NEWS

Ausgabe 1/2017

Die Mitgliederzeitung der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

Liebe Mitglieder der AE, sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik hat ihre erfolgreiche Arbeit auch im Jahr ihres 20-jährigen Jubiläums fortgesetzt. 2016 haben wir 32 Veranstaltungen mit insgesamt 2100 Teilnehmern durchgeführt. Im laufenden Jahr wird die Zahl der Veranstaltungen inklusive der neuen Kursformate auf 41 steigen, damit ist aber erst einmal eine Grenze erreicht. Auch die Zahl der Mitglieder ist im Jubiläumsjahr 2016 auf über 700 gestiegen.

Beim Gesundheitspolitischen Symposium „Patientenversorgung durch Endoprothetik – Analyse eines Gruppenerfolges" in Berlin aus Anlass des zwanzigjährigen Bestehens der AE wurden die Entwicklungen der vergangenen 20 Jahre analysiert, bewertet und Optimierungsmöglichkeiten besprochen. Einen Bericht finden Sie in diesem Heft, Videosequenzen der einzelnen Referate und Fotos sind auf der AE-Website hinterlegt. Der AE-Jubiläumskongress, der am folgenden Tag begann, hatte erstmals über 500 Teilnehmer. Den Organisatoren beider Veranstaltungen sei an dieser Stelle auch nochmal herzlich für die hervorragende Organisation gedankt.

Auf der Mitgliederversammlung wurde das Präsidium neu gewählt. Prof. Dr. Henning Windhagen übernahm das Amt des Präsidenten für das Jahr 2017. Prof. Dr. Florian Gebhard wurde erster Vizepräsident, beide satzungsgemäß ohne Wahl. Prof. Dr. Carsten Perka wurde in das Amt des Past-Präsidenten übernommen. Prof. Dr. Rudi Ascherl wurde als Gründungsmitglied der AE mit hohem Stimmenanteil zum zweiten Vizepräsidenten gewählt. Des weiteren wurde Prof. Dr. Karl-Dieter Heller als Generalsekretär ebenfalls mit großer Zustimmung für zwei weitere Jahre im Amt bestätigt. Als Mitglieder des Präsidiums wurden Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner und Prof. Dr. Dominik Parsch

Fortsetzung auf Seite 2

Erfolgsmodell im Interessengeflecht

20 JAHRE AE 2016 1996

Gesundheitspolitisches Symposium: Patientenversorgung durch Endoprothetik – Analyse eines Gruppenerfolgs Berlin, 8. Dezember 2016

Der künstliche Gelenkersatz ist ein Schwergewicht im Gesundheitssystem. Viele Interessen und Akteure nehmen Einfluss, zahlreiche, auch nichtmedizinische Entwicklungen haben entscheidende Auswirkungen auf ihn. Auf dem Gesundheitspolitischen Symposium, das am Vortag des Jubiläumskongresses abgehalten wurde, beleuchteten die Referenten die Rahmenbedingungen, zeigten wichtige Trends auf und warfen einige Blicke in die Zukunft.

Mit einem kurzen Rückblick auf zwanzig Jahre AE und einem Appell an die Kollegen, Einigkeit zu zeigen, eröffnete Prof. Dr. Wolfhart Puhl das Symposium. Er hatte das Symposium in der historischen Kulisse der Alten Kommandantur, heute die Repräsentanz von Bertelsmann in Berlin, initiiert und zusammen mit Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Bernd Kladny und Dr. Johannes Flechtenmacher dazu eingeladen. Die Veranstaltung solle keineswegs der Propaganda in eigener Sache dienen, betonte er, doch gebe es viele wichtige aktuelle Themen von großer Relevanz für das Fachgebiet, die es im Austausch mit Politik und Öffentlichkeit zu besprechen gelte.

Podiumsdiskussion mit fast allen Referenten (v.l.n.r.): Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Dietrich Monstadt (MdB), Prof. Dr. Volker Ewerbeck, Dr. Stefan Etgeton (Bertelsmann Stiftung), Dr. Johannes Flechtenmacher (BVOU), Dr. Werner Bartens (Süddeutsche Zeitung), Prof. Dr. Ulrich Liener, Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (Industriebeirat der AE)

Fortsetzung auf Seite 2

Ankündigungen

Kongress
„Qualitäts- und Sicherheitsinitiative Endoprothetik 2017" AE/BVMed

9.–10. November 2017, Frankfurt a.M.

19. AE-Kongress
„Endoprothetik zwischen Mechanik und Biologie"

1.–2. Dezember 2017, Hamburg

AE-Mitgliederversammlung 30.11., 17:00 Uhr

Fortsetzung von Seite 1

wiedergewählt, Prof. Dr. Peter Biberthaler wurde als Schatzmeister wiedergewählt. In einer Stichwahl behaupteten sich Prof. Dr. Dieter C. Wirtz und Prof. Dr. Maximilian Rudert als weitere Präsidiumsmitglieder.

Wie schon im letzten Jahr wurden seitens der AE Handlungsempfehlungen herausgegeben, die auf der Website zu finden sind und künftig auch in der ZfOU publiziert werden. Die AE beteiligt sich federführend an der Formulierung der Leitlinie „Periprothetischer Infekt" der DGOU.

Die Neuauflage der derzeit ausverkauften AE-Manuale Hüfte, Knie und Schulter soll in einer aktualisierten Fassung ab 2018 zur Verfügung stehen.

Auch in diesem Jahr wird der AE-Preis sowohl für klinische als auch für wissenschaftliche Leistungen im Bereich Endoprothetik zusammen mit der Stiftung Endoprothetik vergeben. Neu eingeführt wird ein AE-Filmpreis für audiovisuelle Beiträge im Bereich der Endoprothetik, die auch in den AE-Fort- und Weiterbildungen eingesetzt werden sollen. Beide Ausschreibungen finden Sie in diesem Heft, ebenso wie die Ausschreibungen zu den neuen AE-Klinik-Hospitationen. CIRS ist nun definitiv eingeführt, die Anleitung finden Sie in dieser Ausgabe.

Seit der letzten Präsidiumssitzung ist die AE Mitglied im OrthoLoad Club, über den Sie sich in diesem Heft informieren können.

Am 23. Juni 2017 fand im Rahmen des NOUV-Kongresses in Dortmund das AE-Forum „Experts meet Experts: Sind Ökonomie und Qualität vereinbar?" statt. Einen Bericht finden Sie in diesem Heft. Das 14. ComGen-Symposium in Hannover (30. Juni bis 1. Juli) war Innovationen und neuen Technologien in Orthopädie und Unfallchirurgie gewidmet und wurde unter anderem mit Live-Surgery-Sessions gestaltet.

Am 9. und 10. November wird der dritte Kongress „Qualitäts- und Sicherheitsinitiative Endoprothetik" in Frankfurt stattfinden. Dieser Kongress bietet, ebenso wie das AE-Forum, die Möglichkeit des Austausches zwischen Industrie und Medizinern.

Traditionell werden wir auch in diesem Jahr auf dem DKOU viele wichtige Sitzungen organisieren. In die AE-Lounge, die Ihnen ebenfalls wieder zur Verfügung steht, möchten wir Sie herzlich einladen. Der 19. AE-Kongress (Hamburg, 1.–2. Dezember 2017) beschäftigt sich mit dem Thema „Endoprothetik zwischen Mechanik und Biologie". Die Mitgliederversammlung, auf die wir jetzt schon hinweisen möchten, beginnt am Vorabend (30. November 2017) um 17 Uhr.

Die AE ist nach wie vor beim EPRD stark eingebunden und pflegt eine gute Zusammenarbeit mit Endocert. An dieser Stelle auch nochmal Dank an Dr. Holger Haas und Prof. Dr. Volkmar Jansson für die stets gute Zusammenarbeit. In einem Treffen bei Advice Partners wurde eine gemeinsame Imagekampagne mit EPRD und Endocert geplant. Des weiteren wird seitens der AE die Pressearbeit mit Thieme weiter fortgesetzt. Die AE ist weiterhin im Rahmen der DGOU gefragter Ansprechpartner für die Endoprothetik. Wir haben zahlreiche Anfragen beantwortet und auch Pressetermine und Fernsehauftritte wahrgenommen, zum Beispiel bei „Plusminus" oder „Fakt".

In diesem Jahr war die AE als Vertreterin der deutschen Endoprothetik verantwortlich für den Endoprothetischen Tag auf dem Kongress der Chinese Association for Orthopaedic Surgery (CAOS). Darüber finden Sie auch einen Beitrag in diesem Newsletter. Unsere Abgesandten haben dort unter großem Anklang einen Tag über Primär- und Revisionsendoprothetik an Knie- und Hüftgelenk referiert. Die Chinesen sind, insbesondere was die Ausbildung angeht, an einer Zusammenarbeit mit der AE höchst interessiert – so die Aussage ihres Präsidenten Prof. Dr. Yan Wang.

Die AE bringt sich intensiv als Sektion der DGOU in Fragen der Endoprothetik in die politische Diskussion und in die Gremienarbeit ein. Insbesondere die Personalunion von AE-Generalsekretär, Vorsitzendem des VLOU und Vizepräsident des BVOU stärkt das berufspolitische Engagement. Zurzeit ist die Umsetzung des Krankenhausstrukturgesetzes in vollem Gang. Die Mindestmengenregelung für die Knieendoprothetik wird wieder diskutiert und wird möglicherweise auch auf Schlitten und Revisionen ausgedehnt. Dazu finden Sitzungen im GBA statt. AOK, GBA und ähnliche Institutionen zeigen höchstes Interesse an einer Mindestmengenregelung für die Hüftendoprothetik. Presse, Funk und Fernsehen sind an die AE herangetreten, um unsere Meinung zu hören. Diese Frage ist aus unserer Sicht dank Endocert hervorragend geregelt. Eine entsprechende Umsetzung tut not, wobei man sich zurückhalten sollte, nach politi-

Fortsetzung auf S. 4

Fortsetzung von Seite 1

Politik und Ökonomie

Prof. Dr. Volker Ewerbeck machte einen gewissen Widerspruch zwischen dem positiv formulierten Titel des Symposiums und dem „subdepressiven Grundton" im vorgegebenen Thema seines Vortrages aus: Der Arzt im Zentrum der Patientenversorgung – Fakt oder Wunschtraum? Und tatsächlich kam er in seiner Analyse der gegenwärtigen Lage im Gesundheitswesen zum Schluss, dass die zentrale Position des Arztes vielfältig bedroht werde, obwohl sie doch von Gesetz, Berufsordnung und natürlicher Zuständigkeit eigentlich vorgegeben sei. Politik, Kostenträger und Klinikmanager beanspruchten zunehmend mehr Einfluss auch auf medizinisch relevante Entscheidungen. „Wir sind in Gefahr, zu Erfüllungsgehilfen zu werden", stellte der Referent fest und postulierte: „Wir dürfen uns nicht durch eine rein ökonomische Orientierung des Gesundheitswesens aus unserer Position als Teamleader der Versorgung des einzelnen Patienten verdrängen lassen." Die Ärzte sollten zudem die Festlegung der Rahmenbedingungen, in der viele nichtmedizinische Akteure eine wichtige Rolle spielen, aktiv mitgestalten.

„Rettet die Medizin vor der Ökonomie", zitierte Prof. Dr. Karl-Dieter Heller zu Beginn seines Vortrages eine Schlagzeile der Süddeutschen Zeitung. Er verwies auf die Einschätzung des Ethikrats, der das deutsche Gesundheitswesen als fehlgeleitet und unterfinanziert bezeichnet. Dem allgemeinen Anspruch auf gute Medizin stehe die Realität eines ökonomischen Primats entgegen. „Jede Klinik hat heute ein Medizincontrolling, das medizinisch relevante Vorgaben macht." Das DRG-System in Deutschland sei nicht nur in seinem Urmotiv der Kostensenkung gescheitert, es führe auch zu absurden Entwicklungen, etwa bei der sinkenden Vergütung in der Hüftendoprothetik. Würde sich die Preisspirale nach unten ungebremst weiterdrehen, seien gerade die hochspezialisierten Kliniken, die durch die DRG doch gefördert werden sollten, zum Tode verurteilt. Neben diesen zählt er die Patienten, die Klinikmitarbeiter und die Implantathersteller zu den Verlierern dieser Entwicklung.

Dietrich Monstadt (MdB, CDU) sprach in seiner Eigenschaft als Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag aus der Perspektive des Gesundheitspolitikers. Er hob die im internationalen Vergleich hervorragende

Beim Pausengespräch: Helmut D. Link, Norbert Ostwald, AE-Generalsekretär Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und – hier noch designierter – AE-Präsident Prof. Dr. Henning Windhagen (v.l.n.r.)

Position des deutschen Gesundheitswesens im allgemeinen und in der endoprothetischen Versorgung im besonderen hervor. Die zunehmend evidenzorientierte Ausrichtung der Medizin sei auch von der Politik der vergangen Jahre unterstützt worden. Der Qualitätswettbewerb solle Anreize zu einer noch besseren Versorgung setzen. Dafür, so Monstadt, brauche man belastbare Kriterien. Der Einstieg in die qualitätsorientierte Vergütung sei vollzogen, die Verbindlichkeit der GBA-Vorgaben sei gestärkt worden. Er wies aber auch auf die Grenzen der Bundespolitik hin: Bei der Krankenhausplanung habe sich Berlin nicht gegen die Länder durchsetzen können. Der sachlich gebotene, von den meisten Fachleuten geforderte Ausschluss kleiner Kliniken von komplexen Versorgungsarten habe sich gegen die Länder nicht durchsetzen lassen. Er appellierte an alle Beteiligten des Gesundheitswesens, im Schulterschluss an der weiteren Steigerung der Versorgungsqualität zu arbeiten.

Patienten und Öffentlichkeit

Dr. Stefan Etgeton von der Bertelsmann-Stiftung sprach über die Veränderungen, welche die Digitalisierung für das Arzt-Patient-Verhältnis mit sich bringe. Er konstatierte, dass die Patienten im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten den Ärzten tendenziell voraus seien. Die online abgerufene Gesundheitsinformation sei längst Standard und sollte auch ärztlicherseits als sinnvolle Ergänzung zum Arztgespräch wahrgenommen werden. 36 Prozent der Nutzer solcher Information können sich nach ihrer Online-Recherche vorstellen, den bereits ausgewählten Anbieter zu wechseln und etwa die Wahl der Klinik zu überdenken. Die Patienten erwarten auch im Gesundheitswesen die Vernetzung der Datenströme, die sie aus ihrem Alltag in anderen Bereichen längst gewohnt sind, wollen aber die Hoheit über die eigenen Daten behalten. Auf ihrer Wunschliste stehen Fernverschreibung und Videokonsultation ganz oben.

Dr. Werner Bartens, Arzt und Medizinjournalist, fand einiges zu kritisieren: Die Medizin komme ihm oft vor wie ein ungezogenes Kind, das mit dem Unsinn erst aufhöre, wenn es auf die Finger bekommen habe. Er verwies auf die Feststellung des Patientenrates, dass überflüssige Medizin zu den größten Gefahren für die Patienten zählt. Zu den überflüssigsten Dingen in der Orthopädie in Deutschland zählt er die im internationalen Vergleich hohen Implantationszahlen der Endoprothetik, die nicht genügend kontrollierte Zulassung von Medizinprodukten und operative Behandlungsverfahren – er nannte das Beispiel Kyphoplastie –, die durchgeführt werden, obwohl die konservative Alternative erwiesenermaßen überlegen sei. Er kritisierte die hartnäckig fortbestehenden Mythen, dass Tun besser als Warten, neu besser als alt, technisch besser als manuell und teuer besser als billig sei. Er appellierte an die Ärzte, die Perspektive der Patienten einzunehmen und ihr Handeln streng evidenzbasiert auszurichten. „Mein Wunsch: Die Medizin soll endlich erwachsen werden."

Zwischen Mangel und Schwemme

Prof. Dr. Bernd Kladny setzte sich in seinem Vortrag mit einem „Mythos" auseinander: Seit der „Ärzteschwemme" von 1995 bis zum Ärztemangel von 2016 ist die Zahl

Fortsetzung von Seite 2

scher Regelung zu rufen, denn diese könnte uns später auf die Füße fallen. Wir empfehlen deshalb eine Mindestmenge auch im Bereich der Hüftendoprothetik entsprechend den Regeln von Endocert, ohne dies ausdrücklich zu fordern.

Zum Thema der qualitätsbezogenen Vergütung im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes sind weitere Sitzungen unter anderem beim IQTIQ anberaumt, über die aber Verschwiegenheit vereinbart wurde. Aus einer kürzlich veröffentlichten Pressemitteilung geht hervor, dass die Kassen nun legitimiert und willens sind, Qualitätsverträge mit einzelnen Kliniken für die Hüft- und Knieendoprothetik abzuschließen. Hier empfiehlt die AE natürlich insbesondere die Berücksichtigung ihrer Mitglieder und der EndoCert-Kliniken.

Über die DRG-Kürzungen haben wir bereits im vergangenen Heft ausführlich diskutiert. Sie greifen in diesem Jahr und belasten enorm. Insbesondere Kliniken mit hohen Fallzahlen werden hier bestraft. Prinzipiell wäre es sinnvoll, Kliniken mit kleinen Fallzahlen vom Netz zu nehmen, doch geschieht das Gegenteil. Wenn es sich bei diesen Hochfallzahl-Häusern auch noch um Fachkliniken handelt, die keine anderen aufgewerteten Bereiche wie innere Medizin oder Frauenheilkunde haben, dann ist die Entwicklung fatal. Wir sind dabei, intensive Gespräche mit Politik, DKG und Kassen zu führen, um weiteren Schaden zu verhindern. Insbesondere wollen wir erreichen, dass nicht auch noch die Knieendoprothetik aufgrund ihrer Mengenanfälligkeit ein ähnliches Schicksal erleidet. Die bereits jetzt über die DRG- und InEK-Kalkulation umgesetzte Reduktion der Knie-DRG reicht aus.

Seit Dr. Klaus Reinhart bei der Bundesärztekammer den Vorsitz des Ausschusses „Gebührenordnung" übernommen hat, ist die GOÄ-Diskussion nun offener und transparenter. Das heißt aber auch, dass viel mehr Kolleginnen und Kollegen dort mitdiskutieren wollen. Wir versuchen, in einer kleinen Gruppe die Interessen von Orthopädie und Unfallchirurgie zur Geltung zu bringen. Die Zeiten, die hier gefordert waren, haben wir mittlerweile geliefert. Dies war ein enormer zeitlicher Aufwand, da wir immerhin 900 von 5000 Ziffern haben und die Fristen immer sehr kurz sind. Zuletzt stand die Transkodierung von alter zu neuer GOÄ an, wieder mit einer relativ kurzen Frist. Nun werden wir sehen, wie die betriebswirtschaftliche Kalkulation für Orthopädie und Unfallchirurgie sich auswirkt. Die Gesamtsteigerung ist auf sechs Prozent limitiert, aber es wird sicher zu einer Umverteilung kommen, deren Ausmaß derzeit noch nicht abzusehen ist.

Abschließend gilt unser besonders herzlicher Dank erneut Andrea Trautwein, Bettina Protzer und dem Team der AE-Geschäftsstelle und AE-Kursorganisation. Außerdem danken wir den zahlreichen wissenschaftlichen Leitern und Referenten, die sich trotz knapper Ressourcen und zunehmender Kurszahlen mit großem Fachwissen und Enthusiasmus bei der AE engagieren. Viele von ihnen werden Sie auch auf den Seiten dieses Heftes zu sehen bekommen.

Viel Vergnügen beim Lesen dieser Ausgabe wünschen Ihnen

Prof. Dr. Henning Windhagen,
AE-Präsident

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller,
AE-Generalsekretär

der Ärzte in Deutschland um 33 Prozent gestiegen. Die üppige Gesamtzahl wird allerdings von einer Reihe von Faktoren relativiert: Ärzte in nichtärztlicher Tätigkeit, reduzierte Arbeitszeiten, zunehmende Teilzeitarbeit einschließlich Elternzeiten, tatsächlicher Mangel und starke Überalterung in bestimmten Fächern. In Orthopädie und Unfallchirurgie gebe es für die nächsten 10–20 Jahre genügend Ärzte. In mancher Beziehung sei das Fach anderen voraus, so etwa bei der Zentrumsbildung. Da mit der demographischen Entwicklung aber die Krankheitslast im Bereich des Bewegungsapparats steigen werde, geht Prof. Kladny von einem wachsenden Bedarf an Fachärzten in diesem Bereich aus. „Wir müssen das Fach für Frauen attraktiver machen", betonte er, „und auch für die anderen Prioritäten der Generation Y brauchen wir gute Antworten." Eine große Herausforderung bleibe die Weiterbildung, die das Fachwissen eines sehr breiten Fachgebiets bewältigen müsse. Eine zu frühe Superspezialisierung sei abzulehnen.

Die Kooperation zwischen Medizin und Industrie mit Blick auf die immer höheren Anforderungen an die Compliance war das

Fortsetzung von Seite 3

Thema des Vortrags von Prof. Dr. Knaebel, Vorstandsvorsitzender von Aesculap. Als einen guten „Navigator" zitierte er einen Ausspruch seiner Großmutter: „Es gibt Dinge, die tut man einfach nicht." Compliance sei keine Straßensperre, sondern eine Leitplanke. Ihre Grundsätze seien in seinem Unternehmen schon vor der Einführung der gesetzlichen Vorgaben im Wertesystem verankert gewesen. Die Herausforderung bestehe darin, ihnen auch im vom ökonomischen Druck geprägten Alltag treu zu bleiben, ohne die „für den Erfolg nötige Körperspannung zu verlieren". Prof. Knaebel rief dazu auf, die Balance in gemeinsamer Anstrengung zu finden. Einen guten Ansatz sieht er im Perspektivenwechsel bei der medizinisch-technischen Innovation. Der Fokus verschiebe sich auch für die Industrie vom Implantat zum Versorgungsprozess, zugleich würden die Interessen des Patienten zum wichtigsten Maßstab. Für diesen Wandel brauche es gute Ideen, und für diese wiederum den intensiven Austausch zwischen Medizin und Industrie. Mit einer ernsthaften Ausrichtung der jeweiligen Organisation an den Grundsätzen der Compliance, die auch nicht durch „kreative" Maßnahmen in Drittländern ausgehebelt werden dürften, lasse sich die Herausforderung bewältigen.

Versorgungslandschaft

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann wies in seiner Einleitung zum Vortrag von Prof. Dr. Liener darauf hin, dass die Alterstraumatologie sehr spezifische Anforderungen stelle. Interdisziplinäre Zentren, die auch über geriatrisches und internistisches Knowhow verfügen, seien darauf die richtige Antwort. Wichtig sei es, dort die Führungsrolle von Orthopädie und Unfallchirurgie zu bewahren. Prof. Liener wies darauf hin, dass Deutschland im europäischen Vergleich die höchste Rate osteoporotischer Frakturen habe, und beschrieb die Osteoporose-Versorgung hierzulande als miserabel. Die demographische Entwicklung lasse eine weitere starke Zunahme der Altersfrakturen. „Wenn wir jetzt nichts tun, wird uns das aus der Hand genommen", warnte der Referent. Es sei erwiesen, dass die Behandlung in spezialisierten Zentren die hohe Komplikationsrate bei dieser Patientenklientel signifikant senke. Mit dem zertifizierten Alterstraumazentrum DGU® und dem Alterstraumaregister habe die Fachgesellschaft die richtige Antwort gefunden. Prof. Liener beschrieb den Stand

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-symposium-2016

des Zertifizierungsprozesses und plädierte nachdrücklich für die in den Zentren praktizierte interdisziplinäre Versorgung.

Dr. Johannes Flechtenmacher, niedergelassener Orthopäde in Karlsruhe und Präsident des BVOU, beantwortete die in seinem Vortragstitel gestellte Frage „Brauchen wir niedergelassene Fachärzte?" mit einem klaren Ja. Er verwies auf die Tatsache, dass nur 20 Prozent der Patienten mit Koxarthrose innerhalb der ersten drei Jahre nach der Erstdiagnose eine Endoprothese erhalten. Die anderen 80 Prozent werden ambulant und konservativ behandelt. Das Versagen der konservativen Therapie gehöre zu den wichtigsten Auslösern für den operativen Eingriff. Schon deshalb müsse die konservative Orthopädie in der Ausbildung wieder einen höheren Stellenwert erhalten. Der Referent forderte eigene Lehrstühle für die konservative Orthopädie. Er wies auch darauf hin, dass die Arbeitsbedingungen in seinem Bereich stetig schlechter würden, die Vergütung sei auf den Stand von 1985 gesunken. Als positiven Aspekt nannte er die Möglichkeit der strukturierten Zusammenarbeit der Sektoren in Baden-Württemberg auf der Grundlage von 73C-Verträgen nach SGB 5. So könnten die Niedergelassenen ihre spezielle Kompetenz einbringen, etwa in der korrekten langfristigen medikamentösen Behandlung, die auch die Komorbiditäten in Betracht ziehe.

DRG „grandios gescheitert"

In der sehr lebhaften Diskussion zum ersten Vortragsblock herrschte weitgehend Konsens, auch im Publikum, dass das DRG-System in Deutschland „grandios gescheitert" sei. Das zeige unter anderem die aktuelle Absenkung der Vergütung für die primäre Hüftendoprothetik. Spezialisierte Zentren, die höchste Versorgungsqualität garantieren, werden nicht gefördert, sondern durch Entzug von Mitteln bestraft. Mehrere Diskussionsteilnehmer erhoben Forderungen an die Bundespolitik, die in der Konsequenz auf die Schließung von Kliniken hinausliefen. Dietrich Monstadt (MdB) konterte erneut mit dem Hinweis auf die Beharrungskräfte in den Ländern und Kommunen, gegen die der Bund nichts ausrichten könne. Wenn eine sachlich gebotene Schließung gelingt, kann dies zudem zu unerwarteten Konsequenzen führen, betonte der Gesundheitspolitiker: Die AfD habe das Direktmandat in Wolgast

Prof. Dr. Wolfhart Puhl, Sprecher der AE-Akademie 2016 und Initiator des Gesundheitspolitischen Symposiums (rechts), mit Prof. Dr. Jan Verhaar, EFORT-Präsident 2016

(Mecklenburg-Vorpommern) nicht zuletzt wegen der Schließung der dortigen Gynäkologie gewonnen. Auf die Frage, warum das medizinisch Sinnvolle in den Gremien so häufig ins Hintertreffen gerate, antwortete Prof. Heller bündig: „Die Ärzte werden im GBA überstimmt."

Rahmenbedingungen und Methoden

Die zweite Sitzung begann mit einem Referat von Prof. Dr. Klaus-Peter Günther über medizinische und nichtmedizinische Rahmenbedingungen für die Indikationsstellung zur Endoprothetik. Er wies auf eine Reihe interessanter Zahlen hin: Die Eurohip-Gruppe hat festgestellt, dass die Kombination von hohem Alter und weiblichem Geschlecht eine schlechte Prognose zur Folge hat; die relativ niedrigen Komplikationsraten in England hingen wohl auch mit der Tatsache zusammen, dass diese Patientengruppe dort seltener eine Endoprothese erhält. Überdurchschnittlich häufig wird dort hingegen bei gebildeten Patienten implantiert, das gleiche gilt in Deutschland für die reicheren Regionen. Zugleich ist hier die Zahl der Eingriffe umgekehrt proportional zur Zahl der niedergelassenen Orthopäden. Habe Deutschland bei den Implantationszahlen bis 2014 im Mittelfeld der entwickelten Länder gelegen, so gäbe es seit 2015 einen starken Zuwachs, was an einem verstärkten Druck zur entsprechenden Indikationsstellung liegen könnte. Als mögliche Gründe nannte Prof. Günther unter anderem den DRG-Kellertreppeneffekt, den „chirurgischen Enthusiasmus", der die Qualität der Ergebnisse im Vergleich zur Einschätzung der Patienten deutlich überbewerte, sowie die ökonomische Orientierung der Chefärzte. In einer Umfrage nennen diese die Patientenzufriedenheit erst an zehnter Stelle, weit hinter wirtschaftlichen Motiven, während sie sich zugleich bewusst seien, an der Überversorgung beteiligt zu sein. Er appellierte ans ärztliche Publikum: „Wir müssen uns an der öffentlichen Diskussion um Indikation und Priorisierung beteiligen."

Priv.-Doz. Dr. Stefan Sauerland, der beim IQWiG das Ressort für nichtmedikamentöse Verfahren leitet, sprach über die Prüfung und

Referentenrunde mit Prof. Dr. Volker Ewerbeck, Dr. Holger Haas, Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Volkmar Jansson und Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (v.l.n.r.). Im Hintergrund Dietrich Monstadt (MdB) und Dr. Werner Bartens, der das Symposium moderierte

Vergütung für neue Produkte und Methoden in der Endoprothetik. Er wies darauf hin, dass es mit Implantaten im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie kaum Probleme gebe, im Gegensatz etwa zur Kardiologie oder Neurologie. Sein Institut prüft die Innovationen auf Sicherheit, Leistungs- und Erstattungsfähigkeit, während das IQTiG für die Qualitätssicherung zuständig ist. Er wies auf den grundlegenden Unterschied zwischen der CE-Kennzeichnung und der Methodenbewertung hin. Die Zertifizierung bescheinige nur die Marktzulassung eines Produkts nach definierten Kriterien. Es sei die wissenschaftliche Methodenbewertung – möglichst in Studien mit hohem Evidenzgrad –, welche den Nutzen eines neuen Produkts oder Verfahrens belegen könne. Als Beispiel griff er das zuvor diskutierte Thema der Arthroskopie bei leichter Gonarthrose auf. Gäbe es etwa eine Studie, die eine Linderung durch Gelenkspiegelung beweist, könnte das „Arthroskopieverbot" revidiert werden. Von der AE und ihren Mitgliedern wünschte er sich, dass sie sich nicht mit der Datenerhebung im EPRD begnügen. Wichtige Themen sollten auch in klinischen Studien, möglichst kontrolliert und randomisiert, bearbeitet werden, um mehr evidenzgestützte Entscheidungen zu ermöglichen.

Qualitätsmaßnahmen

Dr. Holger Haas vermittelte dem Publikum einen detaillierten Blick auf die Haupt- und Nebenwirkungen der endoCert-Initiative. Ihr Ziel sei es, ein umfassendes Qualitätsmanagement zu fördern, das die lang- und kurzfristigen Ziele der endoprothetischen Versorgung aus Sicht des Patienten und der Gesellschaft in Übereinstimmung bringt. Zum 1. Dezember 2016 hatten 514 Kliniken eine Zertifizierung erhalten, darunter 142 als Zentren der Maximalversorgung. 38 befanden sich in laufenden Verfahren. Dieses sei jedoch keine Einbahnstraße, betonte Dr. Haas, denn mehr als hundert Kliniken hätten das Zertifizierungsverfahren abgebrochen, bei sechs war die Zertifizierung ausgesetzt, sieben Kliniken wurde sie entzogen. Die Zertifizierung sei keine reine Bestandsaufnahme, sondern entfalte verändernde Wirkung. Im Verlauf der Verfahren wurden über 2.000 Abweichungen von den Voraussetzungen in den Kliniken behoben. Die Aufrechterhaltung des zertifizierten Status koste etwa 50.000 Euro im Jahr. Die Summe werde – neben der Werbewirkung des Zertifikats – durch die Risikominderung und eine feststellbare positive Auswirkung auf benachbarte Bereiche wie etwa die Traumaversorgung mindestens aufgewogen. Künftig sollen Indikationsstellung und Rehabilitation einbezogen werden.

Der globale Erfolg der Endoprothetik ändere nichts daran, dass eine ständige Überprüfung der Implantate, Methoden und der eigenen Arbeit nötig bleibe, befand Prof. Dr. Carsten Perka in seinem Vortrag über das deutsche Endoprothesenregister. Unter anderem nannte er Haftungsfragen, steigende Ansprüche der Patienten und hohe Versagensraten bei einzelnen Implantaten als Gründe, sich der Mühe der Datenerfassung zu unterwerfen. „Probleme wie mit der Metall/Metall-Gleitpaarung lassen sich nur mit Registern frühzeitig erkennen." Das EPRD sei schon jetzt weltweit das Register mit den höchsten Fallzahlen und biete große Möglichkeiten für valide Ergebniskontrolle. Doch auch die Grenzen des Registers seien zu beachten: Der genaue Grund eines Implantatversagens sei anhand der Daten nicht zu isolieren; die Benchmark für eine erfolgreiche Methode sei eigentlich nur bei der primären Hüfte – 95 Prozent Überleben nach zehn Jahren – deutlich zu erkennen; wer wann eine Warnung aussprechen soll, bleibe vorerst eine offene Frage. Prof. Perka wies auch auf den beträchtlichen Dokumentationsaufwand hin und meinte, dass die Qualität der Dateneingabe nur durch eine gesonderte Vergütung zu sichern sei. Für echte Qualitätskontrolle sei die Betrachtung der einzelnen Klinik und des Operateurs unabdingbar. Er forderte mehr finanzielle und politische Unterstützung für das EPRD sowie eine verpflichtende Teilnahme.

Bei der Betrachtung der Qualitätsinitiativen aus der Perspektive eines Chefarztes goss Prof. Dr. Henning Windhagen zunächst etwas Wasser in den Wein: noch mehr Bürokratie, der Marketingeffekt der Zertifizierung bereits verpufft, viel Aufwand für den „Wahnsinn der Datenerhebung", oft verbunden mit persönlichem Frust, und all das ohne angemessene Vergütung. Sein Fazit war trotz der skeptischen Einleitung positiv. Qualitätsmaßnahmen wie die Zertifizierung haben in seiner Klinik zur Verbesserung der

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-symposium-2016

Strukturqualität beigetragen und sich als disziplinierender Faktor erwiesen. Konkrete Verbesserungen lassen sich etwa bei der radiologischen Kontrolle der Implantatposition ablesen. Die Einhaltung der endoCert-Vorgaben führe zudem dazu, dass ein realistisches Bild der eigenen Ergebnisqualität entsteht. Der Status des Endoprothetikzentrums gebe der ärztlichen Leitung einen Hebel in die Hand, um der Geschäftsleitung Vorgaben zu machen. Er plädierte dafür, die Ergebnisse des betriebenen Aufwands noch besser zu nutzen, etwa indem die Maximal-EPZ ihre Daten vergleichen und austauschen. Er warnte jedoch vor einer undifferenzierten Betrachtung der Ergebnisqualität, wie sie in Öffentlichkeit und Politik – Stichwort ergebnisorientierte Vergütung – zurzeit vorherrschten. Ein solches Vorgehen führe unweigerlich zum medizinischen Rosinenpicken und einem erbarmungslosen ökonomischen Wettbewerb.

In der abschließenden Diskussion wurde mehrfach die Forderung wiederholt, Qualitätssicherungsmaßnahmen gesondert zu vergüten und die klinische Forschung ebenfalls finanziell zu stärken. Es gab eine breite Unterstützung sowohl für die endoCert-Initiative als auch für das EPRD. Die Anregung, auch Risikofaktoren im Register zu erfassen wurde vom Podium mit dem Hinweis auf den bereits jetzt sehr großen Dokumentationsaufwand beantwortet. Die Erfassung der Daten müsse im klinischen Alltag praktikabel bleiben.

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz (links) mit mit zwei der sieben AE-Gründungsmitglieder, Prof. Dr. Ulrich Holz und Prof. Dr. Peter Kirschner

Pressekonferenz der AE

Anlässlich des Gesundheitspolitischen Symposiums und des Jubiläumskongresses bat die AE die Vertreter der Medien am 8. Dezember 2016 zur Pressekonferenz in die Berliner Bertelsmann-Repräsentanz. Mit rund 20 teilnehmenden Journalisten war die Konferenz sehr gut besucht. Unter anderem waren MDR, Deutschlandfunk, Ärzteblatt und Ärztezeitung vertreten.

Reges Interesse für Endoprothetik: Die AE-Pressekonferenz in Berlin

Themen der Pressekonferenz

- **Brauchen wir wirklich 400.000 Knie- und Hüftendoprothesen pro Jahr? Wie wir vermeidbare Eingriffe frühzeitig erkennen können**
  Professor Dr. Carsten Perka
- **Patientenversorgung durch Endoprothetik – Analyse eines Gruppenerfolgs**
  Professor Dr. Wolfhart Puhl
- **Ökonomisierung der Medizin: Wie aktuelle Gesetzgebung und wirtschaftlicher Druck die Patientenversorgung in der Endoprothetik beeinflussen**
  Professor Dr. Karl-Dieter Heller
- **Nutzen unsere Qualitätssicherungsinitiativen unseren Patienten? Die Sicht eines Klinikdirektors**
  Professor Dr. Henning Windhagen

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-symposium-2016

Gründliche Analyse, praktische Lösungen

Jubiläumskongress in Berlin, 9.–10. Dezember 2016

Der Kongress zum zwanzigjährigen Jubiläum der AE trug den Titel „Risikominimierung und Komplikationsmanagement in der Endoprothetik". Die Sitzungen und Referate beschäftigten sich weniger mit den großen Erfolgen als mit den drängendsten Problemen des Fachs. Gründliche Analyse und praktische Lösungsansätze standen dabei im Mittelpunkt.

Der unzufriedene Patient – Knie

Prof. Dr. Hermann Mayr fasste die häufigsten Ursachen für Schmerzen nach Arthroskopie des Kniegelenks zusammen. Er betonte, dass ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (complex regional pain syndrome, CRPS) dann wahrscheinlich sei, wenn bereits präoperativ das Ausmaß der Beschwerden nicht durch die morphologischen Veränderungen zu erklären war. Das Einbringen großer Mengen nichtresorbierbaren Fremdmaterials scheint ebenfalls ein Risiko darzustellen. Es sei noch ungeklärt, wie die erhöhte Inzidenz von Osteonekrose nach Arthroskopie zu erklären ist. In den letzten Jahren gebe es Hinweise, dass auch am nicht ersetzten Kniegelenk niedrig-virulente Keime wie Propionibakterien chronische, nicht fremdkörperassoziierte Infektionen auslösen können.

Priv.-Doz. Dr. Jens Agneskircher identifizierte in seinem Vortrag planungs- und operationstechnische Fehler als Hauptursachen für Schmerzen nach tibialer Osteotomie (HTO). Insbesondere die Planung der korrekten Osteotomiestelle (Tibia vs. Femur) sowie die Einstellung einer physiologischen Gelenkebene seien dabei von entscheidender Bedeutung. Die Überkorrektur solle vermieden werden. Pseudarthrosen seien selten, oft seien sie von patientenspezifischen Faktoren begünstigt (Rauchen, Diabetes). Sie ließen sich meist durch eine Spongiosaplastik unter Erhalt des Implantates therapieren.

AE-Präsident Prof. Dr. Carsten Perka überreicht AE-Ehrenmitglied Prof. Dr. Daniel J. Berry die AE-Ehrenmedaille

Prof. Dr. Dominik Parsch wies auf die Besonderheiten der Indikationsstellung bei der Schlittenrevision hin. Es gebe klare Indikationen wie grobe Fehlpositionierung, Fraktur oder Lockerung. Dagegen stelle die in 30 Prozent der Fälle beobachtete Saumbildung eine diagnostische Herausforderung dar. Sie ist weder ein klinisches Problem noch ein Prädiktor einer Lockerung, bedarf aber einer radiologischen Kontrolle. Der Referent hob das höhere Revisionsrisiko hervor, das alle Register für den Schlitten ausweisen, das aber auch auf die niedrigere Hemmschwelle bei der Indikationsstellung zum Prothesenwechsel im Vergleich zur Revision einer TEP zurückzuführen sei. Insgesamt seien die Patienten mit einem Schlitten zufriedener als mit einer TEP.

Prof. Dr. Björn Gunnar Ochs referierte die signifikant schlechteren Ergebnisse nach Versorgung einer posttraumatischen Arthrose. Er betonte, dass die Implantationsziele hinsichtlich Gelenkrekonstruktion und Stabilität dieselben seien wie bei einer Primärimplantation. Es sei aber intraoperativ anspruchsvoller, sie zu erzielen. Entferntes Osteosynthesematerial sei zu einem relevanten Anteil bakteriell kontaminiert, dies erkläre die sehr hohe Infektionsrate von

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-kongress-2016

Angeregte Diskussionen (auch) in der Pause

3 bis 20 Prozent. Das Hauptproblem seien daneben die oft mehrfach voroperierten und dadurch kompromittierten Weichteile. Daher müssten bei dieser Diagnose die Erwartungen der Patienten in realistische Bahnen gelenkt werden.

Prof. Dr. Nikolaus Böhler wies auf die Möglichkeiten und Grenzen der Therapie der schmerzhaften TEP hin. In bis zu 30 Prozent der Fälle liege die Schmerzursache außerhalb des Kniegelenks (Wirbelsäule oder Hüftgelenk). Die chronische Infektion sei neben der Instabilität Hauptrevisionsursache in den ersten Jahren nach der Implantation. Implantatspezifische Ursachen (z.B. Impingement bei ap-glide-Inlays) müssen dem Untersucher bekannt sein. Die Allergie als Schmerzursache wird speziell in Deutschland – im Gegensatz zur internationalen Literatur und Wahrnehmung – intensiv diskutiert.

Vision 2020

Die englischsprachige zweite Sitzung „Vision 2020" begann mit einem Vortrag über Design und Innovation in der Hüftendoprothetik von Prof. Dr. Michael M. Morlock. Er betonte, dass das Scheitern von Innovationen unvermeidlich und Teil des Fortschritts sei. Auch Charnley habe sein Low-Friction-System erst nach zwei Fehlversuchen gefunden. Wird ein Problem gelöst, wie etwa das der Luxation durch große Kugelköpfe, entstehe daraus oft das nächste, wie Probleme aus einer Metall/Metall-Gleitpaarung. Es gebe bedeutende offene Fragen, wie etwa die Gründe für die Zerstörung des Schaftkonus. Dieses Problem lasse sich im Labor bisher nicht simulieren. Da im Versagensfall harte Daten zum Implantat vorliegen, konzentriere sich die Diskussion meist auf dieses. Das englische Register zeige aber deutlich, dass der Faktor Operateur viel wichtiger sei. Er appellierte an die Teilnehmer, nicht auf den einzelnen Faktor zu fokussieren, sondern das Gesamtsystem im Blick zu behalten.

Der Vortrag des Ehrenmitglieds Prof. Dr. Daniel J. Berry schloss thematisch mit der Bemerkung an, dass die Öffentlichkeit nach Innovation verlange, Fehlschläge aber nicht verzeihe. Auch er verwies auf Charnley und arbeitete an dessen Beispiel die Voraussetzungen für erfolgreiche Innovation heraus: Zunächst müsse es überhaupt ein Problem geben, das es zu lösen gilt, und die in Frage kommenden Technologien müssten plausible Lösungen bieten. Das gründliche Training der beteiligten Operateure gehöre ebenso zum Innovationsprozess wie die strikte Beschränkung der Einführung auf kleine, ausgewählte Patientengruppen. Zu den Innovationen ohne zu lösende Probleme zählte er die minimalinvasive Implantation, den Oberflächenersatz und modulare Implantate. Und tatsächlich hätten diese neuen Technologien zu erhöhten Komplikationsraten geführt. Lediglich bei MIS hätte es mit dem verbesserten Weichteilmanagement einen unerwarteten Nutzen gegeben. Als Gegenbeispiele nannte er hochporöses Metall für den knöchernen Defektaufbau und hochvernetztes Polyethylen zur Abriebreduktion als gute Lösungen für echte Probleme. Für die Zukunft verwies er erneut auf Charnleys Beispiel – Training und restriktive Markteinführung – und forderte intensive Beobachtung nach der Markteinführung, am besten durch Register. Prof. Berry betonte, dass sich die Ärzteschaft auch auf politischer Ebene einmischen müsse, um sinnvolle Rahmenbedingungen zu schaffen.

Werden individuelle Implantate wirklich gebraucht? Am Beispiel des Hüftschaftes stellte Prof. Dr. Jean-Noël Argenson dar, dass die Alternativen zementierter Schaft, Osteotomie und modulare Implantate an Grenzen stoßen können. Wenn die Anatomie stark von der Norm abweicht, etwa nach Trauma oder Voroperationen, und mit einem Standardimplantat eine übermäßige Lasteinleitung in das Prothesenlager und die Gleitpaarung zu erwarten sei, könne das Individualimplantat Fehlbelastung und übermäßigen Abrieb verhindern. Wichtig sei die dreidimensionale Planung, um die korrekte Ausrichtung des Halses wiederherzustellen. Davon hängen auch Bewegungsumfang und die hüftstabilisierende Kraft der Abduktoren ab. Er zeigte 10–15-Jahresergebnisse, welche die Vorzüge des Verfahrens bestätigen und betonte, dass das Individualimplantat langfristig betrachtet sogar kostengünstiger sein könne als die

Volles Haus in Berlin: Der Jubiläumskongress verzeichnete mit erstmals über 500 Teilnehmern einen Besucherrekord.

Versorgung mit einem Standardimplantat. Die individuelle Endoprothese gehöre, so sein Fazit, als Option für einige Fälle unbedingt zum Versorgungsportfolio.

Beim Referat über ökonomische Einflüsse auf das Krankenhaus standen naturgemäß die DRGs im Mittelpunkt. Der Kostendruck, den sie in die Klinik gebracht hätten, habe durchaus auch positive Effekte, befand Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe: die Bildung von Einkaufsgemeinschaften, weniger Lieferanten und großvolumige Lieferverträge, welche in der Endoprothetik die Standardisierung gestärkt hätten. Auch die Anschaffung verbesserter Instrumentarien, mit denen sich die Gesamtkosten senken ließen, werde manchmal befördert. Doch diese Effekte würden durch die implizite Abwärtsspirale des Preissystems mehr als aufgewogen, die zudem der Mikro- vor der Makroökonomie den Vorrang gebe. Die Kosten für das Implantat betragen nur 18 Prozent der Gesamtkosten der Prozedur. Ein Wechsel zu billigeren Modellen sei mit Risiken im Hinblick auf Produktqualität, klinische Ergebnisse und Prestige des Hauses verbunden. Die Auswahl des Implantats, forderte der Referent, müsse allen anderen Überlegungen zum Trotz in der Hand des Arztes bleiben.

Laut Literatur werden mit navigierter Knieendoprothetik zwar eine bessere Ausrichtung von Komponenten und Beinachse, jedoch keine besseren klinischen Ergebnisse erreicht als mit konventionellem Vorgehen, stellte Prof. Dr. Georg Matziolis in seinem Vortrag über individualisierte Operationsmethoden fest. Der genauere Blick zeige jedoch, dass neuere Systeme mit integriertem Soft Tissue Balancing zumindest nach einem Jahr postoperativ zu einer besseren Funktion führen. Ähnliches gilt für patientenspezifische Instrumente (PSI), doch stehe dieses Verfahren am Anfang und habe möglicherweise noch Potenzial für Verbesserung. Darauf weist auch die Tatsache hin, dass der Einsatz von PSI bei konstitutionellem Varus dem konventionellen Vorgehen überlegen ist. Der Referent resümierte, dass für die klassischen Zielvorgaben in der Implantatausrichtung die konventionelle Methode ausreiche. Für eine individuelle Ausrichtung, wie sie immer öfter angestrebt werde, würden jedoch präzisere Instrumente benötigt.

In seinem zweiten Vortrag beschrieb Prof. Dr. Jean-Noël Argenson die Notwendigkeiten, die mit einer Knierevision verbunden sind. Die Revisionszahlen sind in den letzten zehn Jahren aufs Doppelte gestiegen, der Anteil der Spätrevisionen hat deutlich zugenommen. Um bessere Ergebnisse bei der infektbedingten Revision zu erzielen, müsste die Diagnose spezifischer, die lokale Wirkung der Antibiotika verbessert und das einzeitige Verfahren weiterentwickelt werden. Bei Instabilität müsse man das chirurgische Vorgehen selbstkritisch betrachten und besonderes Augenmerk auf den Gelenkspalt legen. Abriebbedingte Osteolysen lassen sich heute mit Metallkonen oder Sleeves meist gut ausgleichen, für die Zukunft verspricht hochvernetztes, mit Vitamin E versetztes PE längere Standzeiten. Der Bewegungsumfang lasse sich durch eine Revision nur geringfügig, laut Literatur um rund 20 Grad vergrößern. Für die Arthrofibrose werde ein Algorithmus benötigt. Die epidemische Zunahme der periprothetischen Frakturen bei oft sehr alten Menschen erfordere, vor dem Eingriff nicht nur die Verletzung, sondern den ganzen Patienten genau zu evaluieren.

Infektionsmanagement

Dr. Gijs van Hellemondt aus Nijmegen (Niederlande) gab einen Überblick über perioperative Infektionen (surgical site infection, SSI) in Europa und beschrieb mögliche Maßnahmen, um diese zu vermeiden. Sein Fazit: Eine Optimierung der prä-, intra- und postoperativen Prozesse zur Reduktion der Kontamination des Operationsgebietes verbessert die Versorgungsqualität und beugt Infektionen vor. Die Anwendung einer Checkliste steigert das Bewusstsein für die einzelnen Schritte und führt zu einer signifikanten Reduktion der SSI. Ein reibungsloses Zusammenspiel der verschiedenen involvierten Disziplinen ist für die Infektionsprävention unerlässlich.

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-kongress-2016

Prof. Dr. Henning Windhagen (4.v.l.) als Instruktor beim Workshop

Dr. Lars Frommelt stellte Daten zu einzelnen Präventionsmaßnahmen vor und beschrieb die Evidenzlage. Die präoperative Dekolonisation reduziere die Infektionsrate um 30–50 Prozent. Eine regelgerechte Antibiotikaprophylaxe erfordere die richtige, individuell angepasste Substanz in der richtigen Dosis zum richtigen Zeitpunkt. Die Dosis sollte entsprechend der Pharmakokinetik und bei übergewichtigen Patienten, bei einer Operationsdauer von mehr als vier Stunden sowie bei einem Blutverlust über 1,5 Liter angepasst werden.

Dr. Ákos Zahar referierte über die Möglichkeiten der intraoperativen Diagnostik und kam zu folgenden Schlüssen: Ein schmerzhaftes prothetisch versorgtes Gelenk sollte bis zum Beweis des Gegenteils als infiziert betrachtet und mittels einer vollständigen Diagnostik vor der Revisionsoperation abgeklärt werden. Die heute verfügbaren diagnostischen Labortests ermöglichen bisher keinen sicheren intraoperativen Beweis bzw. ermöglichen nicht den sicheren Ausschluss einer Infektion. Bei Unsicherheit sollten Biopsien entnommen werden oder eine Explantation mit Sonikation des Implantates erfolgen. Der Erfolg der Schnellschnittdiagnostik hänge von der Erfahrung des Operateurs sowie des Pathologen ab und sei mit Vorbehalt anzuwenden.

Im Vortrag des neuen Ehrenmitglieds Prof. Dr. Daniel J. Berry (Rochester, USA) ging es um die Schlüsselelemente der erfolgreichen Infektbehandlung. Der Referent betonte, dass Reinfektionen und Infektpersistenz mit einem gründlichen Debridement und Entfernung allen Fremdmaterials verhindert werden können. Mechanisches Versagen sollte durch ein dauerhaft stabiles mechanisches Konstrukt vermieden werden Das Intervall des zweizeitigen Wechsels sollte zur Anwendung erregerspezifischer, systemischer und lokaler Antibiotika sowie zur Beruhigung der Weichteilsituation genutzt werden.

Priv.-Doz. Dr. Andrej Trampuz stellte Behandlungsstrategien gegen „Problemkeime" vor. Um solche Erreger handelt es sich, wenn aufgrund des Resistenzmusters keine Eradikation mittels biofilmaktiver Antibiotika möglich ist. In diesem Fall sei die chirurgische Reduktion der Bakterienzahl von großer Relevanz. Auch bei Problemerregern sei unter Einhaltung eines Behandlungsalgorithmus und einer abgestimmten Antibiotikatherapie ein Therapieerfolg mit hoher Wahrscheinlichkeit möglich.

Gesellschaftsabend im atmosphärischen Spreespeicher

Beim Workshop

Prof. Dr. Rudolf Ascherl betonte, dass bei mehrfach fehlgeschlagenen Sanierungsversuchen ein mehrzeitiges Vorgehen mit Optimierung der chirurgischen und antibiotischen Therapie angewandt werden müsse. Die sorgfältige Aufklärung und Schulung des Patienten mit Etablierung von Netzwerken und Zuhilfenahme von neuen Medien sei essentiell für die Betreuung des Patienten. Der Behandlungserfolg sei nicht einheitlich definiert, sondern hänge von der individuellen Situation des Patienten ab.

Dr. Nora Renz sprach über die Nebenwirkungen der Langzeitbehandlung mit Antibiotika, die ein engmaschiges Monitoring des Patienten erfordere. Ein frühzeitiges Erkennen der Nebenwirkung und die entsprechende Behandlung seien essentiell für den Behandlungserfolg bei der Protheseninfektion. Seltene Nebenwirkungen wie medikamenteninduziertes Fieber oder die eosinophile Pneumonitis unter Daptomycin stellen eine diagnostische Herausforderung dar.

Komplikationen der Knieendoprothetik

Der wichtigste Erfolgsfaktor der KTEP ist die ligamentäre Balance, konstatierte Prof. Dr. Carsten Perka zu Beginn seines Vortrags über die Läsion des medialen Seitenbandes. Dessen Verletzung könne zum Scheitern der endoprothetischen Versorgung führen. Zu den Risikofaktoren gehören ein zu grobes Entfernen der Osteophyten, Adipositas sowie der tibiale Zugang und Sägeschnitt, wobei schon der übliche Neun-Millimeter-Schnitt mit dem Risiko der Schädigung des tiefen Seitenbandes einhergeht. Da sich die vier Bündel des medialen Seitenbandes im Bewegungsverlauf ganz unterschiedlich verhalten, ist eine Rekonstruktion des beschädigten Bandes nur schwierig möglich. Die Verwendung eines Implantats mit höherem Kopplungsgrad hat ebenfalls Nachteile, die häufigste Therapie ist die Kombination von Naht und Orthese. Weitere Optionen sind die Klammerfixation, Allo- und Autografts. Da es an hochwertigen Studien mangele und in der vorliegenden Literatur widersprüchliche Aussagen zu finden seien, könne er auch keine Empfehlung für ein bestimmtes Verfahren geben, betonte Prof. Perka.

Auch zur Avulsion des Streckaparats sei die Literatur sehr unergiebig, stellte Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner fest. An der Patellasehne gehören Patella baja und Impingement, an der Quadrizepssehne zugangsbedingte Probleme zu den Risikofaktoren. Ein zu geringes mediales Release reduziert die Ausrisskraft der Patellasehne. Bei beginnender Ablösung kann eine Tuberositasosteotomie Abhilfe schaffen. An der Quadrizepssehne müsse besonders auf den korrekten Zugang geachtet werden, ein Patella-Turndown sei obsolet. Unkontrolliertes Einreißen sei unbedingt zu verhindern, die mögliche Erweiterung sollte frühzeitig bedacht werden. Ist ein proximaler Riss entstanden, stehen Ankertechniken zur Verfügung. Allerdings seien die Komplikationsraten hoch, die zusätzliche Augmentation ist empfohlen. Die Avulsion müsse in jedem Fall behandelt werden, das zu wählende Verfahren hänge von Situs und Sehnenqualität ab.

Soll man bei distaler periprothetischer Femurfraktur ersetzen oder rekonstruieren? Bei der Antwort auf diese Frage seien viele Faktoren zu beachten, konstatierte Prof. Dr. Michael Schütz. Die Klassifikation nach Lewis-Rorabeck berücksichtige das knöcherne Lager nicht, das neue Unified Classifications System (UCS) sei deutlich besser geeignet. Er verwies auf den Algorithmus nach Märdian et al. zur differenzierten Orientierung. Meist sei die Rekonstruktion möglich. Ein suffizientes Knochenlager ist jedoch Voraussetzung für die Osteosynthese. Es dürfen dann aber weder Infektion noch Lockerung vorliegen. Für die Planung sollten CT-Schnitte herangezogen werden, zu den empfohlenen Versorgungsoptionen gehört unter anderem die Doppelplatte. Die Revisionsraten nach Rekonstruktion liegen laut Literatur zwischen 13 und 16 Prozent, nach Ersatz jedoch noch höher.

Die Therapie der femoralen Instabilität nahm Prof. Dr. Henning Windhagen anhand von vier Fallbeispielen in Augenschein. Eine häufige Ursache ist die femorale Fehlrotation nach KTEP. Das laterale Release bringt hier zwar bessere Balance, aber keine Stabilität. Diese erfordert ein dreidimensionales Herangehen. Die statische oder dynamische

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-kongress-2016

MPFL-Plastik sei in Betracht zu ziehen und eventuell gemeinsam mit einem Spezialisten dafür durchzuführen. Die Patellaluxation kann mit Over- und Understuffing zu tun haben und ist oft mit einer insuffizienten Kapselnaht verbunden. Die Entfernung des Retropatellarersatzes ist die naheliegende Therapie, das Zunähen sollte in Flexion erfolgen. Wenn eine Revision nötig wird, muss bedacht werden, dass ein höherer Kopplungsgrad des Implantats nicht unbedingt mehr Rotationsstabilität bedeutet. Hier seien Condylar-Constrained-Implantate gefordert.

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz zeichnete ein recht düsteres Bild im Hinblick auf Komplikationen aufgrund von Adipositas. In Australien ist bereits die Hälfte der KTEP-Patienten adipös. Die Ergebnisse sind deutlich schlechter als der Durchschnitt. Das beginnt bei einer vierfach erhöhten stationären Mortalität, reicht über wesentlich höhere Infektionsraten bis zu den schlechteren Langzeitresultaten. Die Probleme ließen sich kaum reduzieren, nur 13 Prozent der Patienten nehmen nach dem Eingriff ab, dagegen nehmen 20 Prozent sogar zu. Die Adipositaschirurgie bringe keinen nachweislichen Vorteil. Nach Revision ist die Reinfektionsrate fünffach höher. Auch rechtlich und ökonomisch gibt es beträchtliche Probleme. Während die nichtadipösen Patienten im eigenen Haus „gerade eben kostendeckend" versorgt werden könnten, zahle man bei den Adipösen drauf. Die Beipackzettel von Revisionsimplantaten weisen in der Regel ein Körperhöchstgewicht aus, das eigentlich schon große, kräftige Männer ohne Übergewicht ausschließe. Nach einer Studie wurden in England in diesem Sinne bereits 11.000 Patienten off-label versorgt. Es bleiben viele offene Fragen, etwa ob es eine BMI-Obergrenze für die Endoprothetik braucht, welche Verankerung am besten geeignet sei, ob das Gewicht Einfluss auf den Kopplungsgrad haben sollte und wie man mit den Vorgaben der Implantathersteller umgehen kann.

Die Inzidenz der postoperativen Hautnekrose beträgt bis zu 20 Prozent, fünf Prozent weisen sie in ausgedehnter Form auf, stellte Prof. Dr. Klaus-Dieter Schaser fest. Sie trete unter anderem nach vorherigen Eingriffen, bei Immunsupression, anderweitigen Infektionen, Alkoholismus und Diabetes vermehrt auf. Die Daten zu iatrogenen Faktoren sind zum Teil widersprüchlich. Die Blutversorgung von der medialen Seite ausgehend

Dr. Manfred Neubert, Prof. Dr. Carsten Perka, Prof. Dr. Heiko Reichel

sei von entscheidender Bedeutung. Für die Therapie skizzierte der Referent einen klaren Algorithmus: Typ A – Spalthautdeckung oder Sekundärnaht; Typ B – Faszikutanlappen, wenn leicht zu verschieben; Typ C – gestielter Muskellappen, in der Regel aus dem M. gastrocnemius. Bei ausgedehnten Defekten wird ein freier Lappentransfer nötig, für den sich der M. latissimus dorsi anbietet. Um diese Komplikation zu vermeiden, sollte der Schnitt vertikal geführt werden, wenn vorhanden in der alten Narbe. Kann diese nicht wiederverwendet werden, müsse man einen Abstand von fünf bis sieben Zentimeter einhalten, bei mehreren Narben ist die am weitesten lateral gelegene zu wählen. Die Inzision sollte am Ende immer V- und keinesfalls U-förmig und damit groß genug sein. Bei Anzeichen einer beginnenden Hautnekrose plädiert Prof. Schaser für eine frühe und konsequente Intervention.

Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner forderte dazu auf, das „steife" Knie genau zu analysieren, bevor man eine schicksalhafte Arthrofibrose feststellt. Er zählte eine Reihe von Ursachen für Beweglichkeitsdefizite auf. So zeigt die Literatur, dass präoperative Defizite durch Endoprothetik grundsätzlich nur geringfügig reduziert werden können. Extraartikuläre Ursachen wie die Vernarbung des M. vastus nach Trauma erfordern entsprechende Maßnahmen. Für das Problem der ausgedehnten Hämatome bei Patienten, die orale Antikoagulantien einnehmen, gebe es bisher keine Lösung. Anders ist dies bei den Ursachen, die mit der Operationstechnik zusammenhängen. Daten aus Großbritannien zeigen, dass die meisten Bewegungsdefizite mit Rotationsabweichungen, größeren Achsfehlern, Instabilität und zu großen Implantaten zu tun haben. Nur bei einem kleinen Anteil könne man eine „schicksalhafte" Arthrofibrose annehmen. Zur Vermeidung des steifen Knies empfahl er, die intraoperative Beweglichkeit für die Wahl des Kopplungsgrades heranzuziehen und besonders an der Tibia auf die korrekte Rotation zu achten. Gründliche Planung ist auch hier wichtig, ebenso die Aufklärung des Patienten, wenn Risikofaktoren vorhanden sind. Zum Faktor BMI bemerkte Dr. Kirschner, dass hier nicht etwa das Über-, sondern das Untergewicht ein Prädiktor für postoperative Defizite sei.

Komplikationen der Hüftendoprothetik

In der Sitzung über „Intra- und postoperative Komplikationen der Hüftendoprothetik" schilderte Priv.-Doz. Dr. Rüdiger Volkmann anhand von Kasuistiken die Herausforderung der stabilen Pfannenfixation bei schwerer Osteoporose und bei posttraumatischen Zuständen. Er deutete die Probleme mit Knochenersatzmaterialien bei größeren Defekten an, persönlich bevorzugt er die Rekonstruktion mittels unterschiedlichen Stützschalen, die je nach Defekttyp mit Knochentransplantaten oder metallischen Augmenten unterfüttert werden.

Ehrung der AE-Gründungsmitglieder durch AE-Präsident Prof. Dr. Carsten Perka (4.v.l.) und AE-Generalsekretär Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (rechts): Prof. Dr. Peter Kirschner, Prof. Dr. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. Ulrich Holz, Klaus Hug, Prof. Dr. Rainer Neugebauer, Gründungspräsident Prof. Dr. Wolfhart Puhl (v.l.n.r.)

Prof. Dr. Bernd Fink stellte in einem Übersichtsbeitrag die Prinzipien vor, mit denen eine ungewollte Schaftmigration in der Revisionsendoprothetik vermieden werden kann. Wichtigste Voraussetzung ist das notwendige Verständnis unterschiedlicher Fixationsprinzipien (endofemoraler oder transfemoraler Zugang) sowie der verfügbaren Implantatdesigns (modular oder nichtmodular, Umfang des Schaftes, Konuswinkel, etc.). Er sieht die Indikation zur distalen Verriegelung als absolute Ausnahme, die ausschließlich bei deutlich unter 3 Zentimeter Fixationslänge im Isthmus gegeben sei.

Priv.-Doz. Dr. Stephan Tohtz referierte über den klinisch sehr relevanten Zusammenhang zwischen Lendenwirbelsäulenpathologie und geplanter oder durchgeführter Hüftendoprothetik. Er stellte aktuelle Daten zum Einfluss der Beckeninklination sowie differierenden Beckenstellungen beim Sitzen, Stehen und Liegen auf die Pfannenposition vor. Anschließend gab er Empfehlungen zum Behandlungsmanagement von Patienten mit entsprechenden Erkrankungsbildern. Patienten nach lumbaler Spondylodese weisen insgesamt ein verdoppeltes Luxationsrisiko nach endoprothetischer Versorgung auf. Es wird grundsätzlich ein zeitliches Intervall zwischen dem Gelenkersatz und einer lumbalen Fusionsoperation empfohlen, wobei die notwendige Dauer bislang noch unklar ist. Für den Operateur ist in Anbetracht der erhöhten Luxationsneigung wichtig, dass bei Z. n. mehrsegmentaler Spondylodese eventuell modifizierte Implantate mit zusätzlichem Luxationsschutz zum Einsatz kommen (z. B. Dual Mobility).

Priv.-Doz. Dr. Georgi Wassilew gab eine sehr konkrete Empfehlung zum „Handling intraoperativer periprothetischer Frakturen". Er orientierte sich an der Vancouver-Klassifikation und listete systematisch die heute zunehmend evidenzbasierten Versorgungsformen bei den einzelnen Frakturtypen auf. Je nach Bruchtyp und Dislokationsgrad reicht das notwendige Instrumentarium von alleiniger Cerclagen-Versorgung über Plattenosteosynthesen bis zum Wechsel auf ein Revisionsimplantat. Als besonders wichtig stellte er die hohe intraoperative Vigilanz bei V. a. intraoperativer periprothetischer Fraktur heraus und empfahl die großzügige Darstellung und entsprechende Sicherung.

Dem besonders problematischen Themenbereich „Gluteale Insuffizienz" widmete sich Prof. Dr. Andreas Niemeier. Die Häufigkeit von Spontanrupturen des Gluteus medius liegt in der Literatur zwischen 3 und 25 Prozent. Der Referent empfiehlt deshalb, intraoperativ gezielt nach möglicherweise vorliegenden Defekten zu suchen. In der Diagnostik bei postoperativen Problemen haben die klinische Untersuchung und die entsprechende Bildgebung (vor allem MRT mit Metallartefaktreduktion) einen hohen Stellenwert. Obwohl bei manifesten Rupturen die konservative Therapie selten erfolgreich ist, erfolgt die Beratung zur operativen Versorgung eher zurückhaltend. Nach seiner Literaturübersicht ist das Ergebnis von entsprechenden Nähten und Anker-Techniken allenfalls bei 60–80 Prozent der Fälle zufriedenstellend. Teilnehmer im Auditorium sahen hier eine höhere Erfolgsrate, so dass die operative Versorgung sehr kontrovers diskutiert wurde.

Abschließend gab Prof. Dr. Maximilian Rudert einen sehr fundierten Ausblick in das zunehmend wichtige Themenfeld „Die Fehlerrate bei Ausbildungseingriffen – wie reduzieren?". Da praktische Fertigkeiten grundsätzlich eine Lernkurve haben, sieht er eine methodische Anleitung gerade im operativen Bereich als sehr bedeutend an. Ein wichtiger Schritt zur Fehlervermeidung ist bereits die ausführliche präoperative Befassung mit der zu erwartenden Situation (Indikationsbesprechung, röntgenologische Planung, etc.). Außerdem ist eine offene Fehlerkultur wichtig sowie die Etablierung eines Ausbildungskonzeptes mit stufenweiser Übernahme eigenständiger Tätigkeiten. Dafür ist eine dem Ausbildungsstand angemessene Supervision erforderlich, gegebenenfalls lassen sich einige Schritte bei operativen Maßnahmen auch durch digitale Simulationstechniken trainieren.

Weitere Bilder dieser Veranstaltung finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau/ae-kongress-2016

Der unzufriedene Patient – Hüfte

Priv.-Doz. Dr. Karl-Heinz Widmer beleuchtete die Rolle der Pfannenposition als Schmerzursache. Zunächst müsse differentialdiagnostisch eine Pfannenlockerung ausgeschlossen werden. Bei Hinweisen auf ein Psoasimpingement empfahl er unter anderem eine Infiltration mit Lokalanästhetika als diagnostische Maßnahme. Die häufigsten Gründe für das Impingement sind Pfannen-Fehlpositionierung, übergroße Pfannen sowie Zementextrusion. Zu den therapeutischen Maßnahmen gehören die arthroskopische oder offene Tenotomie der Iliopsoassehne und die Pfannenrepositionierung. Die Entscheidung zwischen den beiden Möglichkeiten sei nach Beratung mit dem Patienten kausal zu treffen. Bei der Revision ist die kombinierte Safe Zone anzustreben, die auch die Position des Schaftes einbezieht. Dieselben Prinzipien gelten auch für die Behandlung der rezidivierenden Luxation. Mit persistierendem Hüftschmerz nach Arthroskopie beschäftigte sich Dr. Gregor Möckel. Als mögliche Gründe identifizierte er die falsche Indikation, falsche Erwartungen, eine technisch insuffiziente Operation sowie postoperative Komplikationen. Gegen Adhäsionen empfiehlt er die schnelle, intensive Mobilisierung, bei Bedarf auch eine arthroskopische Adhäsiolyse. Der Referent plädierte gegen die Kapselresektion. Ossifikationen lassen sich durch atraumatisches Vorgehen und Prophylaxe vermeiden, erfordern aber eine Resektion, wenn sie dennoch auftreten. Bei Instabilität und Überkorrektur ist eine baldige Beckenosteotomie angezeigt. Bei der Arthrose heißt die Devise nach Ausschöpfung der konservativen Behandlung: ohne Kompromisse zur HTEP übergehen. Wann ist es Zeit, nach einer Beckenosteotomie zur TEP zu wechseln? Prof. Dr. Klaus-Peter Günther nannte als wichtigste Argumente für die Endoprothese einen ausgeprägt geschwächten vorderen Beckenrand, Malalignment, Pseudarthrose und sonstige Schmerzursachen wie etwa ein extraartikuläres Impingement. Es komme darauf an, die Schmerzursache in abgestufter Diagnostik genau zu analysieren und festzustellen, ob sie im Gelenk oder außerhalb davon zu finden sei. Die Endoprothetik nach einer Osteotomie erreiche weniger gute Ergebnisse als ohne diese Voroperation. Diese Tatsache sollte nicht nur mit dem Patienten besprochen werden, sondern auch als Warnung vor Selbstüberschätzung dienen. Als Faustregel gelte: Je stärker die Beschwerden präoperativ, desto schlechter die Ergebnisse der operativen Intervention. Gelenkerhaltende Korrekturmaßnahmen seien also auch nach Beckenosteotomie unbedingt in Betracht zu ziehen, wenn sie noch möglich erscheinen. Der Operateur sollte sich vor dem Eingriff gründlich mit den möglichen Fallstricken auseinandersetzen. Über den chronischen Schmerz nach Fraktur des Trochanter major bei HTEP und seine Behandlung bietet die Literatur Widersprüchliches und wenig Belastbares, konstatierte Prof. Dr. Dr. Michael Wagner. Die Ergebnisse sind seiner Meinung nach schlechter als berichtet, Frakturen werden oft gar nicht erkannt. Bleibt die frakturbedingte Dislokation unter zwei Zentimetern, kann konservativ behandelt werden. Darüber ist die Osteosynthese angezeigt, bevorzugt mit Krallenplatten oder Zuggurtung, wobei letztere nur bei guter Knochenqualität funktioniere. Der Operateur sollte auf unterschiedliche Osteosyntheseverfahren vorbereitet sein, häufig sei später auch eine rasche Metallentfernung nötig. Dass grundsätzlich kein sehr gutes Ergebnis mehr zu erreichen sei, müsse mit dem Patienten besprochen werden. Sehr wichtig sei postoperativ eine genau an die Situation angepasste Physiotherapie. Prof. Dr. Karl-Dieter Heller beschrieb die Indikationsstellung für Kurzschaftendoprothesen und beantwortete die Frage: „Wen sollte man nicht mit Kurzschaft versorgen?" Schlechte Knochenqualität und übergroßes Offset gehören für ihn zu den Kontraindikationen ebenso wie extreme Valguskonfiguration, Adipositas, ausgeprägte Schenkelhals-Antetorsion und eine vorangegangene Osteotomie. Der Kurzschaft sollte nie ohne intraoperative Röntgenkontrolle implantiert werden. Sollte es zu einer Perforation der Kortikalis kommen, empfiehlt Prof. Heller den Wechsel auf einen Geradschaft.

Bei gestörter Muskelfunktion und unphysiologischem Gangbild steigt die Belastung im Gelenk im Mittel vom 2,5- aufs 3,5-fache des Körpergewichts, konstatierte Dr. Philipp Damm. Eine Ursache dafür kann eine intraoperative Schädigung der Muskulatur sein. In einer Studie, bei der die Probanden sensorbestückte Standardendoprothesen erhalten hatten, wurde die Gelenkkontaktkraft in vivo gemessen. Dabei stellte sich heraus, dass das Muskelvolumen kein guter Prädiktor für die Gelenkkontaktkraft ist, im Gegensatz zum Fettanteil des Muskels. Der intraoperativ geschädigte Muskel verfettet postoperativ und verliert an Leistungsfähigkeit. Das wurde in der Studie anhand des Gluteus minimus und des Tensor fasciae latae untersucht. Während der Fettanteil des ersten um 22 Prozent anstieg, sank er beim zweiten um 65 Prozent. Die kompensierende Muskulatur muss bei einem ungünstigeren Hebelverhältnis für dieselbe Bewegung ein höheres Moment aufbringen. Die Schädigung der gelenküberspannenden Muskulatur und daraus resultierende Verfettung führt so zur Zunahme der Gelenkkontaktkraft.

Prof. Dr. Georg Matziolis
Prof. Dr. Henning Windhagen
Dr. Nora Renz
Prof. Dr. Klaus-Peter Günther
Prof. Dr. Carsten Perka

Der designierte AE-Präsident Prof. Dr. Henning Windhagen (rechts) dankte dem noch amtierenden Vorgänger Prof. Dr. Carsten Perka für sein großes Engagement im Jubiläumsjahr der AE und überreichte die Ehrenurkunde.

AE-ComGen-Promotionssession

Die Promotionssitzungen auf den AE-Kongressen der vergangenen Jahre sind sehr erfreulich verlaufen. Es hat sich immer eine anregende Diskussion der vorgestellten Projekte und der damit zusammenhängenden Forschungsausrichtung der beteiligten AE-Kliniken ergeben. Die Promovierenden selbst haben die Vorstellung positiv wahrgenommen und waren von der angenehmen Atmosphäre der Sitzungen beeindruckt.

Teilnehmer der von der ComGen durchgeführten Promotionssitzung am 9. Dezember 2016 in Berlin waren: Florian Dittrich, Franz Reichel, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (wiss. Leitung), Sophie Charlotte Brackertz, Philipp Otto Georg Dworschak, Prof. Dr. Andreas C. Niemeier (wiss. Leitung) (v.l.n.r.)

Deshalb möchten wir die bewährte Promotionssitzung auch beim diesjährigen AE-Kongress in Hamburg wieder durchführen. Nach wie vor sind Projekte mit klarem Bezug zur Endoprothetik, aber auch experimentelle oder biomechanische Arbeiten in diesem Kontext erwünscht.

Um den Promovierenden und den AE-Mitgliedern einen größeren Nutzen aus den wissenschaftlichen Arbeiten anbieten zu können, wurde eine Promotionsdatenbank auf der AE-Website angelegt. Sofern Betreuer und Promovierender zustimmen, soll das Abstract der Anmeldung in einer Datenbank erfasst werden. Hiermit wäre ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer kooperativen Bearbeitung der klinischen Fragestellungen aus dem Bereich Endoprothetik in der AE gemacht.

Für die Promovierenden sind die Rahmenbedingungen unverändert: Sie stellen ihre Projekte selbst vor, danach wird über methodische Aspekte der Arbeit und die bisherigen Ergebnisse diskutiert. Die Sitzungen sollen einen Austausch zwischen erfahrenen AE-Mitgliedern, ComGen-Mitgliedern und dem wissenschaftlichen Nachwuchs ermöglichen.

Zur Unterstützung der Promovierenden werden die Reisekosten nach Hamburg und eine Übernachtung übernommen. Die Teilnahme am AE-Kongress und am AE-Kongressabend ist für den wissenschaftlichen Nachwuchs frei.

Termin: Freitag, 1. Dezember 2017, 13:10–14:10 Uhr während des AE-Kongresses in Hamburg. Bitte melden Sie mögliche Kandidaten bis zum 30. September 2017 bei der AE-Geschäftsstelle per E-Mail an: j.bindemann@ae-germany.com

Schlagkraft weiter erhöhen

Helfen Sie mit, die AE noch stärker zu machen!

Die AE ist weit über Deutschland hinaus die wichtigste Fachgesellschaft im Bereich der Endoprothetik. Ihre Anziehungskraft wird durch die stetig wachsende Zahl der Mitglieder unterstrichen. Die AE möchte die Bedürfnisse aller Kollegen abbilden, die in der Endoprothetik tätig sind. Die Mitgliedschaft ist daher der erste Schritt zum Dialog mit erfahrenen Kollegen. Für die in Wissenschaft und Ausbildung aktiven Kollegen bietet die AE-Akademie die Möglichkeit, aktiv an der Weiterentwicklung mitzuarbeiten.

Deshalb sind alle AE-Mitglieder aufgerufen, weitere Mitglieder zu gewinnen. Das ist mit den neuen Aufnahmebedingungen leichter geworden: Die Mindestzahl der endoprothetischen Eingriffe wurde mit dem EndoCert Katalog harmonisiert und beträgt nun 50 eigenständige Eingriffe pro Jahr. Diese Zahl ist mindestens zwei Jahre zu erreichen. Für die zertifizierten Hauptoperateure bietet die AE die passenden Weiterbildungsformate und natürlich den kollegialen Austausch an.

Ausnahmen bei der Zahl der Eingriffe sind für Kollegen möglich, die sich auf die kleinen Gelenke – Schulter, Ellenbogen, Hand, Sprunggelenk –, Tumore oder gelenkerhaltende Eingriffe spezialisiert haben. Als weiteres Ausnahmekriterium zählt eine intensive wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich der Endoprothetik. Sie gilt auch für Spezialgebiete wie Anatomie, Biomechanik, Infektiologie oder Allergologie.

Nach wie vor ist die Empfehlung eines AE-Mitglieds Voraussetzung für eine Neuaufnahme. Wir appellieren an die Mitglieder, diesen Passus weniger als Beschränkung, sondern vielmehr als Chance zu verstehen, im Sinne der AE neue Mitglieder zu gewinnen. Als Argumentationshilfe seien hier einige der wichtigsten Vorzüge der Mitgliedschaft stichwortartig zusammengefasst:

- Zugehörigkeit zu einer wichtigen Fachgesellschaft mit hoher wissenschaftlicher Reputation
- Umfassendes Fortbildungsangebot
- Vielfältige Möglichkeiten, sich aktiv an der wichtigen Arbeit der AE zu beteiligen
- Intensiver Austausch unter Kollegen
- Einfluss auf die Entwicklungen im Bereich Endoprothetik
- Netzwerk mit klarem Fokus

Für besonders aktive Mitglieder besteht zudem die Möglichkeit zur Aufnahme in die AE-Akademie (für Ärzte in leitender Position) oder in die AE-ComGen (für Ärzte in nichtleitender Position). Anträge zur Aufnahme in die AE in diesem Jahr nimmt die Geschäftsstelle bis zum **15. November** entgegen. Die detaillierten Aufnahmekriterien sind auf der AE-Website hinterlegt.

Sind Ökonomie und Qualität vereinbar?

AE-Forum – Experts meet Experts, Dortmund, 23. Juni 2017

Das Forum fand im Rahmen der Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung statt. Die wissenschaftlichen Leiter waren Norbert Ostwald und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller. Das traditionelle Ziel dieses Forums ist der Austausch zwischen Medizin und Industrie. In diesem Jahr war es das Ziel, sich mit den verschiedenen Aspekten der Gesundheitsökonomie zu beschäftigen. Die plötzliche und unerwartete DRG-Abwertung und -Abstufung im letzten Jahr hat klar gezeigt, wie vulnerabel das System ist und wie schnell auch etablierte Zentren an finanzielle Grenzen kommen.

Das Forum sollte die Ökonomisierung aus verschiedenen Sichtweisen darstellen, deren Folgen beleuchten und Wege zur kurz- und langfristigen Schadensbegrenzung aufzeigen. Auch sollte geklärt werden, wie künftig moderne Medizin in Deutschland, unter Berücksichtigung der sinkenden Honorierung, überhaupt noch möglich ist. Im letzten Block wurden wesentliche betriebswirtschaftliche und juristische Themen beleuchtet, die im Zusammenhang mit der Ökonomisierung immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Das Rohprogramm wurde von den Leitern der Sektion Ökonomie der AE, Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe und Dr. Holger Haas, konzipiert und seitens der wissenschaftlichen Leiter noch ein wenig modifiziert.

Ökonomisierung – eine Abwärtsspirale?

In vier Vorträgen wurden die Chancen und Risiken der Ökonomisierung von Dr. Johannes Schauwecker und dem Autor dargestellt. Die Referenten machten klar, dass das Gesundheitssystem sich derzeit in einer schwierigen Phase befindet, dass das DRG-System ebenso wie die Privatisierung im Krankenhauswesen eine Ökonomisierung erzwingt. Ein kostendeckendes Arbeiten ist häufig nur mit Fallzahlsteigerung möglich, was nicht zuletzt auch die sehr hohen Implantationszahlen in Deutschland belegen. Fakt ist, und dies bestätigen auch der Deutsche Ethikrat und die Akademie der Wissenschaften, dass die Ökonomie die Medizin derzeit dominiert. Es ist vollkommen klar,

Roundtable-Diskussion mit den Moderatoren Prof. Dr. Carsten Perka (links) und Norbert Ostwald (ganz rechts), dazwischen von links: Dr. Jochen Jung, Dr. Johannes Schauwecker, Dr. Hadi Saleh, Christoph Eigenmann, Prof. Dr. Andreas Halder, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. Christian Götze, Prof. Dr. Ulrich Nöth

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

Prof. Dr. Andreas Halder (links) und Dr. Andreas Hey

Dr. Jochen Jung (links) und Priv.-Doz. Dr. Marcus Egermann

dass das DRG-System Fehlanreize setzt und dass die Preisspirale sich kontinuierlich in eine Richtung, und dies heißt nach unten, weiter dreht.

Im Rahmen des Krankenhaus-Strukturgesetzes wurden verschiedene Qualitätsoffensiven gestartet, die nun sukzessive vom IQTIQ ungesetzt werden, so zum Beispiel die qualitätsbezogene Vergütung, Qualitätsverträge, Mindestmengen sowie planungsrelevante Qualitätsindikatoren.

Prof. Dr. Ulrich Nöth erläuterte ausführlich das Fast-Track-Konzept in der Endoprothetik und konnte dessen zunehmender Verbreitung, insbesondere im Sinne des Patienten, nur Positives abgewinnen. Die Patienten werden dabei mittlerweile am ersten Tag mobilisiert und können, bei bestem Wohlbefinden, die Klinik nach wenigen Tagen verlassen. Unklar ist natürlich, was mit den freiwerdenden Betten passiert. Es bleibt letztlich nur übrig, entweder Personal zu reduzieren, um ökonomisch zu agieren, oder eben diese freiwerdenden Betten wieder mit neuen Fällen zu füllen, was letztendlich aber zu einer weiteren Fallzahlsteigerung führt.

Die Vorträge machten einmal mehr klar, dass ein Überangebot an endoprothetisch agierenden Kliniken besteht, und dass eine Konzentration auf die besonders erfahrenen Kliniken stattfinden sollte, insbesondere auf EndoCert-Häuser.

Prof. Dr. Andreas Halder wies auf Konzepte der Kostenoptimierung hin und belegte am Beispiel der privaten Klinikketten, dass hier noch Optimierungsmöglichkeiten bestehen und dass im Zusammenhang mit der aktuell stattfindenden Herabstufung und Abwertung Prozessoptimierung nottut.

Ist Qualität in Deutschland noch bezahlbar?

Wir haben uns sehr gefreut, dass Keith Tucker einen Vortrag mit dem Thema „Evidence based implant choice (ODEP rating)" hielt. Das ODEP Rating ist ein Ansatz, der nicht der Bloßstellung der Operateure oder der Implantate dient, sondern einen Weg zur Reduktion der Revisionen darstellt und der Patientensicherheit dienen soll.

Norbert Ostwald sprach über Besonderheiten der Qualitätssicherung. Es wurde klar, dass die momentane Herabstufung zur Qualitätsreduktion führen dürfte, die Gefahr besteht allerdings im neuen System. Ob Innovation für den deutschen Markt noch Sinn ergibt, wurde kontrovers diskutiert. Die Regularien in Europa seien mittlerweile schärfer als auf dem amerikanischen Markt. Eine FDA-Zulassung ist derzeit leichter zu erhalten als eine CE-Kennzeichnung. Eine Preisschere existiere nicht nur im Krankenhaus, auch die Endoprothesenhersteller hätten es mit einer zunehmenden Verteuerung von Rohmaterial zu tun, was angesichts sinkender Preise ein großes Problem darstelle.

Dr. Jürgen Malzahn von der AOK berichtete über Zuzahlungsmodelle und kam zu dem Schluss, dass eine Zuzahlung wie in der Zahnmedizin von den Kassen nicht gewünscht sei. Er könne sich eher Zu- und Abschläge oder Honorierung auf Basis des QSR-Navigators vorstellen. Dies wurde im Anschluss an diesen Block im Round Table sehr intensiv diskutiert, zumal Dr. Malzahn der festen Meinung war, dass teure Gleitpaarungen nicht zwangsläufig zu längerer Haltbarkeit führten, so dass unsere Argumente bezüglich der Qualität unbegründet seien.

Norbert Müller, Rechtsanwalt aus Bochum, beendete den Block mit einem Vortrag zur Compliance und resümierte, dass man das Compliance-Problem nicht so kritisch sehen muss, wie dies initial vermutet wurde. Er rät aber dazu, stets sensibel zu bleiben und dieses Thema ernst zu nehmen.

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Norbert Ostwald mit Keith Tucker (Mitte), Chairman von ODEP&Beyond Compliance

Exkurs BWL und Jura

Marion Radonjic berichtete aus Sicht der Controllerin über die Kosten- und Erlösstruktur einer Klinik. Hier wurden noch einmal alle wesentlichen Fallzahlen genannt und diskutiert. Dr. Dominik Pförringer erwähnte die zehn wichtigsten Kennzahlen aus Sicht des Arztes – ein Aspekt, den der Autor seit vielen Jahren auch auf VLOU-Workshops zum Thema gemacht hat, wo aber nie eine klare Aussage kam. Auch jetzt wandte sich dieser sehr gut präsentierte Vortrag mehr an die Chefärzte, indem er ihnen Empfehlungen gab, wie sie ihre Klinik sinnvoll führen sollten. Wesentliche Kennzahlen, die gerade für den Chefarzt in der Diskussion mit seiner Geschäftsführung und dem Controlling von Bedeutung wären, wurden in diesem Vortag auch nicht genannt.

Norbert Müller hielt einen sehr interessanten Vortrag über das Thema „Kostenfaktor Personal" vor dem Hintergrund des Arbeitszeitgesetzes. Dr. Pierre Göbel stellte aus seiner Sicht die Probleme und Stellschrauben des DRG-Systems dar. Hier kam einmal mehr klar zum Vorschein, dass die DRG-Sätze sich sukzessive nach unten bewegen. Dr. Göbel informierte über aktuelle Entwicklungen und zeigte Wege auf, wie man sich diesen anpassen kann. Er beschrieb verschiedene Szenarien für Kalkulations- und Nichtkalkulationshäuser. Das Kalkulationshaus habe den Vorteil, genau zu wissen welche Leistung wieviel koste, jedoch den Nachteil, dass ein Preisdumping bei Implantaten die Matrix zerstöre. Im Nichtkalkulationshaus bliebe die „sportliche" Kodierung ohne Konsequenz. Das Missbrauchspotential wurde sorgfältig erläutert. In der Knieendoprothetik sei es auch ohne radikale Abstufung und Abwertung, allein wegen der InEK-Matrix, zu einem Minus von 233 Euro gekommen.

Fazit

Das Forum war eine sehr informative Veranstaltung, die den Zuhörern die Problematik der Ökonomisierung darstellte, aber auch Wege und Tipps, sowohl aus betriebswirtschaftlicher als auch aus juristischer Sicht, aufzeigte, mit dieser Situation adäquat umzugehen. Die Resonanz war sehr positiv. Es wurde klar, dass der gewählte Weg der Rationierung über die schlechtere Bezahlung der Krankenhäuser nicht sinnvoll sein kann. Hochwertige Versorgung muss sichergestellt werden, die Ökonomie darf die medizinischen Abläufe nicht dominieren, statt kurzfristiger Einsparungsmodelle müssen Langzeitergebnisse zählen.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Die AE bedankt sich bei ihren Partnern für deren Unterstützung!

Gold:

Aesculap - a B. Braun company
B BRAUN
SHARING EXPERTISE

CeramTec

DePuy Synthes

LINK

PETER BREHM
Die Präzision in Titan für den Menschen

ZIMMER BIOMET
Your progress. Our promise.

Silber:

smith&nephew

stryker

Weitere Industriepartner:

RESORBA

Industriepartner im Porträt

Im beigelegten Sonderheft stellen sich unsere Industriepartner vor. Die AE empfiehlt die Unternehmensporträts Ihrer Aufmerksamkeit.

AE goes CAOS

10. Kongress der Chinese Association of Orthopaedic Surgeons (CAOS), Guangzhou, 12.–13. Mai 2017

Die CAOS wird derzeit von dem uns bekannten ehemaligen CAO-Präsidenten Yan Wang geleitet. Das Ziel der Gesellschaft ist, die chinesischen Kollegen aus-, weiter- und fortzubilden. In diesem Jahr haben 10.000 Ärzte den Kongress besucht, mehrere tausend weitere Kollegen waren per Internet zugeschaltet.

In Guangzhou fanden zahlreiche thematisch nach den üblichen Regionen sortierte Fortbildungen statt. Im Geiste der seitens der DKOU-Kongresspräsidenten Hoffmann, Kladny und Heller im Jahre 2013 abgegebenen Chinese Declaration findet nunmehr regelmäßiger Austausch zwischen den chinesischen und den deutschen Kollegen statt. Wie auch in den Jahren zuvor war die DGOU, im endoprothetischen Bereich von der AE vertreten, an exponierter Stelle präsent. Neben der nordamerikanischen Wirbelsäulenchirurgenvereinigung NASS waren wir die am häufigsten erwähnte ausländische Fachgesellschaft, was in einer Rede des vorjährigen DGOU- und nächstjährigen AE-Präsidenten Florian Gebhard in der Eröffnungsveranstaltung gipfelte. Sowohl Florian Gebhard als auch Wolfhart Puhl, Christoph Josten und meine Person als AE-Generalsekretär wurden dort gesondert auf der Bühne geehrt.

Ehrung der DGOU- und AE-Delegation, hier vertreten durch Prof. Dr. Wolfhart Puhl, Prof. Dr. Florian Gebhard, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (3.–5. v.l.) und Prof. Dr. Christoph Josten (2.v.r.)

Die Referenten von DGOU und AE, die am 12. Mai beim CAOS-Kongress aktiv waren, mit chinesischen Partnern: Prof. Dr. Joachim Grifka, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Chairman Prof. Yaoping Wu, Prof. Dr. Wolfhart Puhl, Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth (3.–7. v.l.) und Dr. Thomas Mattes (2.v.r.) mit hilfreichen Dolmetschern und Technikern

In diesem Jahr hatte die DGOU zwei Themenkomplexe zu bearbeiten:
Der Trauma-Part wurde von den Kollegen Bouillon, Gebhard, Josten und Nerlich konzipiert, für die Endoprothetik waren die Kollegen Grifka, Heller, Mattes und von Roth zuständig.

Beide Bereiche, Trauma und Endoprothetik, hatten jeweils einen ganzen Tag auf diesem Kongress mit Veranstaltungen zu füllen. Leider fanden beide Blöcke parallel statt, sodass sich die Zuhörer für einen entscheiden mussten. Die AE hatte für die DGOU die Koordination und die Konzeption des endoprothetisch-orthopädischen Parts mit dem Titel „CAOS-/DGOU-/AE-Seminar" übernommen: Der Arthroplastik-Kurs wurde am 12. Mai von 8 bis 18:10 Uhr abgehalten.

Jeder der oben genannten Referenten hatte fünf Vorträge zu verschiedenen Bereichen der Hüft- und Knieendoprothetik zu halten. Die Vorträge wurden simultan übersetzt und von Yaoping Wu und Yanghou Quin moderiert, die wir bereits im letzten Jahr kennengelernt hatten. Nach meiner Begrüßungsansprache hielt zunächst Thomas Mattes einen Vortrag zu präarthrotischen Deformitäten und zum Gelenkerhalt. Dann wurde die Hüftendoprothetik thematisiert, von der präoperativen Planung über minimalinvasive Zugänge, verschiedene Pfannen- und Schafttypen bis zu den Gleitpaarungen. Im nächsten Block wurden die Themen Hüftkopfnekrose, Impingement und Luxation sowie Fallbeispiele besprochen.

Im folgenden Modul widmeten wir uns dem Kniegelenkersatz mit diesen Schwerpunkten: Differentialindikation, Umstellungsoperationen, Hemiarthroplastik, Rekonstruktion der Joint-Line, Standards in der Knieendoprothetik, neue Implantate. Außerdem wurden das schmerzhafte Knie und die erweiterten Zugänge thematisiert sowie Fallbeispiele diskutiert.

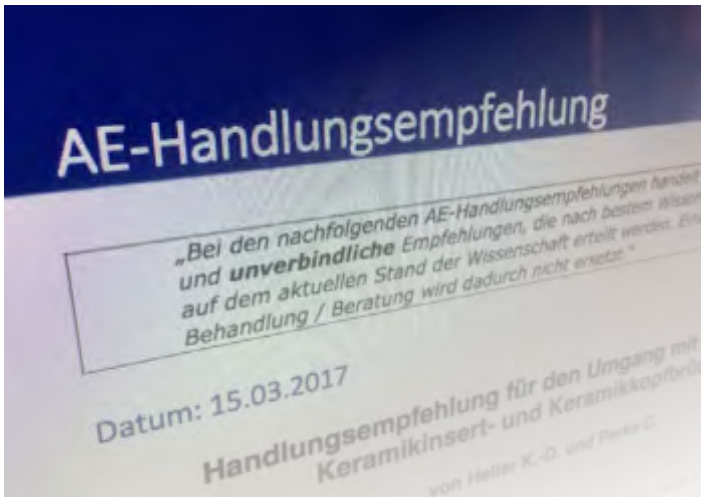
Der letzte Block war dem infizierten Implantat gewidmet. Hier ging es um die Diagnostik zur Revisionsstrategie – früh und spät – sowie vor der abschließenden Falldiskus-

Handlungsempfehlung überarbeitet

Die AE-Handlungsempfehlung zur intraoperativen Gabe von Tranexamsäure wurde überarbeitet und dem neuesten Stand des Wissens angepasst. Auf der AE-Website können jetzt folgende Handlungsempfehlungen abgerufen werden:

- Handlungsempfehlung für den Umgang mit frakturierten Keramikinserts und Keramikkopfbrüchen
- Die intraoperative Gabe von Tranexamsäure (Update 5/2017)
- Empfehlungen der AE zur Antibiotikaprophylaxe bei zahnmedizinischen Eingriffen
- Stellungnahme der AE zur Metallkorrosion

Bei den AE-Handlungsempfehlungen handelt es sich um allgemeine und unverbindliche Empfehlungen, die nach bestem Wissen und Gewissen basierend auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erteilt werden. Sie ersetzen nicht die patientenindividuelle Behandlung und Beratung.



AG Outcome-Messung

Die neue Arbeitsgruppe zur Outcome-Messung in der Endoprothetik hat unter der Leitung von Prof. Dr. Jörg Lützner und Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth am 29. Juni 2017 in Hannover ihre erste Besprechung abgehalten. Ihr Ziel ist, Empfehlungen zur Outcome-Messung in der Endoprothetik zu formulieren, sowohl für wissenschaftliche Fragestellungen als auch im Hinblick auf regulatorische Notwendigkeiten sowie auf die Anwendung in der Routineversorgung. In die Arbeitsgruppe sind auch AE-Industriepartner eingebunden.

AE bei OrthoLoad

Die AE ist als Premium-Mitglied dem Orthoload Club beigetreten. Der Club, dem auch mehrere Implantathersteller angehören, wurde 2013 gegründet und widmet sich dem Informationsaustausch zwischen Wissenschaft, Klinik und Industrie im Bereich der Endoprothetik. Die Mitglieder haben Zugang zum gesamten Datenfundus des OrthoLoad-Forschungsprojekts. Dort werden umfangreiche In-vivo-Messergebnisse zur Gelenkbelastung gesammelt.

Das Projekt ist am Julius Wolff Institut der Charité angesiedelt. Zu den Forschungsthemen von OrthoLoad gehören unter anderem die Bewegungsanalyse von Implantat und knöchernen Strukturen im Sub-Millimeter-Bereich bei alltäglichen und sportlichen Aktivitäten, die Optimierung des technischen und klinischen Entwicklungsprozesses für neue Implantate sowie die Optimierung etablierter und die Entwicklung neuer Therapie- und Rehabilitationsprogramme.

OrthoLoad
Loading of Orthopaedic Implants

Fortsetzung von Seite 20

sion um spezielle Aspekte in der Revisionsendoprothetik. Das Seminar wurde dann von Wolfhart Puhl zusammengefasst.

Es handelte sich um eine sehr erfahrungsreiche und durchaus anspruchsvolle Reise. Am Anreisetag vor Kongressbeginn führten wir intensive Diskussionen mit den Dolmetschern, wobei jeder Referent bis in die späte Nacht seine fünf Vorträge vorstellte. Nach einem freundlichen Mittagsempfang ging es am Abend des Vortragstages zur bereits erwähnten Eröffnungsveranstaltung. Danach waren wir als Ehrengäste zum Präsidentendinner geladen, welches in ungezwungener Atmosphäre stattfand. Die Freundlichkeit des Gastgebers Yan Wang war, wie bereits auch in den Vorjahren, außergewöhnlich. Er betonte mehrfach, dass er auch in Zukunft sehr gern mit der AE zusammenarbeiten möchte. Die Chinesen möchten das Know-how und die Kursformate der AE auf China übertragen, was die AE natürlich gerne übernimmt beziehungsweise unterstützt. Bereits in den Vorjahren waren Mitglieder der CAOS bei verschiedenen AE-Kursen zugegen, um sich dieses Ausbildungsformat anzuschauen.

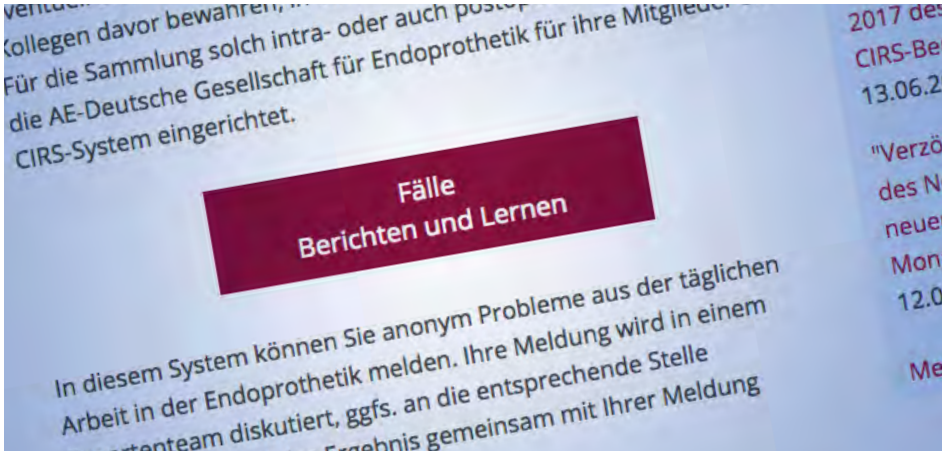
Leider hat man, wie immer, von der Stadt und der Region, aufgrund einer Anwesenheit vor Ort von etwa 26 Stunden, nichts sehen können. Guangzhou, im südlichen China nahe Hongkong gelegen, hätte hier sicherlich vieles geboten. Ungeachtet dessen reisten nahezu alle Referenten bereits am gleichen Abend, in der gleichen Nacht oder am nächsten Morgen wieder ab.

Künftig wird sich die neu gegründete Deutsch-Chinesische Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie unter der Leitung von Wolfhart Puhl der Kooperation mit China annehmen. Die AE wird, da sie auch in diesem Vorstand adäquat vertreten ist, die Kooperation und Edukation auf dem Gebiet der Endoprothetik übernehmen und ausbauen, bis hin zu Austauschprogrammen.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

AE etabliert eigenes CIRS

Ab sofort steht den AE-Mitgliedern ein eigenes und exklusives Online-System zur Meldung kritischer Zwischenfälle (Critical Incidence Reporting System, CIRS) bei endoprothetischen Eingriffen zur Verfügung. Die Erfassung erfolgt anonym, die Fälle werden von einem Expertengremium ausgewertet. Die Mitglieder erhalten das Zugangspasswort per E-Mail von der AE-Geschäftstelle.



CIR-Systeme haben sich in der Luftfahrt, der Atomindustrie und inzwischen auch in Teilen der Medizin als effiziente Instrumente der Sicherheits- und Qualitätsoptimierung bewährt. „Das Ziel des AE-eigenen CIRS ist, die Qualität der Endoprothetik weiter zu steigern und die Sicherheit der Patienten zu erhöhen", betont Prof. Dr. Rudolf Ascherl, der dieses Projekt für die AE entscheidend vorangetrieben hat. „Es können alle Arten von Problemen, Beinahe-Fehlern oder kritischen Situationen gemeldet werden. Die Auswertung wird später der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, damit wir alle aus den Zwischenfällen lernen und ihr Entstehen künftig besser vermeiden können."

Das CIRS der AE wurde in Kooperation mit dem ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin aufgebaut, einer gemeinsamen Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ähnliche Systeme werden von anderen Fachgesellschaften und Verbänden wie der DGCH und der Bayerischen Landesärztekammer betrieben (siehe www.äzq.de).

Das AE-CIRS ist ein geschlossenes System zur externen und unabhängigen Qualitätssicherung. Es vermeidet, einzelne Leistungserbringer zu diskreditieren. Es ist auch nicht dazu geeignet, systemimmanente Probleme von Klinikabläufen lösen. Kritische Situationen, die etwa aufgrund von Dienstplangestaltung, Personaldichte oder ähnlichem entstehen, fallen nicht in sein Zielgebiet. Potentielle Fehlerquellen aus solchen Situationen lassen sich nur in Abstimmung mit dem jeweiligen Klinikmanagement beseitigen. Das System der AE ist also kein Kummerkasten für Schwierigkeiten, welche durch die Verwaltung induziert sind. Es ist explizit für operative und technische Fragestellungen auf dem Gebiet der Endoprothetik gedacht.

Anonymität
Um eine möglichst umfassende, objektive Berichterstattung zu gewährleisten, ohne dass der Berichtende Sanktionen befürchten muss, legt das System größten Wert auf Anonymität. Lediglich die Berufsgruppe des Berichtenden wird festgehalten, der Bericht lässt sich nicht zu seinem Autor zurückverfolgen.

Angaben zum Patienten
Lediglich Alter und Geschlecht des Patienten werden erfasst.

Ereignis
Der Nutzen des CIRS hängt von der Genauigkeit der Berichte ab. Deshalb wird das Ereignis detailliert erfasst. Dafür stehen auch Freitextfelder zur Verfügung.

Zeitaufwand
Das Eingeben eines Berichtes sollte nicht länger als 10 Minuten benötigen.

Plausibilitätsprüfung
Die eingegebenen Berichte werden zunächst von einem Expertengremium gesichtet. Potenziell diffamierende Einträge werden identifiziert und gelöscht. Das CIRS der AE pflegt dabei eine enge Zusammenarbeit mit den Medizinprodukteherstellern.

Patientensicherheit
Die wissenschaftliche Analyse von Fehlern hat gezeigt, dass kritische Fehlersituationen meistens auf typische Entstehungsmechanismen und wiederkehrende Ereignisse zurückzuführen sind. Nur wenn potentielle Fehlerquellen identifiziert werden, lassen sich entsprechende Maßnahmen einleiten und präventiv durchführen.

Prof. Dr. Peter Biberthaler

Was das CIRS der AE leisten kann:

- Feedback über den Ereignisbericht geben
- Institutionalisierung von sicherheitsrelevanten Verbesserungen
- Kritische Ereignisse, Beinaheschäden und positive Beispiele für das Lösen von Zwischenfällen veröffentlichen
- Neutrale Information zu möglichen Verbesserungsmaßnahmen geben
- Aufmerksamkeit erhöhen
- Neue Fehlerkultur fördern

Was das CIRS der AE nicht kann:

- Definitive Änderungen herbeiführen
- Pflicht der Schadensmeldung ersetzen
- Fehlerfreiheit garantieren
- Änderungen organisieren, durchführen oder kontrollieren. Dies bleibt originäre Aufgabe der lokalen Strukturen.

Das CIRS der AE ist im Mitgliederbereich von **www.ae-germany.com** zugänglich. AE-Mitglieder erhalten das Zugangspasswort per E-Mail von der AE-Geschäftsstelle.

Training weiter optimieren

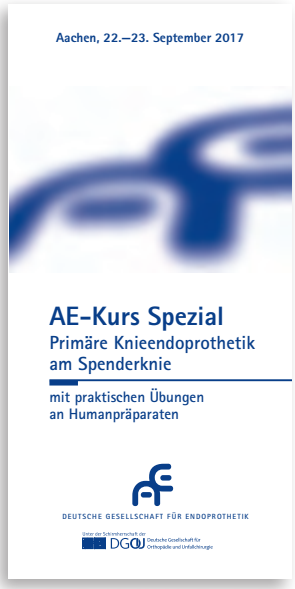
Neue Kursformate runden das Fortbildungsangebot der AE ab

AE-Kompaktkurs Spezial: Innovative Technologien

Köln, 31. August 2017

In diesem Kompaktkurs werden neue Technologien unter die Lupe genommen und auf ihre klinische Relevanz hin überprüft. Die erste Veranstaltung dieses Formats behandelt den Themenkreis Navigation, Robotik sowie patientenspezifische Instrumente und Implantate. Geht es dabei vorrangig um Ökonomie, oder können solche Innovationen langfristig die Versorgungsqualität verbessern?

Diese und weitere Fragen wollen die wissenschaftlichen Leiter, Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel und Prof. Dr. Robert Hube, mit den Teilnehmern und anerkannten Experten diskutieren. In Workshops werden die Technologien auch praktisch erprobt und überprüft. Dabei können die Teilnehmer eigene Fälle mit einbringen.



AE-Kurs Spezial: Primäre Knieendoprothetik am Spenderknie

Aachen, 22.–23. September 2017

Kernstück des neuen Formats „AE-Kurs Spezial" sind die praktischen Übungen am Humanpräparat. Die erste Veranstaltung findet in Kooperation mit den Abteilungen Orthopädie und Anatomie am Universitätsklinikum Aachen sowie der Abteilung Orthopädie des Klinikums Dortmund statt. Die Teilnehmer erhalten einen umfassenden Überblick über den aktuellen Stand der modernen Knieendoprothetik, von der Indikationsstellung über die Planung bis zur operativen Durchführung, und können diese Aspekte am Spenderknie üben.

In den praktischen Einheiten mit drei Teilnehmern pro Spenderknie vermitteln erfahrene Instruktoren Zugangswege, Weichteil-Releasetechniken und knöcherne Schnittführung für die bikondyläre Knieendoprothese. Am zweiten Tag wird die schrittweise Entfernung eines zementierten Implantats durchgeführt, operationstechnisch sensible knienahe Strukturen werden präpariert. Die wissenschaftlichen Leiter sind Prof. Dr. Markus Tingart und Prof. Dr. Christian Lüring.

AE-Dreiländerkurs in Dresden: Hüftgelenk erhalten

AE-Masterkurs Gelenkerhaltende Hüftchirurgie mit praktischen Übungen an Humanpräparaten, Dresden, 29.–30. September 2017

Nach erfolgreichen Veranstaltungen in den Vorjahren wird der „Drei-Länder-Kurs" der AE zur gelenkerhaltenden Hüftchirurgie in diesem Jahr wieder in Dresden ausgerichtet.

Die AE bietet nicht nur qualitativ hochwertige Veranstaltungen zur Fortbildung im endoprothetischen Bereich an, sondern widmet sich auch verstärkt der Etablierung sinnvoller Präventionskonzepte bei degenerativen Gelenkerkrankungen. In diesem Zusammenhang ist ein Kursformat entwickelt worden, mit dem aktuelles Wissen um die Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten in der gelenkerhaltenden Hüftchirurgie vermittelt werden soll. Im Rahmen des speziell für diese Thematik entwickelten Kursformates bieten wir bei diesem Zweitageskurs Vorträge ausgewiesener Referenten zusammen mit umfangreichen Falldiskussionen sowie Workshops an.

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Prof. Dr. Klaus-Arno Siebenrock, Prof. Dr. Ulrich Dorn

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

STIFTUNG ENDOPROTHETIK

Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V. und die Stiftung Endoprothetik e.V. schreiben gemeinsam den Wissenschaftspreis 2017 als Auszeichnung für innovative wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Endoprothetik aus.

Wissenschaftspreis 2017

der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik und der Stiftung Endoprothetik

Die Auszeichnung wird aufgeteilt auf zwei Preise:

- **ein Preis für eine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der Grundlagenforschung, die eindeutigen Bezug zur Endoprothetik zeigt**
- **ein Preis für eine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der angewandten klinischen Forschung, die einen eindeutigen Bezug zu einer klinischen Fragestellung der Endoprothetik zeigt**

Die Auszeichnung der prämierten Arbeiten erfolgt mit jeweils 10.000 Euro.
Somit beträgt die Gesamtdotierung 20.000 Euro.

Eingereicht werden können ausschließlich Arbeiten, die in einem Peer-Review Journal publiziert oder zur Publikation angenommen worden sind. Die Publikation darf nicht älter als ein Jahr sein. Es werden nur Arbeiten berücksichtigt, die nicht gleichzeitig für einen anderen Preis eingereicht und bereits anderweitig ausgezeichnet worden sind.

Die Arbeiten müssen in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein und in sechsfacher Ausfertigung bis zum 15. September 2017 bei der Geschäftsstelle der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V., Oltmannstraße 5, 79100 Freiburg eingegangen sein.

Die eingereichten Arbeiten werden von zwei unabhängigen Jurys hinsichtlich ihrer Preiswürdigkeit bewertet. Je eine Jury ist für eine der beiden Ausschreibungen allein zuständig. Befindet die jeweilige Jury keine der eingereichten Arbeiten als preiswürdig, so wird die betreffende Auszeichnung nicht vergeben und das Preisgeld nicht ausgezahlt.

Beim 19. AE-Kongress in Hamburg, 1.–2. Dezember 2017, sollen die Preisträger die prämierten Arbeiten in Kurzreferaten präsentieren. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Wir möchten Sie als AE-Mitglieder davon in Kenntnis setzen und um Prüfung bitten, ob aus Ihren Kliniken entsprechende Publikationen zur Bewerbung um diese renommierten Preise in Frage kommen.

Bei Fragen und für weitere Informationen wenden Sie sich gerne an die AE-Geschäftsstelle:
Tel. 0761 / 45 64 7666, E-Mail: a.trautwein@ae-germany.com.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Audiovisuelle Medien haben inzwischen Einzug in alle wichtigen Bereiche unseres Lebens gehalten. Für bestimmte Weiterbildungsinhalte in unserem operativen Fachgebiet eignen sich diese Medien im besonderen Maße. Dieser Situation wird die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik zukünftig verstärkt Rechnung tragen und jährlich einen speziellen Preis verleihen:

Preis für audiovisuelle Beiträge im Bereich der Endoprothetik – AE-Filmpreis –

Neben dem thematischen Schwerpunkt der Endoprothetik wird besonderer Wert auf die Eignung des Filmes für die Aus- und Weiterbildung gelegt. Prämierte Beiträge sollen zukünftig im Rahmen des Weiterbildungskonzeptes der AE zum Einsatz kommen und sollen, sofern sie ausgezeichnet werden, der AE und ihren Medien daher dauerhaft zur Nutzung zur Verfügung gestellt werden.

Der Preis ist mit 3.000 Euro dotiert, Einsendeschluss ist der 15. September 2017.

Bewerber sollten in der Orthopädie und Unfallchirurgie tätig sein und den Beitrag selbst erstellt oder für dessen Erstellung verantwortlich sein. Der Beitrag sollte in einem gängigen Medienformat auf einem Speichermedium (CD/DVD/USB-Speicher) eingereicht werden, begleitet von einer Kurzzusammenfassung über Motivation, Inhalt und didaktischen Wert des Beitrages. Alle Bewerbungen werden nach Inhalt, didaktischem Wert und technischer Umsetzung durch eine Jury bewertet. Befindet die Jury keinen der eingereichten Beiträge als preiswürdig, so wird die betreffende Auszeichnung nicht vergeben. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. **Wir möchten Sie als AE-Mitglieder davon in Kenntnis setzen und um Prüfung bitten, ob aus Ihren Kliniken entsprechende Beiträge zur Bewerbung um diesen Preis in Frage kommen.**

Bewerbungen sind an die Geschäftsstelle der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V., Oltmannstraße 5, 79100 Freiburg, Tel. 0761 / 45 64 7666, E-Mail: a.trautwein@ae-germany.com zu richten.

AE-Preisverleihung 2016

Die AE vergab im Jahr 2016 zum ersten Mal gemeinsam mit der Stiftung Endoprothetik e.V. einen Wissenschaftspreis im Gesamtwert von EUR 20.000, aufgeteilt auf zwei Preise: Einen Preis für eine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der Grundlagenforschung, die eindeutigen Bezug zur Endoprothetik zeigt, sowie einen Preis für eine herausragende Arbeit auf dem Gebiet der angewandten Forschung, die einen eindeutigen Bezug zu einer klinischen Fragestellung der Endoprothetik zeigt. Insgesamt waren 24 Bewerbungen für beide Kategorien eingegangen. Die beiden Jurys wählten als Gewinner aus:

Preis Grundlagenarbeit

für die Arbeit „Development and validation of a weight-bearing finite element model for total knee replacement", publiziert in „Taylor & Francis Group":

Priv.-Doz. Dr. Arnd Steinbrück,
Dr. Matthias Woiczinski
und Arbeitsgruppe
LMU Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Orthopädie,
Physikalische Medizin und Rehabilitation

Priv.-Doz. Dr. Arnd Steinbrück (links) und Dr. Matthias Woiczinski

Preis Angewandte Forschung

für die Arbeit „Leg length and offset differences above 5 mm after total hip arthroplasty are associated with altered gait kinematics", publiziert in „Gait&Posture":

Prof. Dr. Tobias Renkawitz
und Arbeitsgruppe
Orthopädische Universitätsklinik
Regensburg
Asklepios Klinikum Bad Abbach

Prof. Dr. Tobias Renkawitz

15 Jahre Stiftung Endoprothetik – 15 Jahre unabhängige wissenschaftliche Forschung!

STIFTUNG ENDOPROTHETIK

Der Stiftungsvorstand: Prof. Dr. Rickert, Prof. Dr. Ewerbeck, Dr. jur. Neuling, Dr. Friesecke, Dr. Siemssen

In diesem Jahr feiert die Stiftung Endoprothetik ihr 15-jähriges Bestehen und wird – wie schon im letzten Jahr – gemeinsam mit der AE den mit insgesamt 20.000 Euro dotierten AE-Wissenschaftspreis vergeben.

Seit ihrer Gründung unter dem Namen Endo-Stiftung 2002 in Hamburg setzt sich die Stiftung Endoprothetik satzungsgemäß für die „Erforschung und Weiterentwicklung von Diagnostik, Prävention und Therapie angeborener, erworbener und verletzungsbedingter Erkrankungen des menschlichen Stütz- und Bewegungsapparats" ein.

Vorstandsvorsitzender Dr. Christian Friesecke über 15 Jahre erfolgreiche Stiftungsarbeit: „15 Jahre Stiftungsarbeit lassen mich mit großer Freude zurückblicken auf eine Vielzahl von Projekten, aus denen Forschungsergebnisse auf höchstem Niveau hervorgegangen sind. Auf diesen Erfolgen basiert unser Ansporn, uns beharrlich für die hochgesteckten Ziele der Stiftung Endoprothetik einzusetzen, nämlich herausragende wissenschaftliche Forschungsprojekte auszuwählen und diese finanziell zu unterstützen. Hervorzuheben ist die Unabhängigkeit der Stiftung von externen Geldgebern. Dies stellt im wissenschaftlichen orthopädischen Bereich eine Besonderheit dar."

Welche Projekte werden von der Stiftung Endoprothetik gefördert? „Die Stiftung unterstützt Studien mit engem Bezug zur Endoprothetik. Dabei werden sowohl Arbeiten der Grundlagenforschung, z.B. auf molekulargenetischer und zellulärer Ebene, Untersuchungen psychologischer Einflüsse auf den Operationserfolg, als auch kontrollierte klinische Studien gefördert. Diese Studien sind die Grundlage für die Entwicklung und Verbesserung von Behandlungsmethoden, die auf wissenschaftlich abgesicherten Ergebnissen beruhen (evidenzbasierte Medizin). Neben den klinischen Forschungsprojekten hat die Stiftung Endoprothetik auch eine prozessbegleitende Studie über den Erfolg der Implementierung des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) gefördert. Das Spektrum der Förderung ist also breit."

Wie wird über die Vergabe der Fördermittel entschieden? „Förderanträge für Projekte werden durch ein ehrenamtlich tätiges wissenschaftliches Gremium in einem unabhängigen, zweistufigen Auswahlverfahren beurteilt. Über die Website der Stiftung können Antragsteller zunächst einen kurzen Sichtungsantrag, der prägnant das Ziel der Studie erläutern soll, an das Stiftungsbüro senden. Bei einer positiven Beurteilung wird der Antragsteller aufgefordert, in einem zweiten Schritt einen detaillierten Förderantrag einzureichen. Erst danach erfolgt eine abschließende Evaluierung und die Entscheidung, ob ein Projekt förderwürdig ist. Die Vergabe der Fördermittel erfolgt international. Wegen des thematischen Zusammenhangs möchten wir ausdrücklich die Mitglieder der AE dazu aufrufen, Anträge bei der Stiftung einzureichen. Gerade von den AE-Mitgliedern wünschen wir uns in Zukunft noch mehr Anträge, als in der Vergangenheit. Die Förderrichtlinien sowie das elektronische Formular für einen Sichtungsantrag sind auf unserer Internetseite www.stiftung-endoprothetik.de einzusehen."

Unabhängige wissenschaftliche Forschung – wie erreichen Sie dieses hochgesteckte Ziel? „Die Finanzierung der Förderprojekte erfolgt sowohl aus der Verwaltung und Anlage des Stiftungsvermögens als auch aus Spendengeldern. Stiftungsvorstand und Kuratorium arbeiten eng zusammen. Beide Organe der Stiftung setzen sich aus Medizinern und Vertretern aus dem Finanz- und Stiftungssektor zusammen und verfügen damit über herausragende medizinische Expertise und Kompetenz in Fragen der nachhaltigen Anlage des Stiftungskapitals."

Welche Bedeutung hat die Vergabe des AE-Wissenschaftspreises gemeinsam mit der AE für die Stiftung Endoprothetik? „Indem wir herausragende Wissenschaftler fördern, kommen wir unserer Zielsetzung, die Forschung und Entwicklung von Diagnostik, Prävention und Therapie auf dem Gebiet der Endoprothetik weiter voran zu treiben und kontinuierlich zu verbessern, ein weiteres Stück näher. Die sehr gute Zusammenarbeit mit der AE ermöglicht es uns, die Stiftung Endoprothetik noch besser zu positionieren, unseren Bekanntheitsgrad zu steigern und die Reichweite zu erhöhen. Über diese Verquickung der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik mit der Stiftung Endoprothetik bin ich besonders glücklich. Ich bin sicher, dass beide Organisationen von der Zusammenarbeit sehr profitieren."

Der Einsendeschluss für die Einreichung der Arbeiten für den AE-Wissenschaftspreis 2017 ist der 15.09.2017. Die Preisträger werden im Rahmen der Preisübergabe auf dem 19. AE-Kongress am 1. und 2. Dezember 2017 in Hamburg die prämierten Arbeiten in Kurzreferaten präsentieren können.

Dr. Christian Friesecke
Chefarzt
Zentrum für Orthopädische Chirurgie
Tabea Krankenhaus Hamburg

AE bietet Hospitationen an

Als neuen Service für die Mitglieder und ihre Mitarbeiter bietet die AE die Vermittlung von Hospitationen an endoprothetischen Schwerpunktkliniken (Universitätskliniken oder Kliniken mit hohen Fallzahlen in der Endoprothetik) an. Die Hospitanten erhalten die Möglichkeit, Kliniken mit einer großen Expertise im Bereich der Primär- und Revisionsendoprothetik sowie der gelenkerhaltenden Chirurgie zu besuchen. Vorrangiges Ziel der Hospitationen ist es, operative Techniken und Konzepte sowohl von der theoretischen als auch der praktischen Seite im Klinikalltag zu studieren.

Die Dauer der Hospitation richtet sich nach den Inhalten und beträgt in der Regel drei bis fünf Tage. Der Besuch soll auch zum beiderseitigen Erfahrungsaustausch dienen. So erhält der Hospitant die Möglichkeit, seine eigenen Erfahrungen – zum Beispiel in einem Vortrag über eigene Forschungsaktivitäten oder über spezielle Verfahren und operative Techniken – darzustellen. Nach der Hospitation ist er aufgefordert, einen Bericht zur Veröffentlichung auf der AE-Website verfassen.

Hospitationsprogramm – Beispiel Charité

Im Rahmen der Hospitation an der Charité können Schwerpunkte aus dem ambulanten, operativen sowie wissenschaftlichen Bereich gewählt und je nach Interesse kombiniert werden. In den spezialisierten Teams werden den Gästen die praktizierten Verfahren und Konzepte vermittelt. Sie erhalten außerdem einen Einblick in die vielfältigen diagnostischen Abläufe und die theoretischen Überlegungen in einer hochspezialisierten endoprothetischen Klinik. Die Gastgeber legen besonderen Wert auf eine aktive Teilnahme des Hospitanten am Klinikalltag.

Mögliche Stationen

Knie-, Hüft-, Schulterteam
sowie septisches Team

Hüftchirurgie / Inhalte zur Auswahl

Operativ

- Minimalinvasive Hüft-TEP-Implantation über einen anterolateralen/anterioren Zugang
- Revisionsendoprothetik (einfache und komplexe Fälle)
- Periazetabuläre Osteotomie (konventionell und minimalinvasiv)
- Hüftarthroskopie

Klinisch/ Ambulant

- Präoperatives Patientenassessment und -management
- Aktive Falldiskussion
- Teilnahme an den Indikationsbesprechungen

Wissenschaftliche und diagnostische Highlights

- Objektivierung und Interpretation des spino-pelvinen Alignments mittels EOS
- Funktionelle Diagnostik im Ganganalyse-Labor
- In-vivo-Kraftmessung mittels instrumentierter Hüft-TEP

Diagnostik und Therapie septischer Komplikationen in der Endoprothetik

- Interdisziplinäres Patientenmanagement in der Abteilung für septische Chirurgie
- Darstellung der spezialisierten diagnostischen Methoden und Algorithmen bei periprothetischen Infektionen
- Einführung und Erörterung der therapeutischen Konzepte bei septischen Komplikationen der Endoprothetik

AE auf dem DKOU 2017

Bereits zum achten Mal wird die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik Sessions beim DKOU gestalten. Zu diesen Sitzungen möchten wir die AE-Mitglieder besonders herzlich einladen:

Wissenschaftliche Sitzung der AE am Sektionentag
Dienstag, 24.10.2017, 14:30–16:00 Uhr
„Aktuelle Implantattechnologie evidenzbasiert genutzt", Großer Saal

Weitere Sitzungen der AE:
Donnerstag, 26.10.2017

08:00–10:30 Uhr, Raum Helsinki
„Die Optimierung des Ergebnisses"

11:00–12:30 Uhr, Raum Helsinki
„AE International Hüfte"

14:30–16:00 Uhr, Raum Helsinki
„AE International Knie"

Gemeinschaftlicher AE-Basis-Kompaktkurs Hüft- und Knieendoprothetik für Ärzte und Physiotherapeuten (Erstmals im Rahmen des DKOU)

25.–27.10.2017, Raum Weimar
jeweils 08:30–12:30 Uhr

Des Weiteren möchten wir – bisheriger Tradition folgend – Sie alle wieder herzlich in die AE-Lounge während des DKOU-Kongresses einladen: Sie befindet sich in Halle 2.2, Fläche 50.

Wir freuen uns sehr darauf, Sie in Berlin wiederzusehen.

Komplex Qualität

Kongress: Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2017 Frankfurt am Main, 9.-10. November 2017

In Frankfurt geht es auch dieses Jahr wieder um die höchstmögliche Sicherheit und Qualität im Zusammenspiel zwischen Medizin und Medizintechnik für eine erfolgreiche Endoprothetik. Präklinisch nach allen Regeln der Kunst geprüfte Implantate und eine gründliche Ausbildung der Operateure nach dem neusten Stand des Wissens sind die Grundvoraussetzungen, um dieses Ziel zu erreichen. Doch die Fragen der Sicherheit und Qualität werden immer komplexer. Politik und Gesetzgeber, Kostenträger und Verbände und nicht zuletzt die mediale Öffentlichkeit spielen eine zunehmend wichtige Rolle. Sie machen die vielschichtige Situation noch komplizierter.

Der Qualitäts- und Sicherheitskongress bietet die Möglichkeit, die Stärken, Schwächen und Grenzbereiche der Endoprothetik auszuloten. Fehlererkennung und Fehlervermeidung setzen einen kooperativen, sachlichen und vor allem analytischen Umgang mit den existierenden Problemen voraus. Aus diesem Grunde richtet sich die Veranstaltung ausdrücklich an Vertreter aus allen beteiligten Bereichen der Medizin, Implantattechnik, Grundlagenwissenschaft, Ingenieurswesen, Gesundheitsökonomie, Medien und Politik.

Zu den Themen des Kongresses gehören Qualitätssicherung, Transparenz, der Umgang mit Vorkommnissen (Serious Adverse Events, SAE) sowie die Einführung von Innovationen angesichts gestiegener Sicherheitserwartungen und neuer Regularien. Generische Implantate sowie Hemmnisse in der Weiterentwicklung der Endoprothetik durch immer intensivere Kontrollen sollen im Licht des gestiegenen Sicherheitsdenkens betrachtet werden. Die Veranstaltung soll auch zu einer neuen gemeinsamen Strategie beitragen, wie sowohl die Implantate als auch deren Anwendung noch weiter verbessert werden können.

Zwischen Mechanik und Biologie

19. AE-Kongress, Hamburg, 1.-2. Dezember 2017

Nach dem Jubiläumskongress von 2016 kreist der AE-Kongress in diesem Jahr wieder um die beiden großen Gelenke Hüfte und Knie. Neben speziellen Themen wie Hypermobilität oder seltene Indikationen bietet die Veranstaltung unter dem Titel „Endoprothetik zwischen Mechanik und Biologie" wie immer auch einen Überblick über aktuelle Entwicklungen. Dazu tragen nicht zuletzt die ausländischen Referenten der englischsprachigen Sitzung bei. Die wissenschaftlichen Leiter sind Prof. Dr. Wolfgang Rüther, Prof. Dr. Henning Windhagen und Prof. Dr. Ulrich Stöckle.

Die erste Sitzung ist dem Themenkomplex Steife und Hypermobilität gewidmet. Dabei werden Aspekte wie die Abgrenzung von Arthritis und Arthrose, der rheumatische Patient und die Arthrofibrose analysiert. Nach dem Gastvortrag, der in einem Exkurs die Ellenbogenendoprothetik darstellen wird, stehen in der zweiten Sitzung die speziellen Indikationen im Mittelpunkt. In dieser Sitzung geht es unter anderem um die Tibiakopffraktur, Nekrose, Erguss, Parese und Plegie, neurodegenerative Erkrankungen und Osteoporose.

Dem immer aktuellen Thema Infektion ist eine eigene Sitzung gewidmet. Hier wird unter anderem die Frage gestellt, ob künstliches und natürliches Gelenk steril sind, Kontamination und Infektion werden gegenübergestellt, Hygiene, Impfung, Antibiose und Diagnostik werden thematisiert. Eine Sitzung über perioperatives Management und Innovationen beschäftigt sich mit Fast Track, Schmerz- und Blutmanagement. Daneben sollen spezifische Instrumente und die Notwendigkeit von Innovationen kontrovers diskutiert werden.

Der zweite Kongresstag beginnt mit der englischsprachigen Sitzung, die sich mit einem sehr vielfältigen Themenspektrum beschäftigt. Hier kommen die unikondyläre Versorgung, das Patellofemoralgelenk, noch einmal das perioperative Management und die zementfreie Knieendoprothetik zur Sprache. Zum Abschluss geht es um den jungen Patienten mit HTEP. Es werden die besonderen Herausforderungen thematisiert, die bei seiner Versorgung eine Rolle spielen: multiple Voroperationen, operativer Zugang, Pfannenpositionierung bei pathologischer Beckenkippung und Asymmetrie, die optimale Gleitpaarung, Mix & Match und ein Algorithmus für die schmerzhafte künstliche Hüfte. Nach dem wissenschaftlichen Programm folgt die inzwischen traditionelle Patientenveranstaltung, diesmal in Zusammenarbeit mit der Rheumaliga. Der Kongressabend findet am Freitag, 1. Dezember, im Restaurant Rive statt.

AE-Mitgliederversammlung

Donnerstag, 30.11.2017,
17:00–19:00 Uhr,
anschließend Abendessen

18. AE-Kongress

Berlin, 8.–9. Dezember 2016

Prof. Dr. Daniel J. Berry (links) mit Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth (1). Zwei Generationen aus Regensburg: Prof. Dr. Rainer Neugebauer, Prof. Dr. Bernd Füchtmeier (2), Prof. Dr. Volker Ewerbeck hält eine launige Rede auf 20 Jahre AE (3), Prof. Dr. Robert Hube in der Diskussion (4), Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Prof. Dr. Robert Hube, Prof. Dr. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Prof. Dr. Georg Matziolis, Prof. Dr. Daniel J. Berry, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner, Prof. Dr. Dominik Parsch (5, v.l.n.r.), Prof. Dr. Volker Ewerbeck, Dr. Holger Haas, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann und Birgit Heller (6, v.l.n.r.), Prof. Dr. Wolfgang Rüther, Priv.-Doz. Dr. Bernd Preininger, Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner, Lena Perka, Nina Perka, auf der anderen Seite Prof. Dr. Daniel Berry, Priv.-Doz. Dr. Philipp von Roth, Priv.-Doz. Dr. Georgi Wassilew, Prof. Dr. Maximilian Rudert, Djafar Moussavi (7, v.h.l.n.v.), Musikalische Umrahmung durch das Trio „Walk on by" (8)

1

2

3

4

5

6

7

8

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

20 JAHRE AE 2016 1996

Gesundheitspolitisches Symposium

Berlin, 8. Dezember 2016

1

2

Edles Ambiente in der Bertelsmann-Repräsentanz (1), Paul Silberer (CeramTec), Prof. Dr. Dominik Parsch, Dr. Holger Haas, Prof. Dr. Johannes Beckmann, Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (2), Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (3), die Referenten als Zuhörer: Prof. Dr. Volker Ewerbeck, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Bernd Kladny, Dietrich Monstadt, Dr. Stefan Etgeton (4), Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. Henning Windhagen (5), Prof. Dr. Karl-Dieter Heller und Jo Theunissen (6), Prof. Dr. Christoph Eingartner, Dr. Steffen Oehme, Michaela Münnig (7), Prof. Dr. Christoph Josten mit Prof. Dr. Fritz Niethard (8), Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking, Dr. Thomas Mattes und Dr. Ste-

3

4

5

6

7

8

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

fan Sauerland (9, v.l.n.r.), Marc D. Michel, Prof. Dr. Wolfhart Puhl, Prof. Dr. Michael M. Morlock, Prof. Dr. Hanns-Peter Knaebel (10, v.l.n.r.), Sascha Penkow und Christoph Eigenmann (11, v.l.n.r.), Präsident und Nachfolger: Prof. Dr. Carsten Perka (links), Prof. Dr. Henning Windhagen (12), Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner und Dr. Johannes Flechtenmacher (13), Dr. Josef Brandenberg, Prof. Dr. Nikolaus Böhler, Prof. Dr. Rainer Neugebauer, Prof. Dr. Dietmar Pennig, Prof. Dr. Ulrich Holz (14, v.l.n.r.), vollbesetzter Saal (15), Prof. Wolfhart Puhl, Andrea Trautwein, Prof. Dr. Peter Kirschner (16, v.l.n.r.), Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Dr. Hadi Saleh, Marc M. Michel, Norbert Ostwald (17, v.l.n.r.), Dr. Werner Bartens (Süddeutsche Zeitung, Mitte) mit Weitsicht zwischen Dr. Holger Haas (links) und Prof. Dr. Carsten Perka (18).

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

AE-Tutorial Knie

Glonn,
30. Januar – 1. Februar 2017

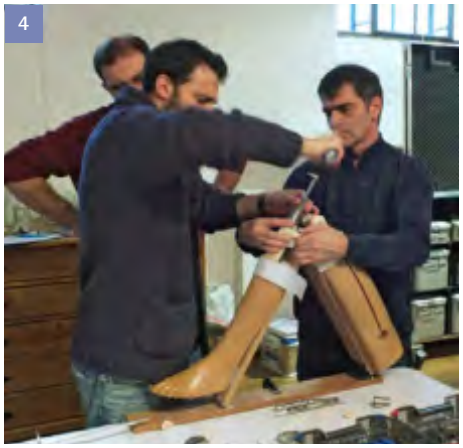
Voller Kurs: Teilnehmer und Referenten (1), als Tutoren bei den Workshops Prof. Dr. Christian Heisel (2, l.) und Prof. Dr. Markus Rickert (3, Mitte), die als Kursleiter bei diesem AE-Tutorial fungierten, sowie Tutor Dr. Thomas Mattes (4, r.).

1

2

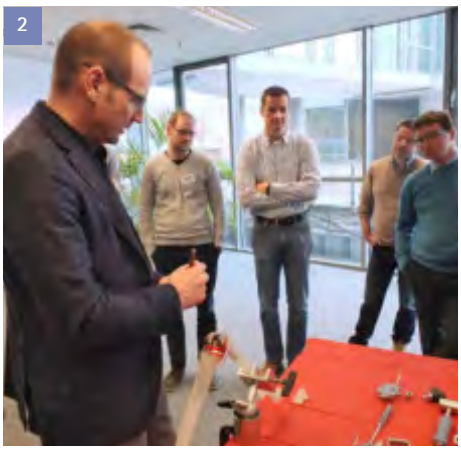
3

4



1

2



AE-Masterkurs Knie

Köln, 10.–11. Februar 2017

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Dr. Daniel Frank und Dr. Alois Franz (1, v.r.n.l), der zusammen mit Priv.-Doz. Dr. Ralf Decking (2, l.) wissenschaftlicher Leiter war. Instruktoren Prof. Dr. Henning Windhagen (3, 3.v.l.) und Dr. Sascha Gravius (4, 2.v.r.) beim Workshop

3

4

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-ComGen-OP-Personalkurs

Karlsruhe, 3.–4. März 2017

Die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (links) und Prof. Dr. Johannes Beckmann mit Ulla Lohmann (2). Teilnehmerinnen beim Üben mit der Messstation beim Keramik-Workshop (2) und beim Zementieren (3)

1

2

3

1

AE-Kurs Hüfte

Ofterschwang, 23.–25. März 2017

Prof. Dr. Dominik Parsch (1, 3.v.r.) war einer der Tutoren bei den Workshops in Ofterschwang, ebenso wie Prof. Dr. Christian Götze (2, r.), Dr. Steffen Brodt (3, l.) und Dr. Safi Khalil (4, 2.v.l.).

2

3

4

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen

Tübingen, 7. April 2017

Dr. Christian Fulghum (1, l.) und Prof. Dr. Ulrich Stöckle (r.) hatten die wissenschaftliche Leitung, in ihrer Mitte Prof. Dr. Björn Gunnar Ochs , der auch als Tutor fungierte (2, l.). Prof. Dr. Christian Bahrs beim Workshop (3)

1

2

3

1

AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik

Berlin, 5. Mai 2017

Der wissenschaftliche Leiter Priv.-Doz. Dr. Hagen Hommel als Instruktor beim Workshop (1), Prof. Dr. Rudolf Ascherl, ebenfalls wissenschaftlicher Leiter, beim Workshop (2), Prof. Dr. Rainer Neugebauer beim Workshop (3)

2

3

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-Basis-Kompaktkurs Standards in der Hüft- und Knieendoprothetik (beim VSOU)

Baden-Baden, 27.–29. April 2017

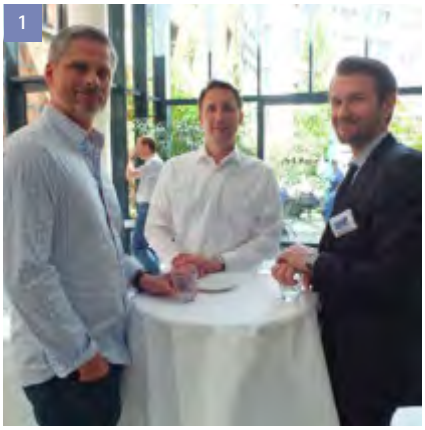
An drei Vormittagen wechselten sich Vorträge und praktische Übungen ab. Prof. Dr. Björn Gunnar Ochs (1) und Priv.-Doz. Dr. Stephan Kirschner (4) waren die wissenschaftlichen Leiter. Zu den Referenten und Instruktoren gehörten unter anderem Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm (6, 8) sowie Prof. Dr. Peter Helwig (7).

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-Masterkurs "Endoprothetik bei posttraumatischen Zuständen"

Berlin, 18.–19. Mai 2017

Referent Priv.-Doz. Dr. Georgi Wassilew (rechts) im Gespräch mit Kursteilnehmern (1), die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Siegfried Hofmann und Prof. Dr. Florian Gebhard im Gespräch mit einem Kursteilnehmer (2, v.l.n.r.), Dr. Safi Khalil als Tutor beim Workshop (3), der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Carsten Perka beim Workshop (4).


1

2

3

4

AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen Hüfte

Leipzig, 16. Juni 2017

Der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Christoph Josten (2.v.r.) beim Workshop (1), der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Dr. Michael Wagner beim Vortrag (2). In den Pausen wurden Fachgespräche zwischen Referenten, Teilnehmern und der begleitenden Industrie vertieft (3).

1

2

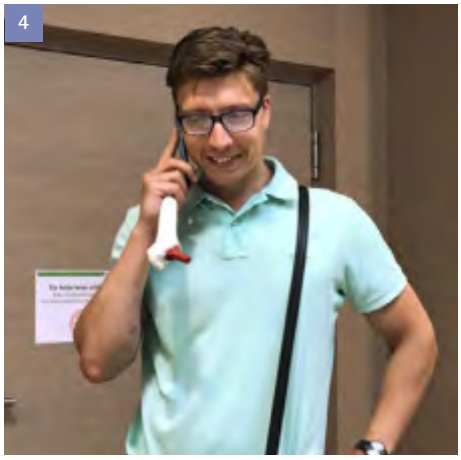
3

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-Basis-Kompaktkurs Hüft- und Knieendoprothetik

Dortmund, 22.–24. Juni 2017

Der wissenschaftliche Leiter Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm (links) beim Workshop (1), Teilnehmer bei der computerassistierten OP-Planung (2), der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Andreas C. Niemeier (rechts) beim Workshop (3), Kunstknochen mit telekommunikativem Zusatznutzen (4). Teilnehmerin übt das Einschlagen der Raspel unter der Aufsicht von Priv.-Doz. Dr. Marcus Egermann (5). Instruktor Prof. Dr. Rudolf Ascherl (2.v.l.) beim Workshop (6), Workshop zur digitalen OP-Planung (7).



Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-ComGen-Symposium

Hannover, 30. Juni – 1. Juli 2017

Die wissenschaftlichen Leiter waren Dr. Dietmar Müller, Dr. Tilman Calließ und Prof. Dr. Andreas C. Niemeier (1), Gastvortrag Prof. Dr. Michel Bonnin, Präsident der französischen Hüft- und Kniegesellschaft (2), Men in black: Prof. Dr. Björn Gunnar Ochs und Prof. Dr. Andreas Niemeier moderieren die 3D-Live-OP (3), 3D-Live-OP Knieendoprothetik (4), Prof. Dr. Andre Steinert liefert die Theorie zur 3D-Praxis (5).

Ein ausführlicher Bericht vom ComGen-Symposium folgt in der nächsten Ausgabe der AE-News.

1

2

3

4

5

1

AE-Kompaktkurs Spezial: Infektion

Berlin, 5. Juli 2017

Die wissenschaftlichen Leiter Priv.-Doz. Dr. Tilman Pfitzner, Prof. Dr. Rudolf Ascherl und Priv.-Doz. Dr. Andrej Trampuz (1, v.l.n.r.). führten den neu etablierten Kurs mit großem Erfolg durch.

Weitere Bilder – auch von anderen Veranstaltungen – finden Sie unter ae-gmbh.com/veranstaltungsrueckschau

AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik

Berlin, 6.–7. Juli 2017

Die wissenschaftlichen Leiter waren Prof. Dr. Klaus-Peter Günther (links) und Prof. Dr. Carsten Perka (1), Referentenrunde mit Priv.-Doz. Dr. Michael Müller, Prof. Dr. Robert Hube und Priv.-Doz. Dr. Georgi Wassilew (2, v.l.n.r.), Tutor Dr. Michael Kemmerer beim Workshop (3). Der Keramikworkshop stieß wie immer auf großes Interesse (4).

1

2

3

4

AE-ComGen-OP-Personalkurs

Heidelberg, 7.–8. Juli 2017

Der wissenschaftliche Leiter Prof. Dr. Andreas C. Niemeier beim Workshop (1, 2), Priv.-Doz. Dr. Christian Merle, M.Sc., als Instruktor beim Workshop (3), Der wissenschaftliche Leiter Priv.-Doz. Dr. Tobias Gotterbarm im Gespräch mit Teilnehmerinnen (4).

1

2

3

4

Veranstaltungsübersicht 2017

01.–02. September	**AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik,** Köln
01.–02. September	**AE-ComGen-OP-Personalkurs,** Köln
08.–09. September	**AE-Masterkurs Hüfte,** Frankfurt
11.–13. September	**AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenks,** Hamburg
15. September	**AE-Kompaktkurs Infekt und Zement,** Kassel
15. September	**AE-Kompaktkurs Spezial: Teilgelenkersatz am Kniegelenk,** Hamburg
22.–23. September	**AE-Kurs Spezial: Primäre Knieendoprothetik am Spenderknie,** Aachen
29. September	**AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen,** Münster
29.–30. September	**AE-Masterkurs Gelenkerhaltende Hüftchirurgie mit praktischen Übungen an Humanpräparaten,** Dresden **Dreiländerkurs**
29.–30. September	**AE-Kurs Evidenzbasierte Medizin: Teilgelenkersatz am Knie,** München
06.–07. Oktober	**AE-Masterkurs Knie,** München
12.–13. Oktober	**AE-Masterkurs Hüfte,** Köln
25.–27. Oktober	**AE-Basis-Kompaktkurs Hüft- und Knieendoprothetik für Ärzte und Physiotherapeuten,** beim DKOU, Berlin
09.–10. November	**Kongress Qualitäts- und Sicherheitsinitiative – Endoprothetik 2017, AE/BVMed** Frankfurt/Main
10.–11. November	**Modulkurs 3 „Knieendoprothetik" AE und DKG,** Kassel
16.–18. November	**AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie,** Ofterschwang
24. November	**AE-Kompaktkurs Spezial: Kleine Gelenke Fuß- und Sprunggelenk,** Berlin
30. November	**AE-Mitgliederversammlung 17:00 Uhr,** Hamburg
01.–02. Dezember	**19. AE-Kongress: Endoprothetik zwischen Mechanik und Biologie,** Hamburg
07. Dezember	**AE-ComGen OP-Personalkurs,** Regensburg
08. Dezember	**AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik,** Regensburg

AE-Imagebroschüre

Die aktuelle Imagebroschüre der AE finden Sie auf unserer Website zum Herunterladen (Banner auf der Startseite).

Kurzbeschreibung der einzelnen Kurstypen

AE-Tutorial
Für junge Operateure, die zu Spezialisten in der Endoprothetik werden wollen

AE-Kurs
Aktueller Stand des Wissens, Standard-Operationstechniken

AE-Masterkurs
Schwierige Versorgungssituationen, für erfahrene Operateure

Kompaktkurs
Teilaspekte der Endoprothetik im Mittelpunkt

Kongresse, Symposien, Foren
Bestandsaufnahme des medizinischen Wissens- und Forschungsstandes, besondere Aspekte, Austausch unter ausgewiesenen Experten

Kurse für OP-Personal
Hintergrundwissen und praktisches Training für reibungslose Abläufe

Aktuelle Informationen zu den AE-Veranstaltungen finden Sie fortlaufend auf unserer Website: www.ae-gmbh.com

Mitarbeiter von AE-Mitgliedern erhalten beim Besuch von AE-Veranstaltungen vergünstigte Konditionen. Nutzen Sie dieses Angebot für hochwertige Fortbildung!

IMPRESSUM

Herausgegeben von der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.
www.ae-germany.com

Verantwortlich:
Prof. Dr. Henning Windhagen, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Koordination:
Andrea Trautwein
Geschäftsstelle AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e.V.
0761/45647666
a.trautwein@ae-germany.com

Redaktion:
Zsolt Pekker
07634/551946
pekker@pekker.de

Gestaltung und Produktion:
LoopKomm Infomarketing
0761/4882791
grafik@loopkomm.de