt das besondere Augenmerk, neben der Produktvermarktung, auf Serviceleistung und Weiterentwicklung. Basis

aller Entwicklungen ist die langfristige Zusammenarbeit mit klinischen und universitären Einrichtungen im Rahmen von Forschungs- und Entwicklungsprojekten, so zum Beispiel in den Bereichen Knochenregeneration und Tissue Engineering, wie auch die partnerschaftliche Kooperation mit den klinischen Anwendern, die eine schnelle und direkte Kommunikation ermöglicht.

Um dieses wissenschaftliche Engagement zu intensivieren und um die zukünftigen Herausforderungen bewältigen zu können, investiert RESORBA entgegen dem Trend nicht nur personell in den Ausbau von Forschung und Entwicklung.

„Unsere Forschungsinvestitionen sind vergleichbar mit prophylaktischen Gesundheitsmaßnahmen: Strategisch planbare Kosten akzeptieren, um später einen Nutzen zu gewinnen“, so Christian Huber, Geschäftsführer der RESORBA in Nürnberg.



GENTA-FOIL resorb®,
die equine Kollagen-
Gentamicin-Folie für
die Handchirurgie,
ist das neueste Pro-
dukt der fränkischen
Kollagen-Experten.

Neue ComGen-Mitglieder (Wahl am 24.6.2010)



Priv.-Doz. Dr. med. Peter Helwig
Oberarzt
Universitätsklinikum
Freiburg



Priv.-Doz. Dr. med. Daniel Kendoff
Oberarzt
ENDO-Klinik
Hamburg GmbH



Priv.-Doz. Dr. med. habil. Raphael Kühle
Leitender Oberarzt
Universitätsmedizin der
Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz



Dr. med. Gerold Labek
Oberarzt
Universitätsklinik
für Orthopädie
Medizinische Univer-
sität, Innsbruck



Priv.-Doz. Dr. med. Christian Lüring
Oberarzt
ASKLEPIOS Klinikum
Bad Abbach GmbH
Regensburg



Dr. med. Farhad Mazoochian
Oberarzt, Leiter des En-
doprothetikteams Ortho
Ludwig-Maximilians-
Universität München



Dr. med. Dietmar Müller
Leitender Oberarzt
Städtisches Klinikum
Lüneburg gGmbH



Priv.-Doz. Dr. med. Andreas C. Niemeier
Oberarzt
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Priv.-Doz. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser
Leitender Oberarzt
Stellv. Klinikdirektor
Charité Universitätsme-
dizin Campus Virchow-
Klinikum, Berlin



Dr. med. Klaus Ulrich Schlüter-Brust
Oberarzt
Klinikum der Universität
zu Köln (AöR)



Dr. med. Bernd Schwantes
Leitender Oberarzt
Gelenkchirurgie
ENDO-Klinik
Hamburg GmbH



Dr. med. Wolfram Steens
Leitender Oberarzt
Paracelsus-Klinik
Marl



Dr. med. Dirk Wernerus
Oberarzt
RKU-Universitäts- und
Rehabilitationskliniken
Ulm gGmbH

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:
LoopKomm Infomarketing GmbH,
0761/4882791, mail@loopkomm.de

AE-Terminübersicht 2010

- 23. Oktober**
ComGen OP-Personalkurs, Bad Abbach
- 10.–13. November**
AE-Kurs und Masterkurs Knie, Ofterschwang
- 17. November**
AE-Kompaktkurs Thrombose und Embolie, München
- 19. November**
AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik,
Dresden
- 26. November**
ComGen OP-Personalkurs, Kremen-Sommerfeld
- 03.–04. Dezember**
12. AE-Kongress, Regensburg
Kniendoprothetik: Realität und Limit
- 10. Dezember**
OP-Personalkurs, Reutlingen

AE-Terminübersicht 2011

- 30. März–02. April**
AE-Kurs und AE-Masterkurs Hüfte, Ofterschwang
- 15.–16. April**
AE-Kurs Knie, Berlin
- 06.–07. Mai**
AE-Masterkurs Knie, Düsseldorf
- 24.–25. Juni**
8. AE-ComGen Kongress, Göttingen
- 01.–02. Juli**
AE-Kurs „Evidenz in der Endoprothetik“,
Berlin-Zeuthen
(als Ergänzung zu diesem Kurs möchten wir
auf den Kurs „Von der Idee zur Publikation“,
10.–12. März in Köln, hinweisen)
- 08.–09. Juli**
AE-Schulterkurs, Stuttgart
- 02.–03. September**
AE-Revisionskurs Hüfte, Dresden
- 09.–10. September**
AE-Masterkurs Knie, Hamburg
- 07.–08. Oktober**
AE-Masterkurs Hüfte, Bonn
- 09.–12. November**
AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie, Ofterschwang
- 17.–19. November**
AE-Basiskurs Hüfte, München
- 02.–03. Dezember**
13. AE-Kongress Hüfte, Berlin

2011 werden außerdem folgende Kurse stattfinden:

- AE-Kurs Hand- und Ellenbogen
- AE-Dreiländerkurs Österreich
- AE-Dreiländerkurs Schweiz

Des Weiteren sind mehrere eintägige Kompaktkurse zu speziellen Themen sowie ca. 6 AE-ComGen-OP-Personalkurse in Deutschland geplant.

Weitere Informationen finden Sie fortlaufend auf der Website der AE: www.ae-germany.com

Änderungen vorbehalten!