



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

**Online-Pressekonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) anlässlich des  
28. AE-Kongress in München, Holiday Inn München - City Centre**  
**Motto: „30 Jahre AE: Erfahrung trifft Zukunft“**

**Termin:** Dienstag, den 16. Juni 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Teilnahmelink:** <https://events.teams.microsoft.com/event/ad49021b-a686-4edd-a551-f907afcbd7c4@1495922a-4378-45e9-a32a-422448450fb1>

Themen und Referenten:

**28. AE-Kongress: Endoprothetik im Wandel – Entwicklungen aus Klinik, Forschung und Versorgung**

*Professor Dr. med. Georgi Wassilew*

AE-Generalsekretär und Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin an der Universitätsmedizin Greifswald  
und

*Professor Dr. med. Robert Hube*

AE-Past-Präsident und Leitender Arzt, Orthopädische Chirurgie München (OCM)  
und

*Professor Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe*

Präsident der AE und Direktor der Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie am TUM Klinikum Rechts der Isar, München

**Zurück in den Alltag – oder sogar auf die Skipiste?**

**Welche Möglichkeiten moderne Implantate und moderne OP-Techniken heute bieten**

*Professor Dr. med. Robert Hube*

**Hüftarthrose: Gelenk erhalten oder ersetzen? Moderne Behandlungsmöglichkeiten für jedes Krankheitsstadium**

*Professor Dr. med. Georgi Wassilew*

**Digitale Unterstützung in der Endoprothetik: Wie Fast-Track-Konzepte, Telemedizin und Wearables die Behandlung unterstützen**

*Professor Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe*

**Individuelle Implantatwahl und Implantationstechnik beim Kniegelenkersatz: mit personalisierten Verfahren zum „vergessenen Knie“**

*Professor Dr. med. Christian Merle*

AE-Vizepräsident und Chefarzt des Endoprothetikzentrums III (EPZmax), Orthopädische Klinik Paulinenhilfe, Diakonie-Klinikum Stuttgart

**Qualität unter Druck: Wie viel Regulierung braucht die Endoprothetik?**

*Professor Dr. med. Bernd Kladny*

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

*Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle AE*

Pressekontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Heinke Schöffmann

Tel.: 0711 89 31-173

E-Mail: [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

<https://www.ae-germany.com/> <https://ae.ae-gmbh.com/ae-kongress>



28. AE-Kongress vom 18.6.2026 bis 19.6.2026 in München

## **Hüftschmerzen bei Jüngeren: Frühe Diagnose kann künstliches Gelenk hinauszögern AE: Moderne Verfahren können das eigene Gelenk länger erhalten**

**Freiburg/München, 16. Juni 2026 – Leistenschmerz, Schnappen, Blockieren: Hüftschmerzen sind nicht nur ein Problem des höheren Lebensalters. Auch jüngere Menschen können durch angeborene oder etwa durch Verletzungen erworbene Fehlformen der Hüfte früh Gelenkschäden entwickeln. Unbehandelt kann daraus eine Hüftarthrose entstehen. Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. weist anlässlich ihrer Online-Presskonferenz am 16. Juni 2026 im Vorfeld des 28. AE-Kongresses darauf hin: Hüftschmerzen sollten frühzeitig abgeklärt werden. Denn bei geeigneten Patientinnen und Patienten können moderne Verfahren Fehlbelastungen korrigieren, Knorpelschäden begrenzen und eine spätere Hüftprothese hinauszögern. Gleichzeitig ist nicht jeder Befund behandlungsbedürftig und nicht jede OP verhindert eine Arthrose.**

Hüftbeschwerden treten auch bei jüngeren und sportlich aktiven Menschen auf. Doch nicht jeder Hüftschmerz ist Arthrose. Gerade bei jüngeren Menschen kann ein sogenanntes femoroacetabuläres Impingement, kurz FAI, dahinterstecken. Eine Metaanalyse zu Patientinnen und Patienten mit Hüftschmerzen, aber ohne fortgeschrittene Arthrose, fand bei rund 61 Prozent Hinweise auf ein FAI (1). Beim FAI stoßen Hüftkopf und Hüftpfanne bei bestimmten Bewegungen ungünstig aneinander. Dies kann den Gelenkknorpel und die Gelenkklippe, das sogenannte Labrum, schädigen: „Unbehandelt kann es in eine Hüftgelenksarthrose münden“, sagt AE-Generalsekretär Professor Dr. med. Georgi Wassilew, Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin der Universitätsmedizin Greifswald.

Zu den angeborenen Gründen für eine Hüftarthrose zählt auch die Hüftgelenksdysplasie (HD). Dabei ist der Hüftkopf nicht ausreichend von der Hüftpfanne überdacht. Von einer HD sind laut einer aktuellen Studie, die Röntgenbilder auswertete, etwa 2,3 Prozent der Erwachsenen betroffen (2). Auf Deutschland übertragen entspräche das rechnerisch mehr als 1,5 Millionen Erwachsenen mit radiologischen Zeichen einer Hüftdysplasie.

### **Fehlstellungen früh behandeln, bevor die Arthrose fortschreitet**

„Wenn solche Fehlstellungen rechtzeitig erkannt werden, lässt sich die Entwicklung einer Arthrose in ausgewählten Fällen deutlich bremsen“, erklärt Wassilew. „Wir können heute früher und individueller eingreifen als noch vor einigen Jahren.“

Im Mittelpunkt moderner Hüftchirurgie steht heute zunehmend der möglichst lange Gelenkerhalt. Ziel ist es, die Ursache der Fehlbelastung möglichst früh zu korrigieren und weitere Knorpelschäden zu vermeiden.

### **Nicht immer ist eine OP notwendig**

„Nicht immer ist sofort eine Operation notwendig“, betont der Orthopäde und Unfallchirurg. Am Anfang stehen eine genaue klinische Untersuchung, bildgebende Diagnostik und – je nach Befund – konservative Maßnahmen wie Physiotherapie, Belastungsanpassung und Schmerztherapie. Entscheidend ist, die Ursache der Beschwerden zu erkennen und das weitere Vorgehen individuell festzulegen. Je nach Befund kommen dafür unterschiedliche



Verfahren infrage. Bei einer HD kann etwa eine periazetabuläre Osteotomie, kurz PAO, durchgeführt werden. Dabei wird die Hüftpfanne operativ so ausgerichtet, dass der Hüftkopf wieder besser überdacht und die Belastung im Gelenk gleichmäßiger verteilt wird. Bei einem FAI können arthroskopische Eingriffe helfen, knöcherne Engstellen zu korrigieren und Schäden am Knorpel und Labrum zu behandeln.

### **Biologische Knorpelverfahren: Welche Rolle spielen sie an der Hüfte?**

Auch biologische und knorpelregenerative Verfahren gewinnen an Bedeutung. Sie sollen lokale Knorpelschäden behandeln und die Funktion des natürlichen Gelenks möglichst lange erhalten. Dabei geht es nicht darum, eine fortgeschrittene Arthrose rückgängig zu machen, sondern begrenzte Schäden frühzeitig zu adressieren.

Zu den möglichen Verfahren zählen etwa Mikrofrakturierung, AMIC, autologe Knorpelzelltransplantation/ACT oder matrixgestützte Verfahren. „Welche Methode infrage kommt, hängt unter anderem von Größe und Lage des Knorpelschadens, vom Zustand des übrigen Gelenks und vom Alter sowie Aktivitätsniveau der Patientinnen und Patienten ab“, sagt Wassilew. Knorpelverfahren sind jedoch keine Verjüngungskur für ein zerstörtes Gelenk: „Sie kommen vor allem bei begrenzten Knorpelschäden infrage – häufig nur dann, wenn zugleich die mechanische Ursache der Fehlbelastung behandelt wird“.

„Aktuelle Daten zeigen, dass geeignete gelenkerhaltende Eingriffe die Lebensdauer des eigenen Hüftgelenks in ausgewählten Fällen um 20 bis 30 Jahre verlängern können“ (3-12), sagt Wassilew.

### **Nicht das Alter allein entscheidet**

Gelenkerhaltende Verfahren sind nicht ausschließlich jungen Patientinnen und Patienten vorbehalten. „Auch Menschen über 40 Jahre können profitieren – vorausgesetzt, die Gelenksituation ist geeignet und die Knorpelsubstanz noch ausreichend erhalten.“

Entscheidend sind nach Einschätzung der AE vor allem der Zustand des Knorpels, das Ausmaß der Fehlstellung, das Arthrostadium, die Beweglichkeit, das Aktivitätsniveau und die Erwartungen der Patientinnen und Patienten. Ist die Arthrose bereits weit fortgeschritten, stößt der Gelenkerhalt jedoch an Grenzen.

### **Wenn Gelenkerhalt nicht mehr sinnvoll ist: moderne Hüftendoprothetik**

Wenn Gelenkerhalt nicht mehr sinnvoll ist, bietet moderne Hüftendoprothetik heute sehr gute Langzeitergebnisse. „Die Entscheidung sollte aber individuell fallen – besonders bei jüngeren und aktiven Patientinnen und Patienten.“ Internationale Registerdaten und aktuelle Analysen haben hochgerechnet, dass rund 92 Prozent der modernen Hüftprothesen 30 Jahre halten können (13).

### **Breites Spektrum statt Einheitslösung**

„Die moderne Hüftchirurgie ist heute hochindividualisiert“, so Wassilew. „Entscheidend sind Gelenkzustand, biologische Voraussetzungen, Aktivitätsniveau und die Wünsche unserer Patientinnen und Patienten.“ Die entscheidende Frage lautet deshalb heute nicht mehr nur: „Wann braucht eine Patientin oder ein Patient ein künstliches Gelenk? Sondern: Wie lange können wir das natürliche Gelenk erhalten – und welche Therapie passt individuell am besten?“.



## **Serviceinfos:**

### **Wann sollten Hüftschmerzen ärztlich abgeklärt werden?**

Patientinnen und Patienten sollten Hüftbeschwerden ärztlich abklären lassen, wenn:

- Schmerzen in Leiste, Gesäß oder seitlicher Hüfte länger anhalten
- Beschwerden beim Sport, Treppensteigen oder längerem Sitzen auftreten
- die Hüfte blockiert, schnappt oder in der Bewegung eingeschränkt ist
- bereits in jüngerem Alter wiederkehrende Hüftschmerzen bestehen
- bekannte Fehlstellungen wie Hüftdysplasie vorliegen.

### **Wer profitiert vom Gelenkerhalt – und wer nicht?**

- frühes Stadium, begrenzter Knorpelschaden, mechanisch korrigierbare Ursache
- weniger geeignet: fortgeschrittene Arthrose, großflächiger Knorpelverlust, stark eingeschränkte Beweglichkeit und präoperativ schlechte Funktion.

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

## **Quellen**

- 1) Jauregui, J.J., Salmons, H.I., Meredith, S.J. et al. Prevalence of femoro-acetabular impingement in non-arthritic patients with hip pain: a meta-analysis. International Orthopaedics (SICOT) 44, 2559–2566 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00264-020-04857-7>
- 2) O'Connor, K. P., Marshall, B. J., Davison, J., Clohisy, J. C., & Willey, M. C. (2024). Prevalence of Radiographic Hip Dysplasia in the General Adult Population: A Systematic Review. The Iowa orthopaedic journal, 44(1), 145-149.
- 3) Steppacher SD, et al. Mean 20-year Followup of Bernese Periacetabular Osteotomy. Clin Orthop Relat Res. 2008 466(7):1633-44 DOI:10.1007/s11999-008-0242-3.
- 4) Tan JHI, Tan SHS, Rajoo MS, Lim AKS, Hui JH. Hip survivorship following the Bernese periacetabular osteotomy for the treatment of acetabular dysplasia: A systematic review and meta-analysis. Orthop Traumatol Surg Res. 2022 Jun;108(4):103283. doi: 10.1016/j.otsr.2022.103283.
- 5) Ziran N et al. Ten- and 20-year Survivorship of the Hip After Periacetabular Osteotomy for Acetabular Dysplasia. The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons November 2018 27(7). DOI:10.5435/JAAOS-D-17-00810.
- 6) Gómez-Verdejo F, et al. Review of femoroacetabular impingement syndrome. J Hip Preserv Surg. October 2024 11(4):315-322 DOI:10.1093/jhps/hnae034.
- 7) Huang HJ, et al. Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement: Mid- to Long-Term Outcomes. Arthroscopy. 2023 Feb;39(2):285-292. DOI: 10.1016/j.arthro.2022.03.024
- 8) Freeman CR, et al. Hip preservation surgery: surgical care for femoroacetabular impingement and the possibility of preventing hip osteoarthritis. J Hip Preserv Surg. 2014 Oct 28;1(2):46–55. DOI: 10.1093/jhps/hnu015.



- 9) Wells J, Schoenecker P, Duncan S, Goss CW, Thomason K, Clohisy JC. Intermediate-term Hip Survivorship and Patient-Reported Outcomes of Periacetabular Osteotomy: The Washington University Experience. *J Bone Joint Surg Am.* 2018;100(3):218–225. DOI: 10.2106/JBJS.17.00337.
- 10) Wells J, Millis M, Kim YJ, Bulat E, Miller P, Matheney T. Survivorship of the Bernese Periacetabular Osteotomy: What Factors Are Associated With Long-term Failure? *Clin Orthop Relat Res.* 2017;475(2):396–405. DOI: 10.1007/s11999-016-4887-z.
- 11) Lerch TD, Steppacher SD, Liechti EF, Tannast M, Siebenrock KA. One-third of Hips After Periacetabular Osteotomy Survive 30 Years With Good Clinical Results, No Progression of Arthritis, or Conversion to THA. *Clin Orthop Relat Res.* 2017;475(4):1154–1168. DOI: 10.1007/s11999-016-5169-5.
- 12) Kristiansen AR, Holsgaard-Larsen A, Bøgehøj M, Overgaard S, Lindberg-Larsen M, Ovesen O. Hip Survival After Periacetabular Osteotomy in Patients With Acetabular Dysplasia, Acetabular Retroversion, Congenital Dislocation of the Hip, or Legg-Calvé-Perthes Disease: A Cohort Study on 1,501 Hips. *Acta Orthopaedica.* 2023; 94:250–256. DOI: 10.2340/17453674.2023.12403.
- 13) Pentland V, Thompson Z, Dayimu A et al. Survivorship of modern total hip replacement to 30 years: systematic review, meta-analysis, and extrapolation of global joint registry data. *The Lancet*, 407, 855-866.

*Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU). Im Verbund der medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands ist die AE für alle Angelegenheiten der Endoprothetik zuständig. Das vorrangige Ziel der AE ist es, die Lebensqualität von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern. Die AE unterstützt sowohl das Endoprothesenregister Deutschlands (EPRD) als auch die EndoCert-Initiative zur Zertifizierung von Endoprothetikzentren.*



28. AE-Kongress vom 18.6.2026 bis 19.6.2026 in München

## **Ambulantisierung, Fachkräftemangel und Digitalisierung verändern die Endoprothetik Für guten Gelenkersatz möglichst lückenlose Behandlungskette sicherstellen**

**Freiburg/München, 16. Juni 2026 – Wer heute ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk erhält, bleibt oft nur noch wenige Tage im Krankenhaus. Zugleich schreiten Ambulantisierung und Fachkräftemangel voran. Dabei wächst das Risiko, dass zwischen Klinikentlassung, häuslicher Übergangsphase, Physiotherapie, Rehabilitation und Nachsorge Behandlungslücken entstehen. Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. fordert deshalb ein gesamtheitliches Denken des Versorgungsprozesses: Der Behandlungspfad soll bereits ab der Operationsindikation weitestmöglich lückenlos geplant werden – gestützt auf verbindliche Leitplanken und funktionelle Zielparameter etwa zu Gehstrecken, Belastbarkeit und Selbstständigkeit im Alltag. Auf ihrem 28. Jahreskongress vom 18. bis 19. Juni 2026 in München kündigt die Fachgesellschaft dafür die Gründung eines neuen Komitees für Prä- und Rehabilitation sowie Wearables an.**

Mehr als 410.000 Hüft- und Knieeingriffe wurden 2024 im Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) dokumentiert. Damit gehört der Gelenkersatz zu den häufigsten Operationen im Land. Während die Abläufe im Krankenhaus heute meist gut standardisiert sind, weist ein wachsender Teil der Versorgung in der Zeit davor und danach Lücken auf. Zudem gilt es, weitere Optimierungspotenziale in den Abläufen vor und nach dem Eingriff zu heben. „Denn ein Gelenkersatz ist kein isolierter Eingriff, sondern Teil eines längeren Behandlungsprozesses“, sagt Professor Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Präsident der AE und Direktor der Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie am TUM Klinikum Rechts der Isar.

### **Endoprothetik darf nicht beim Operationssaal enden**

„Die Endoprothetik der Zukunft muss nicht nur operativ gut sein. Sie muss den gesamten Weg der Patientinnen und Patienten vorausschauend organisieren“, so der Orthopäde und Unfallchirurg. „Der Behandlungspfad beginnt mit der Indikationsstellung und sollte bis zur Rückkehr in Alltag und Beruf gedacht werden.“ Dazu gehöre zum Beispiel, schon bei der Entscheidung für eine Operation mitzudenken, welche Unterstützung vor der Aufnahme, nach der Entlassung und bis zum Beginn der Rehabilitation nötig ist.

### **Der Behandlungspfad beginnt bei der Operationsentscheidung**

So gilt es, frühzeitig Fragen zu klären, etwa: „Warum ist die Operation notwendig? Welche Erwartungen sind realistisch? Welche Begleiterkrankungen, Schmerzen, Unsicherheiten oder Sturzrisiken müssen berücksichtigt werden? Wie ist die häusliche Situation? Und welche Unterstützung braucht die Patientin oder der Patient in den ersten Tagen nach der Entlassung?“, sagt er.

Dazu gehört auch, die Zeit nach dem Klinikaufenthalt konkret vorzubereiten. Nach einer Operation sind Patientinnen und Patienten zwar medizinisch stabil, aber häufig noch eingeschränkt: Wunden müssen heilen, Schwellungen gehen zurück, Beweglichkeit und Belastbarkeit bauen sich erst schrittweise auf. Gleichzeitig beginnt die Anschlussrehabilitation nicht immer unmittelbar. Dadurch können mitunter Tage bis Wochen



ohne klar strukturierte Betreuung entstehen. Deshalb sollten etwa Physiotherapie-Termine angestoßen, Hilfsmittel organisiert, das häusliche Umfeld einbezogen und Patientinnen und Patienten informiert werden, an wen sie sich bei Schmerzen, Schwellung, Wundproblemen oder Unsicherheit wenden können.

„Wer gut vorbereitet in die Operation geht, kann danach oft sicherer mobilisiert werden“, sagt von Eisenhart-Rothe. „Vorbereitung ist deshalb kein Zusatzangebot, sondern ein wichtiger Bestandteil moderner Endoprothetik.“

### **Auf die Ambulantisierung vorbereiten**

Mit der fortschreitenden Ambulantisierung wächst der Bedarf an solchen durchgängigen Konzepten. Immer mehr Leistungen werden außerhalb der Klinik erbracht, während gleichzeitig Personal in allen Versorgungsbereichen knapp ist. „Wenn der stationäre Aufenthalt kürzer wird, muss die Versorgung davor und danach umso besser organisiert sein“, sagt von Eisenhart-Rothe. „Sonst entstehen genau die Lücken, die wir vermeiden wollen.“

### **Neues Komitee soll Leitplanken für den gesamten Behandlungspfad entwickeln**

Hier setzt das neue AE-Komitee an. Es soll systematisch Empfehlungen für einen möglichst lückenlosen Behandlungspfad vor und nach dem stationären Aufenthalt entwickeln: die Vorbereitung vor der Operation (Prähabilitation, Präedukation), den Weg nach der stationären Entlassung sowie die häusliche Übergangsphase bis zur Rehabilitation und Nachsorge. Geplant sind unter anderem klar definierte funktionelle Zielwerte sowie eine bessere Abstimmung zwischen Klinik, ambulanter Versorgung, Physiotherapie und Rehabilitation.

Auch digitale Anwendungen sollen künftig eine größere Rolle spielen. Wearables könnten helfen, Mobilität, Belastung oder Fortschritte objektiver zu erfassen – vorausgesetzt, ihr Nutzen ist wissenschaftlich belegt, es gibt belastbare Parameter und sie sind sinnvoll in die Versorgung integriert.

„Ambulantisierung, Fachkräftemangel und Digitalisierung verändern die Endoprothetik“, sagt von Eisenhart-Rothe. „Unsere Aufgabe ist es, diese Entwicklungen so zu verbinden, dass Patientinnen und Patienten entlang des gesamten Behandlungspfades sicher begleitet werden.“

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*

### Quellen:

[https://www.eprd.de/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Jahresbericht2024-Status5\\_2024-10-22\\_F.pdf](https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Jahresbericht2024-Status5_2024-10-22_F.pdf)

*Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU). Im Verbund der medizinischen Fachgesellschaften Deutschlands ist die AE für alle Angelegenheiten der Endoprothetik zuständig. Das vorrangige Ziel der AE ist es, die Lebensqualität von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern. Die AE unterstützt sowohl das Endoprothesenregister Deutschlands (EPRD) als auch die EndoCert-Initiative zur Zertifizierung von Endoprothetikzentren.*



#### 4. bundesweiter Hitzeaktionstag am 11. Juni 2026

### **Wenn Hitze zum Risiko für künstliche Gelenke wird AE warnt: Knochenbrüche rund um Endoprothesen sind oft schwerwiegende Komplikationen**

Freiburg/München, 16. Juni 2026 – Hitze belastet Kreislauf, Konzentration und Gleichgewicht. Was für viele Menschen lediglich unangenehm ist, gefährdet ältere Menschen mit künstlichem Hüft- oder Kniegelenk: Schon ein Sturz kann schwerwiegende Folgen haben – bis hin zu komplizierten Knochenbrüchen rund um die Prothese, langen Klinikaufenthalten und dauerhaftem Verlust der Selbstständigkeit. Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. weist deshalb anlässlich des bundesweiten Hitzeaktionstags am 11. Juni 2026 und des kurz darauf stattfindenden 28. AE-Kongresses in München auf ein bislang wenig beachtetes Risiko hin: periprothetische Frakturen. „Menschen mit künstlichen Gelenken sollten Warnzeichen wie Schwindel oder Schwäche ernst nehmen. Wer sich unsicher auf den Beinen fühlt, ist an heißen Tagen besser besonders vorsichtig“, sagt AE-Generalsekretär Professor Dr. med. Georgi Wassilew von der Universitätsmedizin Greifswald. Periprothetische Frakturen sind auch eines der Hauptthemen auf dem kommenden 28. AE-Kongress vom 18. bis 19. Juni 2026 in München.

#### **Periprothetische Frakturen: selten, aber folgenschwer**

Periprothetische Frakturen sind Knochenbrüche in der Nähe eines künstlichen Gelenks – etwa am Oberschenkelknochen rund um eine Hüftprothese. Mit einem Anteil von 15,5 % gehören sie zu den häufigsten Gründen für die Revisions-OP einer Hüftprothese (1). Sie zählen zu den schwerwiegendsten Komplikationen nach einem Gelenkersatz. Zwar treten sie insgesamt selten auf, ihre Zahl steigt jedoch kontinuierlich an. Fachleute gehen davon aus, dass die Häufigkeit solcher Frakturen in den kommenden 30 Jahren um rund 4,6 Prozent pro Jahrzehnt zunehmen wird. Hauptgründe sind die alternde Bevölkerung und die steigende Zahl eingesetzter Hüftprothesen. Auch nationale Register zeigen diese Entwicklung: Die englische National Hip Fracture Database verzeichnete allein zwischen 2020 und 2021 einen Anstieg periprothetischer Frakturen um 31 Prozent bei Menschen über 60 Jahren (2, 3) „Wir sehen immer häufiger ältere, oft mehrfach erkrankte Patientinnen und Patienten mit solchen Verletzungen“, erklärt Wassilew. „Diese Frakturen sind keine Bagatelverletzungen, sondern erfordern oft äußerst komplexe Eingriffe. Diese können lange Klinikaufenthalte, erneute Operationen und eine mühsame Rehabilitation nach sich ziehen.“

#### **Schwierige Operationen, lange Rehabilitation**

Die Behandlung periprothetischer Frakturen ist anspruchsvoll. Häufig müssen Spezialimplantate eingesetzt oder bestehende Prothesen vollständig gewechselt werden. Die Operationen dauern oft lange und erfordern große Erfahrung in der Revisionsendoprothetik. „Entscheidend ist nicht nur der Knochenbruch selbst, sondern auch die Frage, ob das Implantat noch stabil verankert ist“, erläutert AE-Präsident Professor Dr. med. Rudiger von Eisenhart-Rothe vom Klinikum Rechts der Isar in München. Je nach Frakturtyp müssten Knochen stabilisiert, Prothesen gewechselt oder beide Verfahren kombiniert werden. „Solche Eingriffe sollten nur in zertifizierten Zentren mit entsprechenden Fallzahlen und Erfahrung versorgt werden“, betont von Eisenhart-Rothe.



Aktuelle Studien zeigen, dass periprothetische Oberschenkelfrakturen vor allem ältere, gebrechliche und mehrfach erkrankte Menschen betreffen. Nach solchen Verletzungen verlieren viele dauerhaft an Mobilität und Selbstständigkeit. Auch die Sterblichkeit ist erhöht (4).

### **Hitzeschutz ist auch Sturzprävention**

Hitze wird riskant über ihre Wirkung auf den Kreislauf: Der Körper verliert Flüssigkeit und Salze, Blutdruck und Leistungsfähigkeit können sinken. Schwindel, Unsicherheit beim Gehen und Muskelschwäche nehmen zu.

Besonders betroffen sind ältere Menschen sowie Personen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder der Einnahme mehrerer Medikamente. Einige Arzneimittel – etwa Blutdrucksenker oder entwässernde Medikamente – können bei Hitze zusätzlich Kreislaufprobleme verstärken. Das Robert Koch-Institut weist darauf hin, dass Hitze bestehende Erkrankungen verschlimmern und bei bestimmten Arzneimitteln schwerwiegende Nebenwirkungen auslösen kann (5).

„Viele unterschätzen, wie stark Hitze Gleichgewicht und Reaktionsfähigkeit beeinträchtigen kann“, sagt AE-Pastpräsident Professor Dr. med. Robert Hube von der Orthopädischen Chirurgie München (OCM).

### **Bewegung bleibt wichtig – aber angepasst**

Trotz Hitze sollte körperliche Aktivität nicht komplett vermieden werden. Bewegung stärkt Muskulatur, Gleichgewicht und Koordination – und schützt damit auch vor Stürzen.

Die AE empfiehlt Menschen mit Endoprothese deshalb bei Hitze:

- Bewegung und Spaziergänge in die frühen Morgen- oder Abendstunden zu verlegen
- ausreichend zu trinken, sofern medizinisch nichts dagegenspricht
- Überanstrengung zu vermeiden
- rutschfeste Schuhe zu tragen und Stolperfallen zu reduzieren
- bei Gangunsicherheit Gehhilfen konsequent zu nutzen
- Medikamente bei Hitze ärztlich überprüfen zu lassen und evtl. die Dosierung anpassen.

„Das Ziel ist nicht Schonung, sondern sichere Mobilität“, betont Hube.

### **Hitzeschutz stärker in Nachsorge integrieren**

Aus Sicht der AE sollte Hitzeschutz stärker in die Versorgung von Menschen mit Gelenkersatz eingebunden werden – etwa in Reha-Konzepte, Entlassgesprächen und die Nachsorge älterer Patientinnen und Patienten.

„Hitzeschutz ist auch Sturzprävention“, fasst Wassilew zusammen. „Wer schwere Stürze verhindert, schützt Mobilität, Selbstständigkeit und Lebensqualität.“

*Periprothetische Frakturen, ihre Versorgung, Herausforderungen, Kontroversen sowie innovativen Strategien sind Gegenstand zahlreicher Sitzungen auf dem 28. AE-Kongress vom 18.6.2026 bis 19.6.2026 in München.*

*Bei Veröffentlichung Beleg erbeten.*



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Quellen:

- (1) EPRD Annual Report 2025:  
[https://www.eprd.de/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Short-presentation-AnnualReport2025\\_2026\\_03\\_31\\_F.pdf](https://www.eprd.de/fileadmin/user_upload/Dateien/Publikationen/Berichte/Short-presentation-AnnualReport2025_2026_03_31_F.pdf)
- (2) Lamb J. N., Evans J. T., Relton S., et al. The incidence of postoperative periprosthetic femoral fracture following total hip replacement: An analysis of UK National Joint Registry and Hospital Episodes statistics data. PLoS Med. 2024 Oct 1;21(10):e1004462. doi: 10.1371/journal.pmed.1004462
- (3) Green D., Osmani H., Li J., et al. Proximal femoral periprosthetic fractures: A review of current concepts, Journal of Joint Surgery and Research, Volume 4, Issue 1, 2026, Pages 66-74, ISSN 2949-7051, <https://doi.org/10.1016/j.jjoisr.2025.12.004>
- (4) Stanley R., Roodt R., Umar M., et al. Impact of periprosthetic femoral fractures on frailty, mobility and outcomes in hip arthroplasty. J Orthop Surg Res. 2025 Nov 7;20(1):967. doi: 10.1186/s13018-025-06446-z
- (5) [https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/H/Hitze/gesundheitliche-auswirkungen-hitze-node.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/H/Hitze/gesundheitliche-auswirkungen-hitze-node.html?utm_source=chatgpt.com)

Weitere Informationen:

[www.hitzeaktionstag.de](http://www.hitzeaktionstag.de)

[www.bioeg.de/was-wir-tun/hitzeschutz-klimawandel-und-gesundheit/](http://www.bioeg.de/was-wir-tun/hitzeschutz-klimawandel-und-gesundheit/)

<https://www.klima-mensch-gesundheit.de/>

## STATEMENT

### **Zurück in den Alltag – oder sogar auf die Skipiste?**

#### **Welche Möglichkeiten moderne Implantate und moderne OP-Techniken heute bieten**

Professor Dr. med. Robert Hube

AE-Past-Präsident und Leitender Arzt, Orthopädische Chirurgie München (OCM)

Ein künstliches Gelenk bedeutet heute längst nicht mehr nur Schmerzfreiheit im Alltag. Viele Patientinnen und Patienten möchten nach einer Hüft- oder Knieoperation wieder aktiv sein, Sport treiben, reisen oder beruflich voll belastbar bleiben. Die Ansprüche an die moderne Endoprothetik haben sich deutlich verändert – und mit ihnen auch die Möglichkeiten.

Wir sehen heute eine deutlich aktivere Patientengruppe als noch vor einigen Jahren. Viele Menschen möchten nach einer Gelenkoperation möglichst schnell wieder in ihr normales Leben zurückkehren – und dazu gehört häufig auch Sport.

Möglich wird dies durch erhebliche Fortschritte in der Endoprothetik. Moderne Implantate, verbesserte Materialien und muskelschonende Operationsverfahren erlauben heute eine schnellere Mobilisation und häufig auch eine sehr hohe funktionelle Belastbarkeit. Unterstützt wird dies durch moderne Fast-Track- beziehungsweise ERAS-Konzepte, bei denen frühe Mobilisation, optimierte Schmerztherapie und individuell angepasste Rehabilitation eng miteinander verzahnt werden.

Auch die Haltbarkeit künstlicher Gelenke hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Hochwertige Materialien wie Keramik oder moderne Polyethylen-Inlays reduzieren den Verschleiß und ermöglichen langfristig stabile Ergebnisse.

Sport ist deshalb nach einem Gelenkersatz heute vielfach ausdrücklich erwünscht. Besonders gelenkschonende Aktivitäten wie Wandern, Schwimmen, Radfahren oder Golf gelten als sinnvoll und unterstützen häufig sogar die Rehabilitation. In ausgewählten Fällen und bei entsprechender Erfahrung können auch anspruchsvollere Sportarten wie Skifahren wieder möglich sein.

Entscheidend ist immer die individuelle Situation. Neben dem Implantat spielen Muskelkraft, Koordination, operative Technik und natürlich auch die Erfahrung des Patienten eine wichtige Rolle. So können bei guter Technik und Erfahrung nahezu alle Sportarten wieder durchgeführt werden, wenn sie vorher sicher beherrscht wurden. Das neue Erlernen sogenannter High-Impact-Sportarten nach endoprothetischem Ersatz ist nicht zu empfehlen. Aufgrund der fehlenden muskulären Koordination sind die Kontaktkräfte auf das Gelenk deutlich erhöht und es kann zu Verletzungen und einem früheren Verschleiß des Implantates kommen.

Trotz aller Fortschritte bleibt jedoch Augenmaß wichtig. Nicht jede Belastung ist dauerhaft sinnvoll, insbesondere bei Hochrisikosportarten oder extremen Stoßbelastungen. Deshalb kommt der individuellen Beratung und Nachsorge weiterhin eine zentrale Bedeutung zu.

Mit genau diesen Entwicklungen beschäftigt sich auch der kommende AE-Kongress 2026. Dort diskutieren Expertinnen und Experten über moderne Implantate, robotische Assistenzsysteme, gelenkerhaltende Verfahren und die Frage, wie aktiv Patientinnen und Patienten mit künstlichen Gelenken heute tatsächlich sein können.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
München, Juni 2026

Literatur:

- Streck LE, Chiu YF, Braun S, Mujaj A, Hanreich C, Boettner F. Activity Following Total Hip Arthroplasty: Which Patients Are Active, and Is Being Active Safe? J Clin Med. 2023 Oct 12;12(20):6482. doi: 10.3390/jcm12206482. PMID: 37892620; PMCID: PMC10607190.
- D'Ambrosi R, Anghilieri FM, Valli F, Palminteri G, Bandettini G, Arcuri B, Mariani I, Mangiavini L, Ursino N, Migliorini F. No difference in the level of sports activity between single versus dual mobility total hip arthroplasty in adults: a clinical trial. Eur J Med Res. 2025 Mar 28;30(1):212. doi: 10.1186/s40001-025-02470-1. PMID: 40148984; PMCID: PMC11951615.
- Palmowski Y, Popovic S, Schuster SG, Hardt S, Damm P. In vivo analysis of hip joint loading on Nordic walking novices. J Orthop Surg Res. 2021 Oct 14;16(1):596. doi: 10.1186/s13018-021-02741-7. PMID: 34649562; PMCID: PMC8515744.
- Thiele K, Hube R. Hip Arthroplasty with Increased Expectancy. Z Orthop Unfall. 2021 Feb;159(1):91-97. doi: 10.1055/a-1019-8053. Epub 2019 Nov 19. PMID: 31746444; English, German.

## STATEMENT

### **Hüftarthrose: Gelenk erhalten oder ersetzen? Moderne Behandlungsmöglichkeiten für jedes Krankheitsstadium**

Professor Dr. med. Georgi Wassilew

AE-Generalsekretär und Direktor der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitative Medizin an der Universitätsmedizin Greifswald

Hüftbeschwerden betreffen zunehmend auch junge und sportlich aktive Patientinnen und Patienten. Häufig liegen Hüftdysplasien oder ein femoroazetabuläres Impingement (FAI) zugrunde. Diese präarthrotischen Deformitäten führen zu Verletzungen des Gelenkknorpels und der Gelenkklippe (Labrum) und können unbehandelt langfristig eine Arthrose des Hüftgelenkes verursachen.

Die entscheidende Frage lautet heute deshalb nicht mehr nur: *Wann braucht ein Patient ein künstliches Gelenk?* Sondern vielmehr: *Wie lange kann das natürliche Gelenk erhalten werden – und welche Therapie passt individuell am besten?*

Die Hüftchirurgie hat sich in den vergangenen Jahren grundlegend verändert. Wir können heute deutlich individueller behandeln und verfügen über ein breites Spektrum zwischen Gelenkerhalt und modernem Gelenkersatz.

Im Mittelpunkt steht zunächst der Gelenkerhalt. Verfahren wie die periazetabuläre Osteotomie (PAO), arthroskopische Korrekturen sowie moderne biologische Knorpelverfahren ermöglichen es, Fehlstellungen zu korrigieren, Schmerzen deutlich zu reduzieren und die Arthroseentwicklung teilweise über Jahrzehnte hinauszuzögern.

Auch Knorpeltransplantationen und regenerative Verfahren gewinnen zunehmend an Bedeutung. Ziel ist es, lokale Knorpelschäden frühzeitig zu behandeln und die Funktion des natürlichen Gelenkes möglichst lange zu erhalten. Aktuelle Daten zeigen, dass geeignete gelenkerhaltende Eingriffe die Lebensdauer des eigenen Hüftgelenkes in ausgewählten Fällen um 20 bis 30 Jahre verlängern können.

Dabei zeigt sich zunehmend, dass Gelenkerhalt nicht ausschließlich jungen Patienten vorbehalten ist. Auch Patientinnen und Patienten über 40 Jahre können bei geeigneter Gelenksituation und noch gut erhaltener Knorpelsubstanz sehr gute Ergebnisse durch gelenkerhaltende Verfahren erreichen.

Wenn ein Gelenkerhalt keinen langfristigen Sinn mehr macht, stehen heute moderne endoprothetische Verfahren zur Verfügung, die sich deutlich von früheren Konzepten unterscheiden. Minimalinvasive Operationsmethoden, robotisch assistierte Systeme sowie moderne Kurzschaftprothesen und knochen sparende Pfannensysteme ermöglichen eine präzisere Rekonstruktion der individuellen Hüftanatomie bei gleichzeitig möglichst geringem Knochenverlust.

Robotische Systeme unterstützen dabei die exakte Implantatpositionierung und helfen, Beinlänge, Offset und Gelenkmechanik individuell wiederherzustellen. Ziel sind eine hohe Funktionalität, schnelle Rehabilitation und langfristige Haltbarkeit.

*Online-Presskonferenz der  
Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) anlässlich des  
28. AE-Kongresses in München  
Dienstag, 16. Juni 2026, 11.00 bis 12.00 Uhr*

Internationale Registerdaten und aktuelle Analysen, unter anderem veröffentlicht im Lancet, zeigen inzwischen Überlebensraten moderner Hüftprothesen von rund 92 Prozent nach 30 Jahren.

Zusätzlich kommen moderne knochensparende Verfahren wie keramische Kappenprothesen (Resurfacing) zum Einsatz, die an der Universitätsmedizin Greifswald als eine der ersten Kliniken Europas verwendet werden. Dabei bleibt der Oberschenkelhals erhalten, während moderne Keramikmaterialien die bekannten Probleme früherer Metall-Metall-Systeme vermeiden sollen. Ziel ist eine möglichst natürliche Biomechanik mit hoher Stabilität und großem Bewegungsumfang – insbesondere für jüngere und sportlich aktive Patienten.

Die moderne Hüftchirurgie ist heute hoch individualisiert. Entscheidend sind Gelenkzustand, biologische Voraussetzungen, Aktivitätsniveau und die Erwartungen des Patienten.

Mit genau diesen Entwicklungen beschäftigt sich der kommende AE-Kongress 2026. Im Mittelpunkt stehen moderne gelenkerhaltende Verfahren, biologische Rekonstruktionstechniken, innovative Implantate und robotische Chirurgie.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Greifswald, Juni 2026

## STATEMENT

### **Endoprothetik neu gedacht – über die Operation hinaus**

#### **Wie Fast-Track-Konzepte, Telemedizin und Wearables die Behandlung unterstützen – auch vor dem Hintergrund zunehmender Ambulantisierung**

Professor Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe

Präsident der AE und Direktor der Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie am TUM  
Klinikum Rechts der Isar, München

Die Qualität moderner Gelenkersatzmedizin wird nicht allein im Operationsaal entschieden. Sie entsteht im Zusammenspiel aus chirurgischer Präzision, perioperativer Prozessqualität, digitaler Begleitung, interdisziplinärer Vernetzung und aktiver Einbindung der Patient:innen. Die Endoprothetik der Zukunft muss daher nicht nur operativ exzellent sein, sondern auch prozessual intelligent organisiert sein – besonders in Zeiten zunehmender Ambulantisierung. Fast Track, Telemedizin und Wearables können dazu beitragen, Behandlungspfade sicherer, transparenter und personalisierter zu gestalten.

Die moderne Endoprothetik hat in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Implantate sind zuverlässiger geworden, Operationsverfahren präziser, perioperative Abläufe sicherer. Dennoch entscheidet sich der Behandlungserfolg nicht allein im Operationsaal. Entscheidend ist zunehmend der gesamte Versorgungspfad: die Vorbereitung vor der Operation, die standardisierte Behandlung im Krankenhaus, die frühe Mobilisation, die strukturierte Nachsorge und die Rückkehr in Alltag, Beruf und Sport. Das wird besonders relevant, weil die Endoprothetik zu den großen Versorgungsaufgaben der kommenden Jahre gehört: Weltweit waren 2020 rund 595 Millionen Menschen von Arthrose betroffen; bis 2050 wird nahezu eine Milliarde erwartet. Nach dem Endoprothesenregister Deutschland wurden 2024 mehr als 410 000 endoprothetische Eingriffe an Hüfte oder Knie dokumentiert. Gleichzeitig wächst die Zahl aktiver, anspruchsvoller Patientinnen und Patienten. Viele wollen nach der Operation nicht nur schmerzärmer gehen, sondern wieder reisen, arbeiten, Sport treiben und ihren Alltag verlässlich planen.

#### **Problem: Die Operation ist standardisiert – der Weg davor und danach oft nicht**

In vielen Kliniken sind (peri-)operative Prozesse heute hochstandardisiert. Prä- und Rehabilitation bleiben dagegen häufig fragmentiert. Zwischen ambulanter Praxis, Klinik, Rehabilitation, Physiotherapie und häuslichem Umfeld entstehen Informationsbrüche. Funktionelle Ziele werden nicht immer einheitlich definiert. Nachuntersuchungen sind oft Momentaufnahmen. Und gerade nach der Rehabilitation fehlt vielen Patientinnen und Patienten eine strukturierte längerfristige Begleitung; in den vorliegenden Daten erhielten 79 Prozent der Patientinnen und Patienten nach der Reha keine geregelte Nachsorge. Hinzu kommt die zunehmende Ambulantisierung. Wenn Patientinnen und Patienten mit einem Rezept und allgemeinen Übungsblättern nach Hause gehen, ohne dass Belastbarkeit, Mobilität, Schmerzen, Wundverlauf oder Unsicherheit strukturiert erfasst werden, entsteht eine Versorgungslücke.

Die Lösungsrichtung ist daher nicht mehr Schonung, sondern gezielte Aktivierung; nicht mehr punktuelle Kontrolle, sondern kontinuierliche Begleitung; nicht mehr ein starrer Standardpfad für alle, sondern ein risikoadaptierter, personalisierter und für Patientinnen und Patienten verständlicher Behandlungspfad.

### **Fast Track: Der Patient wird vor der Operation aktiv eingebunden**

Ein echtes Fast-Track- oder Fast-Recovery-Konzept beginnt vor der Operation. Es umfasst Aufklärung, Erwartungsmanagement, Training, Schmerz- und Blutungsmanagement, frühe Mobilisation und eine klare interdisziplinäre Prozesssteuerung. Am TUM Klinikum Rechts der Isar werden Patient:innen in einem mehrstündigen Seminar auf die Operation vorbereitet. Ärztinnen und Ärzte, Pflege, Physiotherapie und weitere Berufsgruppen stellen die einzelnen Schritte vor. Die Patientinnen und Patienten üben bereits vorab das Gehen an Gehstöcken, erhalten konkrete Hinweise für zu Hause und lernen ihre Ansprechpartner kennen. Eine zentrale Rolle spielen Fast-Track-Nurses als kontinuierliche Kontaktpersonen und Schnittstelle zwischen den Berufsgruppen.

*„Fast Track heißt nicht: schneller entlassen. Fast Track heißt: besser vorbereitet, sicherer mobilisiert und strukturierter begleitet.“*

Der eigentliche Zweck ist nicht die Verkürzung der Liegedauer als Selbstzweck. Ziel ist, Komplikationen zu vermeiden, Ängste abzubauen, Schmerzen besser zu kontrollieren, Mobilität frühzeitig zurückzugewinnen und die Eigenaktivität der Patientinnen und Patienten zu stärken. Dass Prähabilitation klinisch relevant sein kann, zeigen perioperative Daten: In einer randomisierten Studie bei älteren Hochrisikopatienten vor großen Bauchoperationen sank die Komplikationsrate etwa um die Hälfte. Eine aktuelle BMJ-Übersicht über 186 klinische Studien mit fast 15 700 Patientinnen und Patienten stützt diesen Ansatz und zeigt Vorteile bewegungsbasierter und multimodaler Programme. Die Botschaft ist klar: Wer funktionell besser vorbereitet ist, kommt sicherer durch die Behandlung.

### **Telemedizin und Wearables schließen die Lücke zwischen Klinik, Reha und Zuhause**

Digitale Unterstützung wird dort relevant, wo die klassische Versorgung blind wird: zwischen zwei Terminen. Telemedizinische Angebote können Fragen klären, Symptome erfassen, Übungen anleiten und Unsicherheiten nach der Entlassung reduzieren. Wearables und sensorgestützte Systeme können zusätzlich objektive Daten liefern – etwa Schritte, Gehgeschwindigkeit, Symmetrie, Belastung, Bewegungsumfang oder Aktivitätsverlauf. Diese Daten ersetzen keine ärztliche Untersuchung und keine Physiotherapie. Ihr Wert liegt darin, Verläufe kontinuierlich aufzuzeichnen und sichtbar zu machen, Warnsignale früher zu erkennen und Rehabilitationsmaßnahmen individueller zu steuern. In einer Auswertung von Fitbit-Daten hatten Patientinnen und Patienten mit mehr als 7500 Schritten pro Tag vor einer Operation ein deutlich geringeres Risiko postoperativer Komplikationen. Ein Signal, dass Aktivitätsdaten klinisch relevante Risikoinformation enthalten können.

Am TUM Klinikum Rechts der Isar werden solche Konzepte wissenschaftlich weiterentwickelt. Die eigens entwickelte NewKnee-App soll objektive funktionelle Patientendaten und subjektive Rückmeldungen strukturiert erfassen. Sensordaten aus smarten Einlegesohlen oder tragbaren Beschleunigungssensoren werden mit Funktionsscores, Schmerzen und radiologischen Befunden kombiniert. Ziel ist eine objektive, personalisierte, funktionelle Steuerung: Wer braucht intensivere Nachsorge? Wer verliert Aktivität, obwohl die Wunde unauffällig ist? Welche Patientinnen und Patienten erreichen ihr Aktivitätsniveau nicht wieder?

### **Return to Activity: Nicht jeder Patient hat dasselbe Ziel**

Bisher gibt es nach Knie- und Hüftendoprothesen keine etablierten funktionellen Testbatterien, die ähnlich klar definieren, wann jemand sicher in Alltag, Beruf oder Sport zurückkehren kann, wie es etwa nach Kreuzbandverletzungen üblich ist. Deshalb werden am TUM Klinikum

Rechts der Isar Return-to-Activity- und Return-to-Sports-Konzepte für Endoprothesenpatientinnen und -patienten entwickelt. Die Frage lautet nicht nur: Ist die Wunde trocken und das Röntgenbild unauffällig? Sondern: Was kann ein Patient funktionell sicher tun – und was noch nicht?

### **Warum die AE ein neues Komitee gründet**

Vor diesem Hintergrund gründet die AE ein Komitee für Prä- und Rehabilitation und Wearables. Es soll Prä- und Rehabilitation als kontinuierlichen, digital unterstützten funktionellen Prozess in der Endoprothetik etablieren. Dazu gehören Mindeststandards für Prähabilitation, die inhaltliche Definition von Rehabilitation über die Anschlussheilbehandlung hinaus, funktionelle Zielparame-ter, die Integration von Wearables und Apps sowie klare Schnittstellen zwischen ambulanter Versorgung, Klinik und Rehabilitation. Die AE reagiert damit auf eine Versorgungslücke, die durch kürzere stationäre Aufenthalte und mehr ambulante Behandlungspfade eher größer als kleiner wird.

### **Ausblick: von der Nachsorge zur Prävention**

Langfristig geht es sogar um mehr als die Phase nach der Operation. Wenn Wearables frühzeitig Risikoprofile und ungünstige Bewegungsmuster erkennen, kann sekundäre Prävention früher beginnen. Damit könnten konservative Maßnahmen gezielter eingesetzt, der richtige Operationszeitpunkt besser bestimmt und unnötige oder zu frühe Eingriffe vermieden werden.

Arthrose und Funktionsverlust sollen nicht erst adressiert werden, wenn der Gelenkersatz unausweichlich ist. Bewegungsdaten können den Blick nach vorn verlagern. Unsere Auswertung von mehr als 102 000 Personen zeigt, dass Beschleunigungssensoren reproduzierbare Signale liefern können, die mit Kniearthrose assoziiert sind – teils Jahre vor der Diagnose. In einer eigenen Kohorte von 104 Patientinnen und Patienten mit Kniearthrose korrelierten Schmerz und KOOS-Gesamtscore deutlicher mit Schrittgeschwindigkeit und Schrittlänge als mit dem klassischen Kellgren-Lawrence-Röntgengrad. Damit beginnt ein Zeitalter der Prävention: sekundärpräventive Maßnahmen früher starten, konservative Therapie gezielter steuern und den Operationszeitpunkt besser begründen.

Dabei geht es nicht darum, aus jedem Schritt eine Diagnose abzuleiten. Entscheidend ist die Kombination: Symptome, Funktionsscores, Bildgebung, Operationsdaten, Reha-Verlauf und objektive Bewegungsdaten. Aus dieser Verbindung kann perspektivisch ein funktioneller digitaler Zwilling entstehen – als Werkzeug, um Therapieentscheidungen, Alignment-Strategien, Rehabilitation und Return to Activity stärker an objektiven Patientenergebnissen auszurichten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
München, Juni 2026

**Quellenhinweise:**

EPRD: Jahresbericht 2025 / Pressemitteilung vom 29.10.2025: 410.333 dokumentierte Hüft-/Knieeingriffe 2024, davon 199.052 primäre Hüft- und 173.252 primäre Knieimplantationen.

GBD / Lancet Rheumatology 2023: weltweite Arthrose-Last; 595 Millionen Betroffene 2020, Projektion auf nahezu eine Milliarde Betroffene bis 2050.

Barberan-Garcia A. et al. Annals of Surgery 2018: multimodale Prähabilitation bei älteren Hochrisikopatienten vor elektiver großer Bauchoperation; deutliche Reduktion postoperativer Komplikationen.

Liu X. et al. Journal of Orthopaedic Surgery and Research 2024: Metaanalyse zur Telerehabilitation nach Knieendoprothetik.

ACS Clinical Congress 2023 / Fitbit-Auswertung: >7.500 Schritte pro Tag vor Operation mit niedrigerem postoperativem Komplikationsrisiko assoziiert. Smits S.R. et al. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy 2026: Accelerometerdaten und frühe Bewegungssignaturen bei Kniearthrose. Daten und Konzepte aus den Arbeitsgruppen KI in der Orthopädie, NewKnee, RTA/RTS sowie aus dem geplanten AE-Komitee Prä- und Rehabilitation und Wearables.

# Endoprothetik neu gedacht über die Operation hinaus

Fast-Track, Telemedizin und Wearables als  
neuer Versorgungspfad

Pressekonferenz zum 30-jährigen AE-Kongress

**Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe**

Präsident der AE | TUM Klinikum rechts der Isar

operative Exzellenz

prozessuale Intelligenz

Patientenpfad





Die Versorgungsfrage verschiebt sich: nicht nur „wie operieren?“, sondern „wie begleiten?“

**410.333**

dokumentierte Hüft-/Knie-  
Eingriffe 2024 im EPRD

**bis 20%**

Unzufriedenheit nach  
Knieendoprothese trotz technisch  
guter OP

**79%**

ohne strukturierte Nachsorge nach  
Reha in Komitee-Auswertung

**≈ 1 Mrd.**

Menschen mit Arthrose weltweit  
bis 2050 prognostiziert

Während (peri-)operative Abläufe hochstandardisiert sind, bleiben Prä- und Rehabilitation strukturell zurück – obwohl sie mit den größten Einfluss auf das Outcome haben. Dazu kommt:

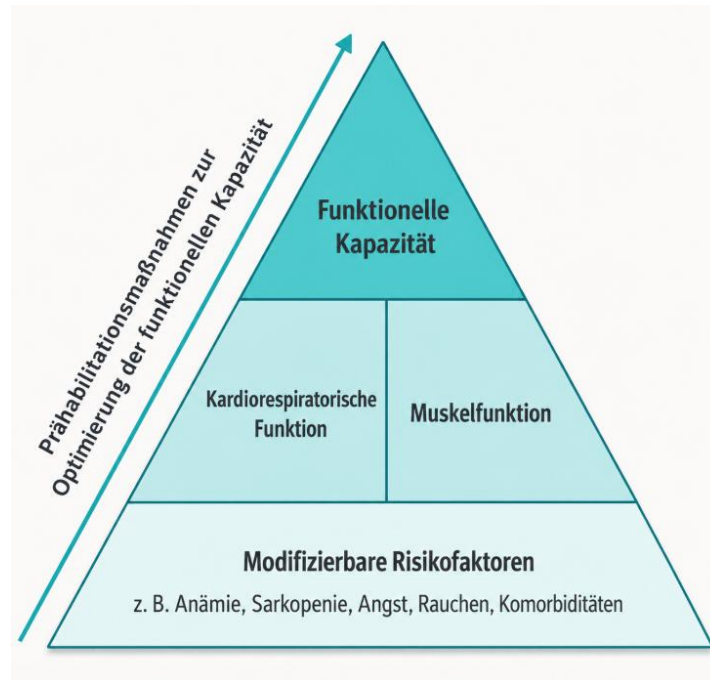
- zunehmende Ambulantisierung
- steigende Patientenerwartungen
- Digitalisierung, Telemedizin und Wearables
- Epidemiologie, steigende Patientenzahlen, Fachkräftemangel

Was bedeutet Prähabilitation: gezielter **Aufbau** von Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer + **Reduktion** von Risikofaktoren **vor** einem operativen Eingriff oder einer anderen Therapie

## Prähabilitation ist so bedeutsam wie Rehabilitation

Dtsch Arztebl 2022; 119(37): A-1518 / B-1270

Frank, Florian; Kim, Mia; Nüssler, Natascha; Jacob, Eva-Maria



≈ 50%

geringeres Komplikationsrisiko  
in RCT bei älteren Hochrisiko-  
Patient:innen

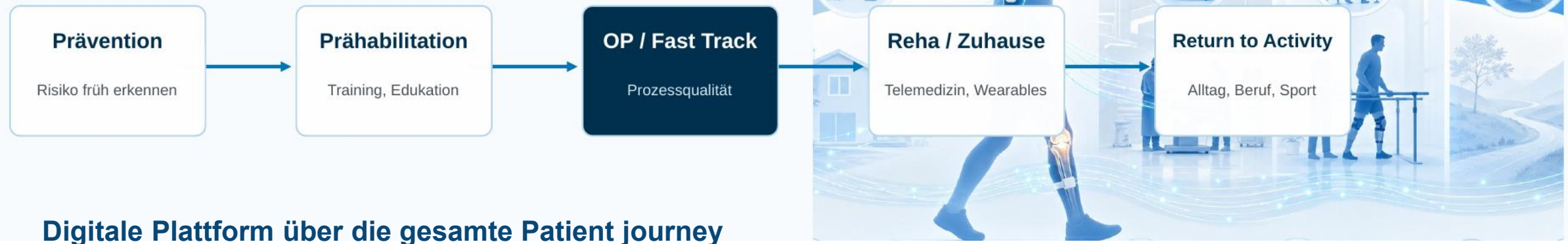
## Internationale Empfehlung

International Prehabilitation and Perioperative Exercise Testing Society (IPOETS)

- Alle Patient:innen sollten auf eingeschränkte körperliche Fitness bzw. Funktionsfähigkeit untersucht werden.
- Alle Patient:innen sollten an einer OP-Schule teilnehmen – persönlich, digital oder hybrid.

**Kernbotschaft: Wer funktionell besser vorbereitet ist, kommt sicherer durch den Behandlungspfad.**

Ein durchgängiger Versorgungspfad ersetzt isolierte Einzeltermine.



## Digitale Plattform über die gesamte Patient journey

### Datenerfassung

Wearables, App, PROMs, Telemedizin

### KI-Auswertung

Muster, Verlauf, Risikoprofile

### Rückspiegelung

Feedback an Patient:innen und Behandler

### Individualisierung

Prä-, Reha- und Follow-up-Steuerung

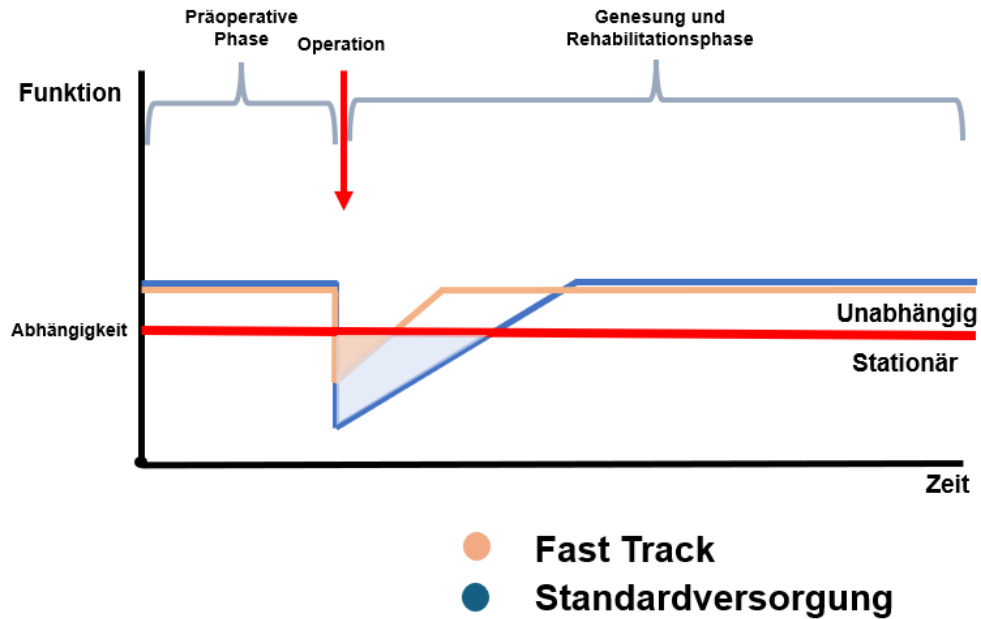
## Was neu ist

Eine digitale Plattform sammelt über alle Phasen kontinuierlich Daten aus Wearables, App, PROMs und Telemedizin.

KI wertet diese Verläufe aus und spiegelt relevante Informationen an Patient:innen und Behandler zurück – für eine individualisierte Präha-, Reha- und Nachsorgesteuerung.

## Zielbild

**Nicht „schneller raus“, sondern kontinuierlich gemessen, intelligent ausgewertet und individuell begleitet.**



Therapeutisches Konzept zur multimodalen perioperativen Patientenversorgung.

## Ziel:

- Vermeidung von liegebedingten Komplikationen
- Beschleunigung der Rekonvaleszenz, Verkürzung der Verweildauer
- Erhalt der Patienten-Autonomie
- Fast-recovery  $\neq$  Tageschirurgie!



## Perioperatives Management und Fast-Track bei Knieendoprothetik

Christina Valle<sup>1,2</sup> · Sandro Valle<sup>3</sup> · Clemens Baier<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Medical Park Chiemsee, Bernau am Chiemsee, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Sportorthopädie, Klinikum rechts der Isar, München, Deutschland

<sup>3</sup> RoMed Klinik Prien am Chiemsee, Prien am Chiemsee, Deutschland

<sup>4</sup> Orthopädie Regensburg MVZ, Regensburg, Deutschland

- Präoperative Patienteninformationen & Alltagsoptimierung
- Präoperatives Training (Umgang mit Hilfsmitteln, Sturzprophylaxe, Gangschule, Trainingstherapie,...)
- Optimierung des perioperativen Ablaufes
- Rascher postoperativer Bewegungsbeginn

# Evidenz: Betreuung zwischen Klinik, Reha und Zuhause

## Telemedizin und heimbasierte Rehabilitation



- Telerehabilitation mit Sensorüberwachung ggf. äquivalent zur üblichen Nachsorge mittels IRENA oder Physiotherapie
- **Positive Effekte** bezüglich ggf. Funktion, Lebensqualität und PROMs nachweisbar
- **Verwendete digitale Systeme unterscheiden sich teils erheblich:** Live-Face-to-Face-Therapie via Bildschirm, telefonische Beratung, interaktive Software mit Motion capture his *Integration Wearables*



### In-Home Telerehabilitation Compared with Face-to-Face Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty

A Noninferiority Randomized Controlled Trial

10.2196/54876

In strukturschwacher Umgebung Telemedizin sinnvolle Option zur Therapie und Diagnostik, ggf. in Kombination mit bisherigen Optionen

## Studienlage: heterogen, aber klinisch nutzbar

Telerehabilitation kann übliche Nachsorge sinnvoll ergänzen.

Sensorüberwachung macht Funktion trotz räumlicher Trennung objektivierbar.

## Was Wearables messen:

Schritte

Aktivität vor/nach Entlassung

Gangtempo

Schrittlänge, Erholung, Symptomlast

Symmetrie

Schonmuster, Belastungsasymmetrie

ROM + PROMs

Bewegungsumfang, Schmerz, Reha-Ziele

**Nicht ersetzen – sondern Versorgungslücken schließen**

**Relevanz für Ambulantisierung: Mehr Zuhause braucht bessere Daten, klare Schwellen und erreichbare Ansprechpartner.**

## Auftrag: Prä- und Rehabilitation als kontinuierlichen, digital unterstützten funktionellen Prozess etablieren.

### Mindeststandards

Definition prähabilitativer Mindeststandards inkl. digitaler Unterstützung

### Funktionelle Ziele

Festlegung funktioneller Zielparameter (z. B. Mobilität, Alltagskompetenz, PROMs)

### Schnittstellen

Schnittstellenklarheit zwischen ambulanter Versorgung, Klinik und Reha

### Wearables

Integration digitaler Tools und Wearables zur Verlaufserfassung (z. B. Aktivität, Mobilität, Belastbarkeit)

### Forderung

Digitale Instrumente müssen in validierte Versorgungspfade integriert werden - mit klarer Verantwortung, Datensicherheit und klinischer Relevanz.

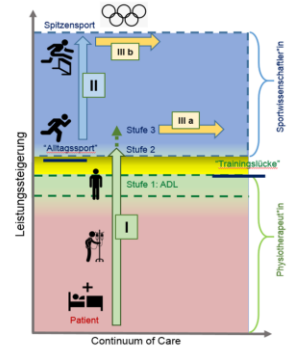
## Komitee Prä- und Rehabilitation und wearables

Smart Sensor-based Monitoring, AI and Realtime Motor Teaching (S<sup>2</sup>MART)

Personalisierte Therapie und Prävention muskuloskeletaler Erkrankungen sowohl bei Patient\*innen als auch Sportler\*innen

### Problemstellung

- Zunehmende chronische Erkrankungen
- Gesundheitliche Negativentwicklung durch Bewegungsmangel
- Patienten: Trainingslücke
- => 79% der Patienten haben keine Nachsorge nach Reha
- => Mangel an primärer und sekundärer Prävention
- Fachkräftemangel
- Mangel an Evidenz zu Therapie- und Rehaverfahren
- Mangel an personalisierten AI-Trainingsangeboten für Senioren, Sportlern und Patienten



Operativ exzellent. Prozessual intelligent. Patientenzentriert über die Entlassung hinaus.

# Arthrotische Bewegungsmuster bis zu 5 Jahre früher

DOI: 10.1002/ksa.70332

ORIGINAL PAPER

Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy WILEY

**Deep learning of wrist accelerometry from UK Biobank data identifies early movement signatures of knee osteoarthritis up to 5 years before diagnosis**

Ricardo Smits Serena<sup>1,2</sup> | Michael Hirschmann<sup>3,4,5</sup> | Georg Matziolis<sup>6</sup> |  
Rüdiger von Eisenhart-Rothe<sup>1</sup> | Daniel Rueckert<sup>2,7</sup> | Florian Hinterwimmer<sup>1,2</sup> |

Publikations-Screenshot: UK Biobank / Accelerometrie

**102.120**Personen mit  
Accelerometerdaten**7.262**Fälle mit  
Kniearthrose**AUC 0,675**Gesund vs. KOA  
binnen 5 Jahren**bis zu 5 Jahre**Signal vor  
klinischer Diagnose

## Kernaussage für Patient:innen und Versorgung

Wearables erfassen reproduzierbare Bewegungsmuster, die mit Kniearthrose assoziiert sind – in dieser Auswertung bis zu 5 Jahre vor Diagnose.

Damit wird Prävention konkreter: Risikoprofile früher erkennen, konservative Therapie gezielter steuern, den Operationszeitpunkt besser begründen.

Sensorik

KI

Prävention

**Zeitalter der Prävention: Sensorik + KI + klinische Daten verschieben den Fokus von Reparatur zu früher Intervention.**

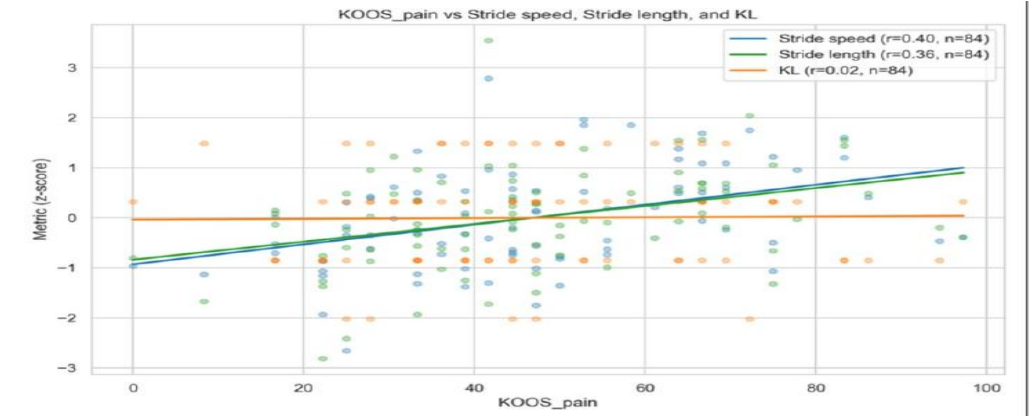
# Gangbild spiegelt Schmerz besser als das Röntgenbild

Abstract Nr : AGA26\_197 - Smart insole functional gait metrics reflect patient-reported sympto osteoarthritis better than radiographic Kellgren–Lawrence grading

Fabian Ried<sup>1</sup>, Ricardo Smits Serena<sup>1, 2</sup>, Simone Beischl<sup>1</sup>, Florian Hinterwimmer<sup>1, 2</sup>, Igor Lazić<sup>1</sup>, I von Eisenhart-Rothe<sup>1</sup>, Christina Valle<sup>1, 3</sup>

<sup>1</sup> Department of Orthopaedics and Sports Orthopaedics, TUM University Hospital, München, Deutschland. <sup>2</sup> Institute for AI and Informatics in Medicine. Technical University Munich. Mün

Abstract-/Publikations-Screenshot



Korrelation KOOS pain mit Gangmetriken und KL-Score

## 104

Patient:innen  
mit Kniearthrose

## OpenGo

Smart-Einlegesohlen  
+ Gehparcours

## KOOS

Schmerz und  
Gesamtscore

## KL-Score

nur schwache  
Korrelation zu PROMs

**Konsequenz: Nachsorge und Therapie sollten Funktion + Symptome objektiv erfassen – nicht nur das Röntgenbild kontrollieren.**

# Funktion messbar machen – vor und nach der Prothese

## Am TUM-Klinikum

### NewKnee

Development of an Outcome Score for Patients With Knee Osteoarthritis and Knee Joint Endoprosthesis Using an App

TUM | Universitäts  
Klinikum

Begleiten Sie Ihren Fortschritt vor und nach Ihrer Knie-OP

Mit unserer Smartphone-App NewKnee Fortschritt sehen, teilen, verstehen und die Forschung unterstützen.

**Ihre Vorteile**

**Negative Performance-Messung:** Neue Messung Ihrer Gesundheit und Fortschritt vor und nach Ihrer Operation.

**Anschauliche Darstellung:** Verfolgen Sie Ihren Fortschritt anhand verständlicher Grafiken.



<https://newknee.de>

PRIS | Universitäts  
Klinikum  
NCT Number  
NCT07212699

App-basierte Erfassung von PROMs und funktionellen Daten

### RTA

#### Rückkehr in den Alltag

A+O | TUM | Universitäts  
Klinikum

Unsere RTA (Return-to-activity) - Studie

**Ziel:**

1. Erkennen von Normwerten zu Gelenk- und Muskelfunktion in Korrelation zu Alltagstätigkeiten
2. Solidere Aussagekraft ab welchem Zeitpunkt wieder was gemacht werden darf



- Multicenterprojekt mit der Universitätsklinik Bonn, OCM, MVZ Krefeld und der University of Colorado
- Für alle Patienten vor und nach Implantation einer KTEP

Normwerte für Gelenk- und Muskelfunktion im Alltag

### RTS

#### Rückkehr zum Sport

A+O | TUM | Universitäts  
Klinikum

Unsere RTS (Return-to-sport) - Studie

Gezielte Tests bei anderen Kniegelenkserkrankungen z.B. Kreuzbandrissen etabliert

**Ziel:**

1. Anwendung einer etablierten RTS-Testung bei Knieendoprothesenpatienten
2. Etablierung einer Return-to-Sports-Sprechstunde für Knieendoprothesenpatienten



Return-to-Sports-Sprechstunde für Endoprothetikpatient:innen

**Ziel: standardisierte Funktionsprüfung, App-/Sensordaten und PROMs zu belastbaren Entscheidungen für Alltag, Beruf und Sport verbinden.**

## STATEMENT

### **Individuelle Implantatwahl und Implantationstechnik beim Kniegelenkersatz: mit personalisierten Verfahren zum „vergessenen Knie“**

Professor Dr. med. Christian Merle

AE-Vizepräsident und Chefarzt des Endoprothetikzentrums III (EPZmax), Orthopädische Klinik Paulinenhilfe, Diakonie-Klinikum Stuttgart

Der künstliche Kniegelenkersatz gehört zu den erfolgreichsten orthopädischen Eingriffen weltweit. Gleichzeitig zeigt sich trotz langfristig sehr guter Implantatstandzeiten, dass bis zu 20 Prozent der Patientinnen und Patienten nach totalem Kniegelenkersatz mit dem funktionellen Ergebnis nicht vollständig zufrieden sind. Häufig berichten diese Patienten über ein persistierendes Spannungs-/Fremdkörpergefühl, Einschränkungen im Bewegungsablauf oder ein fehlendes natürliches Kniegefühl. Ziel moderner Konzepte ist deshalb nicht mehr allein ein schmerzfreies Gelenk, sondern das sogenannte „vergessene Knie“ – ein künstliches Kniegelenk, das im Alltag nicht mehr bewusst wahrgenommen wird.

Vor diesem Hintergrund gewinnen personalisierte Verfahren zunehmend an Bedeutung. Im Fokus stehen insbesondere der Teilgelenkersatz (unikondyläre und patellofemorale Knieendoprothese) sowie individualisierte Implantationsstrategien wie das kinematische Alignment. Beide Ansätze verfolgen das Ziel, die individuelle Anatomie, Bandspannung und Gelenkkinematik möglichst präzise zu rekonstruieren, anstatt ein standardisiertes mechanisches Achsenkonzept mit einer geraden Beinachse auf alle Patientinnen und Patienten anzuwenden.

Die aktuelle Relevanz des Themas ergibt sich aus mehreren Entwicklungen: einer alternden, aber gleichzeitig aktiveren Bevölkerung, steigenden Erwartungen an postoperative Funktion und Sportfähigkeit sowie technischen Fortschritten durch verbesserte präoperative 3D-Planung und technische Hilfsmittel (Implantate, OP-Techniken, Robotik). Parallel dazu wächst die wissenschaftliche Evidenz, dass individualisierte Therapiekonzepte aus Patientensicht zu besseren Ergebnissen („Patient-Reported Outcome Measures“, PROMs) und höheren „Forgotten Joint Scores“ führen können.

### **Aktuelle Entwicklungen**

#### 1. Personalisierung statt „one fits all“

Der klassische mechanische Kniegelenkersatz orientierte sich jahrzehntelang an der Wiederherstellung einer neutralen „geraden“ Beinachse. Neuere Erkenntnisse zeigen jedoch, dass die natürliche Beinachse individuell variiert und bei über zwei Dritteln aller Patienten mit Kniearthrose biomechanisch nicht „neutral“ ist. Das Konzept des personalisierten kinematischen Alignments versucht daher, die präarthrotische Gelenkgeometrie möglichst exakt wiederherzustellen.

Aktuelle systematische Übersichtsarbeiten belegen, dass kinematisch implantierte Knieendoprothesen gegenüber mechanisch ausgerichteten Implantaten häufig bessere funktionelle Ergebnisse und höhere Patientenzufriedenheit erzielen. Besonders relevant sind Verbesserungen bei Bewegungsgefühl, natürlicher Gelenkwahrnehmung und

Alltagstauglichkeit. Gleichzeitig zeigen aktuelle mittelfristige Daten keine erhöhten Lockerungsraten oder verminderten Implantatstandzeiten.

## 2. Teilgelenkersatz: weniger invasiv, schnelle Mobilisation, mehr Natürlichkeit

Der Teilgelenkersatz (mediale oder laterale „Schlittenprothese“, patellofemorale Prothese) gewinnt als minimalinvasives und weichteilschonendes Verfahren zunehmend an Bedeutung. Im Gegensatz zur Totalendoprothese bleiben Kreuzbänder, intakte Teile der natürlichen Gelenkstrukturen bei physiologischer Kinematik erhalten. 30 bis 50 Prozent der Patienten mit fortgeschrittener Kniearthrose kommen für einen Teilgelenkersatz infrage, da die Arthrose vorrangig nur eines der drei Kniegelenkskompartimente (medial, lateral, patellofemoral) betrifft.

Folgende Vorteile des Teilgelenkersatzes als minimalinvasives Operationsverfahren aus Patientensicht sind klinisch relevant:

- schnellere Mobilisation und Rehabilitation („Rapid Recovery“)
- geringerer Blutverlust, kürzere Hospitalisierung, geringere Komplikationsraten, insbesondere bei einer stetig steigenden Anzahl internistisch vorerkrankter Patienten
- häufig natürlicheres Gangbild und höhere Wahrscheinlichkeit eines „forgotten knee“

## 3. Das „vergessene Knie“ als neues Qualitätsziel

Traditionell wurde der Erfolg eines Kniegelenkersatzes anhand radiologischer Parameter oder Implantatstandzeiten bewertet. Heute rückt stärker in den Vordergrund, wie sich Patientinnen und Patienten im Alltag fühlen, wie aktiv sie mit dem Gelenk sein können und wie sich ihre subjektive Lebensqualität durch die Operation verbessert. Das Konzept des „vergessenen Knies“ beschreibt ein Gelenk, das im Alltag nicht bewusst wahrgenommen wird – etwa beim Gehen, Treppensteigen oder Sport. Personalisierte Implantatselektion und Implantationsstrategien scheinen dieses Ziel besser zu erreichen als bisherige Verfahren. Der „Forgotten Joint Score“ etabliert sich zunehmend als relevanter Qualitätsparameter moderner Endoprothetik.

## **Herausforderungen und offene Fragen**

Trotz vielversprechender Ergebnisse personalisierter Konzepte bleiben wesentliche Fragen offen:

- Es fehlen weiterhin Langzeitdaten über 15 bis 20 Jahre für viele personalisierte Konzepte.
- Nicht alle Patientinnen und Patienten profitieren gleichermaßen von individualisierten Verfahren. Einer differenzierten und realistischen Aufklärung unter Berücksichtigung von Zielen und Erwartungen kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu.
- Inadäquate Indikation oder Implantatpositionierung können zu erhöhten Revisionsraten führen. Daher bleiben Indikationsstellung und Patientenselektion für

das Verfahren mit dem besten Chancen-Risiko-Verhältnis sowie dessen exakte technische Umsetzung eine Herausforderung.

- Der Patientennutzen und die gesundheitsökonomische Bewertung einiger technischer Innovationen (insbesondere robotischer Systeme) ist noch nicht abschließend geklärt.
- Bei der Erhebung und Auswertung von Registerdaten und wissenschaftlichen Studien müssen die Aspekte der Personalisierung und technischen Unterstützung bei der Operation berücksichtigt werden.
- Die Erfahrung und Expertise einer Klinik mit der Indikationsstellung und dem operativen Eingriff sind entscheidend für den Operationserfolg. Patientinnen und Patienten sollten daher gezielt Zentren aufsuchen, die eine differenzierte Beratung zu verschiedenen Implantatoptionen anbieten und moderne personalisierte Verfahren routiniert einsetzen.

### **Gesundheitspolitische Perspektive**

Die zunehmende Individualisierung der Knieendoprothetik erfordert strukturelle Anpassungen im Gesundheitssystem. Aus Sicht der Fachgesellschaft sind insbesondere folgende Punkte relevant:

- Förderung zertifizierter Endoprothetikzentren mit hoher Expertise
- kontinuierliche Qualitätssicherung über Registerdaten und unabhängige wissenschaftliche Studien
- strukturierte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu personalisierten Verfahren
- differenzierte und qualitätsbezogene Vergütung personalisierter Therapiekonzepte, Implantate und Technologien

### **Fazit**

Die Knieendoprothetik befindet sich im Wandel von langfristig etablierten zu personalisierten Behandlungskonzepten. Teilgelenkersatz und personalisiertes Alignment stehen exemplarisch für diesen Paradigmenwechsel. Ziel ist nicht allein ein radiologisch neutral implantiertes Kunstgelenk mit langer Standzeit, sondern eine möglichst natürliche Kniefunktion mit hoher Patientenzufriedenheit.

Die bisherigen Daten zeigen vielversprechende Vorteile personalisierter Konzepte hinsichtlich Funktion, Bewegungsgefühl und „Forgotten Joint Score“. Gleichzeitig bleiben fundierte Langzeitergebnisse, optimale Indikationsstellung und gesundheitsökonomische Aspekte Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Diskussion. Die Zukunft der Knieendoprothetik liegt in einer Kombination aus individualisierter Implantatwahl, patientenspezifischer und gewebeschonender Implantationstechnik und datenbasierter Qualitätssicherung.

**Literatur:**

1. Segura-Nuez J et al. Methods of alignment in total knee arthroplasty: systematic review. *Orthopedic Reviews*. 2024.
2. Albishi W et al. Unicompartmental knee replacement: controversies and technical considerations. *Arthroplasty*. 2024.
3. Shekhar A et al. Patient-Reported Outcomes of Kinematic vs Mechanical Alignment in Total Knee Arthroplasty: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Arthroplasty Today*. 2023.
4. Migliorini F et al. Revision of unicompartmental knee arthroplasty: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2024.
5. MacDessi S et al. Coronal Plane Alignment of the Knee (CPAK) classification: a new system for describing knee phenotypes. *Bone & Joint Journal*. 2021.

## STATEMENT

### **Qualität unter Druck: Wie viel Regulierung braucht die Endoprothetik?**

Professor Dr. med. Bernd Kladny

Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und  
Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie  
(DGOOC)

Hüft- und Kniegelenksersatz gehören zu den erfolgreichsten und am besten untersuchten Operationen in der Medizin. Millionen von Patientinnen und Patienten weltweit profitieren jährlich von dieser Technologie – mit Standzeiten moderner Implantate von 15 bis 20 Jahren und darüber hinaus. Zur Gewährleistung von Qualität und Patientensicherheit bedarf es regulierender Vorgaben. Diese betreffen Vorgaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) hat hierzu mit EndoCert ein System zur Zulassung von Einrichtungen zu Endoprothetik etabliert. EndoCert definiert und überprüft die Endoprothetikzentren und Endoprothetikzentren der Maximalversorgung. Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) liefert seit über 13 Jahren zuverlässige Daten zu den Ergebnissen der Endoprothetik. Durch die EU steht die Endoprothetik unter wachsendem Regulierungsdruck: Die EU-Medizinprodukteverordnung (MDR) verändert das Versorgungsgeschehen grundlegend. Die entscheidende Frage lautet: Schützt uns mehr Regulierung – oder gefährdet sie am Ende die Versorgung?

### **Wesentliche Regulierungen in der Endoprothetik**

Die Krankenhausreform (KHVVG und KHAG) wird berechtigterweise die Erbringung von Endoprothetik in Deutschland auf weniger Standorte konzentrieren. Erfahrungen aus Nordrhein-Westfalen zeigen, dass sich die Leistungserbringung für die Primärendoprothetik im Bereich Hüft- und Kniegelenk um circa 40 Prozent reduzierte und im Bereich der Revisionseingriffe um circa 60 Prozent. Allerdings sind die Vorgaben im Hinblick auf die Qualität in den Leistungsgruppen für Endoprothetik völlig unzureichend. Es ist unbedingt die Einhaltung der von Experten definierten Qualitätsvorgaben für die Struktur- und Prozessqualität zu fordern. Die Zuteilung der Leistungsgruppen sollte qualitätsbasiert nach der Einhaltung dieser Kriterien erfolgen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Qualität der Leistungserbringung im Endoprothesenregister.

Die MDR wurde im Hinblick auf die Zulassung von Implantaten erheblich verschärft. Was ursprünglich als Sicherheitsgewinn gedacht war, hat eine unerwartete Kehrseite: Zahlreiche bewährte Implantate wurden und werden vom Markt genommen – nicht, weil sie versagten, sondern weil der bürokratische und finanzielle Aufwand für kleinere Hersteller und für Produkte mit einem geringen Umsatzvolumen für die Zulassung nicht tragbar ist. Die Folge sind eine schleichende Marktkonzentration und mangelnde Produktvielfalt. Gleichzeitig werden neue Produkte verspätet oder gar nicht mehr zugelassen. Damit kommen Patientinnen und Patienten nicht oder nur verspätet an Innovationen. Weiterhin benachteiligt dies den Forschungs- und Wirtschaftsstandort Deutschland.

## **Fakten zur Regulierung der Endoprothetik in Deutschland**

Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) zählt heute 3,5 Millionen dokumentierte Eingriffe in über 13 Jahren aus über 730 Einrichtungen und liefert valide Daten zu Standzeiten, Revisionsraten und Komplikationen. Es ist eines der leistungsfähigsten Register weltweit. Die Daten belegen in zahlreichen Analysen einen positiven Effekt zwischen Operationsvolumen im Hinblick auf die Fallzahlen und die Ergebnisqualität.

Es gibt in Deutschland über 500 zertifizierte Zentren, die ihre Qualität durch einen von Experten beschriebenen Prozess jährlich belegen. Dabei wird auch die Ergebnisqualität entsprechend der Daten im Endoprothesenregister berücksichtigt. Die Zuteilung einer Leistungsgruppe durch die zuständige Landesbehörde bedeutet, dass die Endoprothetik erbracht und abgerechnet werden darf. Zertifizierung als Endoprothesenzentrum bedeutet, dass die Leistungen auch im Hinblick auf die vorhandene Struktur, den gesamten Prozess einschließlich Indikationsstellung und die Ergebnisqualität geprüft erbracht werden.

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde bereits die Mindestmenge nachvollziehbar für die Knieendoprothetik definiert. Sie liegt aktuell bei 50 Knieendoprothesen pro Jahr und wird bis zum Jahr 2030 auf 150 gesteigert. Für die Mindestmenge für die Hüftendoprothetik läuft ein Verfahren zur Festlegung, an dem sich die Fachgesellschaft DGOOC beteiligt.

Aufgrund der demografischen Herausforderungen wird der Bedarf steigen. Andererseits erschwert die MDR individuelle patientengerechte Lösungen und Innovationen. 40 Prozent der Unternehmen planen, ihre Produkte nicht mehr in Europa auf den Markt zu bringen. Die Projekte in Forschung und Entwicklung wurden in Europa bereits um circa 50 Prozent reduziert.

### **Was ist die Botschaft?**

Regulierung ist kein Selbstzweck. Sinnvolle Qualitätssicherung – durch Register, strukturierte Zertifizierung wie das EndoCert-System und transparente Ergebnisberichterstattung – stärkt das Vertrauen in die Endoprothetik und schützt Patientinnen und Patienten. Was wir hingegen nicht brauchen, sind bürokratische Hürden, die innovative Produkte vom Markt fernhalten und erfahrene Operateurinnen und Operateure mit Dokumentationspflichten überlasten, statt ihre Expertise zu nutzen. Der EU-Kommissionsvorschlag zur MDR-Reform (16. Dezember 2025) ist ein erster Schritt in die richtige Richtung, aber noch kein Durchbruch.

Die Forderung ist klar: qualitätsorientierte Regulierung ja – flächendeckende Überregulierung nein. Die Politik ist gefordert, die MDR praxistauglich weiterzuentwickeln, die Registerdaten als Qualitätsinstrument anzuerkennen und die Erfüllung der Kriterien von expertendefinierten Zertifizierungssystemen zu unterstützen, um echten Nutzen für Patientinnen und Patienten zu generieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)  
Herzogenaurach, Juni 2026



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

## Über die AE

Die AE - Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE) wurde 1996 in Regensburg als gemeinnütziger Verein gegründet. Sie ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und innerhalb der Fachgesellschaft zuständig für alle Fragen, die die Endoprothetik betreffen. Ihre Mitglieder sind führende Orthopädinnen, Orthopäden und Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die sich mit Fragen der Endoprothetik und alternativen gelenkerhaltenden Behandlungsverfahren beschäftigen.

Die AE hat Stand Juni 2026 2083 Mitglieder, davon 774 AE-YOUTH-Mitglieder.

Das vorrangige Ziel der AE ist es, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Gelenke nachhaltig zu verbessern.

Um ihre Mitglieder laufend in der Endoprothetik fortzubilden, hat sie in diesem Jahr 37 Veranstaltungen mit fast 3000 Teilnehmenden durchgeführt. Sie vergibt einen Wissenschaftspreis gemeinsam mit der Stiftung Endoprothetik im Gesamtwert von 20.000 EUR sowie einen Promotionspreis von 3.000 EUR und zwei Posterpreise im Gesamtwert von 6.000 EUR, in diesem Jahr gemeinsam mit der Stiftung Paulinenhilfe zwei Reisestipendien Travel Fellowship „Teilgelenkersatz Knie“ mit der Fördersumme in Höhe von 10.000 EUR.

Um Qualitätssicherung und -kontrolle in der Endoprothetik voranzutreiben, unterstützt die AE das **Endoprothesenregister Deutschland (EPRD)** seit seiner Einführung im Jahr 2012. Das Register stellt einen zentralen Baustein der Qualitätssicherung in der endoprothetischen Versorgung dar und ist an der Etablierung der **EndoCert-Initiative** als Grundlage für die Zertifizierung von Endoprothetikzentren beteiligt.

Von besonderer Bedeutung ist der AE zudem die enge Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Gesellschaften DGOU, DGOOC und DGU sowie mit dem BVOU zur Weiterentwicklung unterschiedlicher und oft auch gemeinsam getragener Projekte im Bereich der Endoprothetik: So arbeitet ein Expertenteam an einer verbesserten Abbildung der **Revisionsendoprothetik im DRG-System**.

## ENDOTalk – Der neue Podcast der AE

Schon gehört? Die AE hat die Podcastreihe Endotalk gestartet – gestaltet von der ComGen der AE. Ziel: den Dialog zwischen Forschung und Praxis fördern, Entwicklungen transparent machen und Impulse für die Zukunft setzen.

In den Folgen geht es um aktuelle Publikationen, Forschungsergebnisse und persönliche Einblicke aus der Endoprothetik.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Die erste Episode erschien am 20. Oktober 2025: Yves Gramlich spricht über seine mit dem Wissenschaftspreis 2024 der AE und Stiftung Endoprothetik ausgezeichnete Studie zu Komplikationen und Outcomes bei Amputation vs. Arthrodesse bei schwerer periprothetischer Infektion. Moderation: Anne E. Postler und Moritz Innmann.

Jetzt Reinhören auf Spotify, iTunes und Youtube.



Mehr über die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE) finden Interessierte hier:

<https://www.ae-germany.com>



# 28. AE-KONGRESS

18.–19. Juni 2026 in München  
Erfahrung als Fundament.  
Innovation als Auftrag.

**JETZT ANMELDEN!**

## EINLADUNG

30 Jahre AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik – dieses Jubiläum ist Anlass zur Freude, zur Dankbarkeit und zum Innehalten. Zugleich eröffnet es Raum für Reflexion, Austausch und neue Impulse. Der **28. AE-Kongress in München** verbindet den Rückblick auf 30 Jahre Endoprothetik mit der gemeinsamen Betrachtung dessen, was unser Fach heute ausmacht und in Zukunft prägen wird.

Was einst als engagierte, überschaubare Gruppe von Enthusiasten begann, hat sich in den vergangenen drei Jahrzehnten zu einer großen, lebendigen und starken Gemeinschaft entwickelt. Die AE ist heute eine tragende Säule der deutschen Endoprothetik, eine wissenschaftlich und klinisch prägende Sektion innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und ein verlässliches Zuhause für Erfahrung, Innovation und Nachwuchs gleichermaßen.

Mit dem Jubiläumskongress kehren wir bewusst in das Gründungsbundesland Bayern zurück. Von Regensburg aus nahm die Erfolgsgeschichte der AE ihren Anfang – nun feiern wir in München 30 Jahre gemeinsames Lernen, Lehren, Diskutieren und Gestalten. Endoprothetik war dabei immer mehr als Technik: Sie war und ist Teamarbeit, Verantwortung, Erfahrungsaustausch und stetige Weiterentwicklung im Dienste unserer Patientinnen und Patienten.

An zwei Kongresstagen widmen wir uns dem gesamten Spektrum der primären und revisionsendoprothetischen Versorgung. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, neue operative Strategien, technologische Innovationen – von Digitalisierung bis Robotik – sowie gesundheitspolitische Themen stehen gleichberechtigt im Fokus. Denn Endoprothetik bedeutet heute mehr denn je, Medizin im Spannungsfeld von Qualität, Innovation und Ökonomie zu denken.

Ein besonderer Dank gilt den Komitees der AE, die gemeinsam mit uns ein inhaltlich wie strukturell herausragendes Jubiläumsprogramm gestaltet haben. Auch AE-ComGen und AE-YOUTH haben mit eigenen Akzenten und neuen Perspektiven wesentlich zum Charakter dieses Kongresses beigetragen. Dieses Miteinander der Generationen und Erfahrungstufen ist Ausdruck dessen, was die AE seit 30 Jahren ausmacht: Offenheit, Kollegialität und der gemeinsame Anspruch, Patientenversorgung zu verbessern.

Der 28. AE-Kongress ist damit nicht nur ein Rückblick auf Erreichtes, sondern ein Ort der Begegnung, des Dialogs und der gemeinsamen Weiterentwicklung. Wir laden Sie herzlich ein, dieses Jubiläum mit uns zu feiern, sich inspirieren zu lassen, kritisch zu diskutieren und die Endoprothetik im deutschsprachigen Raum gemeinsam weiter zu gestalten.

Wir freuen uns auf zwei besondere Tage in München.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe

Prof. Dr. med. Robert Hube

Prof. Dr. med. Georgi Wassilew

*Kongresspräsidenten des 28. AE-Kongresses*

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

### Wissenschaftliche Konzeption



Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V.  
[www.ae-germany.com](http://www.ae-germany.com)

## KONGRESSPRÄSIDENTEN



**Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe**  
Ärztlicher Direktor  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
und Sportorthopädie  
Klinikum rechts der Isar der TU München



**Prof. Dr. med. Robert Hube**  
Leitender Arzt  
Orthopädische Chirurgie München



**Prof. Dr. med. Georgi Wassilew**  
Direktor  
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie  
und Rehabilitative Medizin  
Universitätsmedizin Greifswald

## ALLGEMEINE INFORMATIONEN

### Veranstalter · Organisation

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH  
Bettina Protzer · Leitung Kongressorganisation  
Oltmannsstraße 5 · 79100 Freiburg  
+49 160 96 34 34 14 · b.protzer@ae-gmbh.com · www.ae-gmbh.com

### Veranstaltungsort

Holiday Inn Munich – City Centre  
Hochstraße 3 · 81669 München  
www.meet-inn-munich.com

**Hinweis zur Anreise:** Nutzen Sie die Sonderkonditionen der AE bei der Deutschen Bahn. Die Angebote sind buchbar unter [www.ae-gmbh.com/anreise-DB](http://www.ae-gmbh.com/anreise-DB).

**Hinweis zur Übernachtung:** Im Veranstaltungshotel Holiday Inn Munich – City Centre ist ein Abrufkontingent eingerichtet, bitte nutzen Sie den Buchungslink unter [www.ae-kongress.de](http://www.ae-kongress.de).

### Kongresszeiten

Registrierung · Donnerstag, 18.06.2026, ab 10.30 Uhr  
Kongresseröffnung · Donnerstag, 18.06.2026, 11.40 Uhr  
Kongressende · Freitag, 19.06.2026, 17.15 Uhr

### Zertifizierung

Für den 28. AE-Kongress ist die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme bei der Bayerischen Landesärztekammer beantragt.

### Anerkennung

Anerkannte Fortbildungsveranstaltung für (Senior-)Hauptoperateure entsprechend den Anforderungen von EndoCert.



### Compliance

Der 28. AE-Kongress ist bei EthicalMedTech Europe zur Anerkennung beantragt.



Gefördert durch

Bayerisches Staatsministerium für  
Ernährung, Landwirtschaft, Forsten und Tourismus



Diese Veranstaltung wurde im Rahmen der  
Kongressinitiative für die Bayerische Tourismus-  
wirtschaft (Kongresse in Bayern – KiB) gefördert.



Wir setzen uns aktiv dafür ein, den AE-Kongress so nachhaltig wie möglich zu gestalten. Unser Ziel ist es, ökologische und soziale Verantwortung mit wissenschaftlichem Austausch zu verbinden. Dabei achten wir auf eine ressourcenschonende Planung und Durchführung in allen Bereichen der Veranstaltung.

### Teilnahmegebühren

Wissenschaftliches Programm inkl. Tagungscatering

#### Bei Anmeldung bis 08.06.2026

Chef-/Ober-/Assistenzärzte und niedergelassene Ärzte .....	305,00 €
AE-Mitglieder .....	260,00 €
AE-Akademie- und ComGen-Mitglieder .....	205,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder Weiterzubildende .....	160,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder Studierende/OP-Personal .....	75,00 €
AE-Seniormitglieder .....	160,00 €

#### Bei Anmeldung ab 09.06.2026

Chef-/Ober-/Assistenzärzte und niedergelassene Ärzte .....	360,00 €
AE-Mitglieder .....	305,00 €
AE-Akademie- und ComGen-Mitglieder .....	255,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder Weiterzubildende .....	195,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder Studierende/OP-Personal .....	100,00 €
AE-Seniormitglieder .....	195,00 €

#### Kongressabend am 18.06.2026

Seehaus im Englischen Garten	
Pro Person inkl. Speisen & Getränke.....	110,00 €

Aktuelle Informationen zur Anmeldung, Anreise und  
Übernachtung sowie zum Kongressabend finden Sie  
auf der Kongresswebseite: [www.ae-kongress.de](http://www.ae-kongress.de)



# AE-KONGRESSPROGRAMM AUF EINEN BLICK

Donnerstag, 18. Juni 2026

10.30 Uhr – Beginn der Registrierung und Begrüßungsimbiss

**SAAL 1**

**SAAL 2**

11.40 Uhr – Begrüßung und Kongresseröffnung

**SITZUNG 1a**  
Knie und Knierevision

**SITZUNG 1b**  
Gelenkerhalt Hüfte: Sport, Beruf,  
Lebensqualität – was ist möglich?

**SITZUNG 2a**  
Operative Strategien in der  
Hüftendoprothetik – Videosession

**SITZUNG 2b**  
Update Teilgelenksendoprothetik:  
Neues aus der Indikation und OP-  
Technik

14.40–16.00 Uhr – Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

15.00–15.50 Uhr – Workshops · Breakout-Sessions

15.00–16.00 Uhr – Posterpräsentationen mit Kurzvorträgen


**SITZUNG 3**  
Ehrungen

18.00 Uhr – Ende des ersten Kongresstages

 18.00–18.45 Uhr in SAAL 1  
Für AE-ComGen-Mitglieder: **AE-ComGen-Mitgliederversammlung**

19.30 Uhr – Kongressabend im Seehaus im Englischen Garten

Freitag, 19. Juni 2026

 07.45–09.00 Uhr in SAAL 1  
Für AE-Mitglieder: **AE-Mitgliederversammlung**

**SAAL 1**

**SAAL 2**


09.15 Uhr – Kongressbeginn

**SITZUNG 4a**  
Komplexe Komplikationen in der  
Hüftendoprothetik – fallorientierte  
Strategien

**SITZUNG 4b**  
Perioperatives Management

10.40–11.50 Uhr – Kaffeepause, Besuch der Fachausstellung und der Posterausstellung

10.55–11.45 Uhr – Workshops · Breakout-Sessions

 10.50–11.50 Uhr – AE-ComGen-Promotions-sitzung · Öffentliche Vorstellung aktueller  
Promotionsprojekte aus AE-Kliniken mit Bezug zur Endoprothetik

**SITZUNG 5a**  
Komplexe Komplikationen in der  
Knieendoprothetik – fallorientierte  
Strategien

**SITZUNG 5b**  
Versorgungsforschung und Gesund-  
heitspolitik

13.05–14.35 Uhr – Mittagspause, Besuch der Fachausstellung und der Posterausstellung

13.40–14.30 Uhr – Workshops · Breakout-Sessions

**SITZUNG 6a**  
Versorgungsstrategien bei periprothe-  
tischen Frakturen und Gelenkfrakturen:  
Herausforderungen, Kontroversen und  
innovative Strategien

**SITZUNG 6b**  
Experimentelle Endoprothetik: neue  
Materialien in der Endoprothetik

**SITZUNG 7**  
Periprothetische Infektionen

17.15 Uhr – Evaluation · Ende des Kongresses

# AE-KONGRESSPROGRAMM

Donnerstag, 18. Juni 2026

## SAAL 1

- 10.30 Beginn der Registrierung und Begrüßungsimbiss
- 11.40 Begrüßung und Kongresseröffnung  
*Wissenschaftliche Leitung*
- 11.45 **SITZUNG 1a · Knie und Knierevision**  
*S. Kirschner, E. Röhner, P. von Roth*
- 11.45 Digitale Zwillinge und KI-gestützte OP-Planung 2026  
*P. Savov*
- 11.57 Robotik und Navigation in der Knieendoprothetik: Was verbessert Patientenergebnis vs. was bleibt Technologie-Hype?  
*G. Matziolis*
- 12.09 Nachsorge 4.0: Telemedizin und Wearables im Reha-Alltag  
*C. Valle*
- 12.21 PROMs und Value-based Care: Qualität messbar machen und in den Alltag integrieren  
*K. Giesinger*
- 12.33 Personalisierte Alignment-Strategien in der Knieendoprothetik  
*S. Scheidt*
- 12.45 Abstractvortrag

## SAAL 2

- 10.30 Beginn der Registrierung und Begrüßungsimbiss
- 11.40 Begrüßung und Kongresseröffnung  
*Wissenschaftliche Leitung*
- 11.45 **SITZUNG 1b · Gelenkerhalt Hüfte: Sport, Beruf, Lebensqualität – was ist möglich?**  
*J. Goronzy, A.-R. Zahedi*
- 11.45 ECF-Therapiestrategien: Draht, Schraube, Arthroskopie oder doch schon Osteotomie?  
*M. Fischer*
- 11.55 Morbus Perthes: Was geht da heute noch?  
*M. Tannast*
- 12.05 Beckenosteotomien im Langzeitverlauf: Welche Indikation ist die richtige?  
*J. Goronzy*
- 12.15 Pro offene Therapie: surgical hip dislocation – my indications 2026  
*G. Wassilew*
- 12.25 Pro Arthroskopie
- 12.35 Arthroscopic assisted mini open  
*M. Ezechieli*
- 12.45 Abstractvortrag

# AE-KONGRESSPROGRAMM

Donnerstag, 18. Juni 2026

## SAAL 1

- 13.15 **SITZUNG 2a · Operative Strategien in der Hüftendoprothetik – Videosession**  
*B. M. Holzapfel, R. Hube, M. Thaler*
- 13.15 Hüftendoprothese bei höhergradiger Dysplasie (Crowe III/IV)  
*J. Hofstätter*
- 13.25 Cup in Cup mit zementierter Dual-Mobility-Pfannen-Indikation: Technik und typische Herausforderungen  
*C. Böhler*
- 13.35 Femurrevision unter Verwendung einer extended trochanteric osteotomy  
*B. Fink*
- 13.45 Einsatz eines patientenspezifischen Revisionsimplantats – präoperative Planung und Umsetzung  
*K.-P. Günther*
- 13.55 Impaction bone grafting bei ausgedehnten acetabulären Defekten oder femoralen Defekten  
*M. Thaler*
- 14.05 Die komplexe HTEP mit robotischer Unterstützung  
*S. Langer*
- 14.15 Diskussion der dargestellten Techniken  
*B. M. Holzapfel, R. Hube*

14.40–16.00 Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung

15.00–15.50 **Workshops · Breakout-Sessions**

15.00–16.00 Posterpräsentationen mit Kurzvorträgen im Rahmen der Posterausstellung

## SAAL 2

- 13.15 **SITZUNG 2b · Update Teilgelenkendoprothetik: Neues aus der Indikation und OP-Technik**  
*P. R. Aldinger, J. Beckmann, J. Holz*
- 13.15 Ist der Schlitten ein No-Go bei Adipositas?  
*M. M. Innmann*
- 13.27 AE-Handlungsempfehlung: Indikation medialer Teilgelenkersatz  
*C. O. Tibesku*
- 13.39 Mediale plus patellofemorale Arthrose – ignorieren, bikompartimenteller Ersatz oder TEP?  
*C. Merle*
- 13.51 Problemstellung: periprothetische Fraktur bei Schlitten  
*P. R. Aldinger*
- 14.03 OP-Technik: robotisch-assistierter lateraler Teilgelenkersatz  
*T. Calliess*
- 14.15 Abstractvortrag
- 14.27 Falldiskussion  
*C. Merle*

14.40–16.00 Kaffeepause und Besuch der Fachausstellung


15.00–15.50 **Workshops · Breakout-Sessions**

15.00–16.00 Posterpräsentationen mit Kurzvorträgen im Rahmen der Posterausstellung


# AE-KONGRESSPROGRAMM

Donnerstag, 18. Juni 2026

## SAAL 1

- 16.00 **SITZUNG 3 · Ehrungen**  
*R. Hube, C. Merle, R. von Eisenhart-Rothe, G. Wassilew*
- 16.00 Ernennung des AE-Ehrenmitglieds  
*R. von Eisenhart-Rothe, G. Wassilew*
- 16.15 Vortrag des AE-Ehrenmitglieds
- 16.40 Ehrungen zum 30-jährigen Jubiläum der AE
- 17.10 Vergabe des Wissenschaftspreises der AE und der Stiftung Endoprothetik
- 17.30 Vergabe weiterer Preise – Nachwuchsförderung
- 18.00 Ende des ersten Kongresstages
- 18.00–  
18.45  **AE-ComGen-Mitgliederversammlung**  
für AE-ComGen-Mitglieder
- 19.30 Kongressabend im Seehaus im Englischen Garten

## SAAL 2

- 16.00 **SITZUNG 3 · Ehrungen in SAAL 1**
- 18.00 Ende des ersten Kongresstages
- 18.00–  
18.45  **AE-ComGen-Mitgliederversammlung in SAAL 1**  
für AE-ComGen-Mitglieder
- 19.30 Kongressabend im Seehaus im Englischen Garten

# AE-KONGRESSPROGRAMM

Freitag, 19. Juni 2026

## SAAL 1

07.45–  
09.00  **AE-Mitgliederversammlung**  
für AE-Mitglieder

09.15 **SITZUNG 4a · Komplexe Komplikationen in der Hüftendoprothetik – fallorientierte Strategien**  
*K.-P. Günther, G. Wassilew*

09.15 Instabilität nach Hüft-TEP – Analyse der Ursachen und therapeutische Optionen

09.27 Ausgedehnter Polyethylen- und Metallabrieb mit Pseudotumorbildung – differenzierte Revisionsstrategien  
*B. M. Holzapfel*

09.39 Was ist, wenn Trabecular Metal versagt? Defekt und Abriebsmanagement – operative Planung und Rekonstruktion  
*G. Wassilew*

09.51 Paprosky IIIB/Beckendiskontinuität – Möglichkeiten und Grenzen von Cup-Cage- und Triflange-Konstruktionen  
*S. Hardt*

10.03 Femorale und acetabuläre Revisionsendoprothetik bei limitierenden patienten-spezifischen Faktoren: Versorgungskonzepte bei Minigrößen, Stoffwechselstörungen und speziellen Situationen

10.15 Abstractvortrag

10.27 Diskussion der präsentierten Fälle und ihre jeweiligen Lösungsansätze

10.40–  
11.50 Kaffeepause, Besuch der Fachausstellung und der Posterausstellung

10.55–  
11.45 **Workshops · Breakout-Sessions**

10.50–  
11.50  **AE-ComGen-Promotionssitzung · Öffentliche Vorstellung aktueller Promotionsprojekte aus AE-Kliniken mit Bezug zur Endoprothetik**

## SAAL 2

07.45–  
09.00  **AE-Mitgliederversammlung in SAAL 1**  
für AE-Mitglieder

09.15 **SITZUNG 4b · Perioperatives Management**  
*M. Müller, U. Nöth, P. Weber*

09.15 Tranexamsäure in der Endoprothetik – welche Kontraindikationen sind wirklich evident?  
*M. Clarius*

09.27 Thromboseprophylaxe und Bridging – was gibt's Neues?  
*A. M. Halder*

09.39 Gibt es auch Gefahren beim Fast-Track?  
*M. Rudert*


09.51 Perioperative Hochdosis-Dexamethasongabe – sollte sie jetzt Standard sein?  
*J. Beckmann*

10.03 Was gibt's Neues in der Diagnostik und Therapie der Bakteriurie und HWI?  
*M. Müller*

10.15 Abstractvortrag

10.40–  
11.50 Kaffeepause, Besuch der Fachausstellung und der Posterausstellung

10.55–  
11.45 **Workshops · Breakout-Sessions**

10.50–  
11.50  **AE-ComGen-Promotionssitzung · Öffentliche Vorstellung aktueller Promotionsprojekte aus AE-Kliniken mit Bezug zur Endoprothetik**

# AE-KONGRESSPROGRAMM

Freitag, 19. Juni 2026

## SAAL 1

- 11.50 **SITZUNG 5a · Komplexe Komplikationen in der Knieendoprothetik – fallorientierte Strategien**  
*H. Graichen, G. Matziolis*
- 11.50 Infektion, Lockerung oder Instabilität? Algorithmusbasierte Entscheidungsfindung in der Revisions-TKA  
*H. Reichel*
- 12.02 Wenn der Schmerz nach der Revision bleibt: patellofemorale Beschwerden und Stem Pain nach Prothesenwechsel
- 12.14 Die instabile Revisions-Knieendoprothese: Diagnostik, operative Strategien und typische Fehler  
*G. Matziolis*
- 12.26 Aseptische Lockerung in der Revisions-TKA – Optionen und Limitationen der verschiedenen Fixationskonzepte  
*H. Graichen*
- 12.38 Versagen des Extensorenmechanismus nach Revisions-TKA: Ursachen, Rekonstruktionsoptionen und realistische Outcomes  
*R. von Eisenhart-Rothe*

13.05–14.35 Mittagspause, Besuch der Fachausstellung und der Posterausstellung

13.40–14.30 Workshops · Breakout-Sessions

## SAAL 2

- 11.50 **SITZUNG 5b · Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik**  
*H. Haas, K.-D. Heller, A. Steinbrück*
- 11.50 Aktueller Stand EPRD  
*A. Steinbrück*
- 12.02 Die zunehmende Ambulantisierung und Hybridisierung: Folgen für die Weiterbildung/sinnvolle Weiterbildungskonzepte  
*C. Mohrhardt*
- 12.14 Aktuelle Versorgung Hüft- und Knieendoprothetik (AE-Umfrage)  
*J. Lützner, A. E. Postler*
- 12.26 Krankenhausreform und jetzt wird alles besser?  
*B. Kladny*
- 12.38 Die neue Mindestmengenregelung: Auswirkungen auf die endoprothetische Versorgung  
*K.-D. Heller*
- 12.50 MDR 2.0? Die geplante Modifikation der Medical Device Regulation – regulatorische Perspektiven und strukturelle Auswirkungen auf den europäischen MedTech-Markt  
*M. D. Michel*

13.05–14.35 Mittagspause, Besuch der Fachausstellung und der Posterausstellung

13.40–14.30 Workshops · Breakout-Sessions

### SAAL 1

- 14.35 **SITZUNG 6a · Versorgungsstrategien bei periprothetischen Frakturen und Gelenkfrakturen: Herausforderungen, Kontroversen und innovative Strategien**  
*H. Bächis, V. Jaecker, H. Windhagen*
- 14.35 Periprothetische Frakturen bei Kurzschäften – biomechanische Besonderheiten, neue Risikokonstellationen und Revisionsstrategien  
*S. Brodt*
- 14.47 Timing bei periprothetischen Frakturen – Auswirkungen durch Leistungsgruppen, Spezialisierung und Infrastruktur  
*H. Bächis*
- 14.59 Primärer Gelenkersatz Tibiakopffrakturen: Wann sinnvoll und welches Implantatkonzept ist erforderlich?  
*J. C. Reichert*
- 15.11 Distale periprothetische Femurfrakturen: Mono- oder Doppelplattenosteosynthese – oder gleich Prothesenwechsel?  
*V. Jaecker*
- 15.23 Periprothetische Patellafrakturen und insuffizienter Streckapparat: Herausforderungen und Versorgungsstrategien  
*F. Gebhard*
- 15.35 Periprothetische Acetabulumfrakturen: Pfannenrevision, Osteosynthese oder beides?  
*R. Hube*
- 15.47 Das Worst-Case-Szenario: die infizierte periprothetische Fraktur – und jetzt?  
*C. Glowalla*

### SAAL 2

- 14.35 **SITZUNG 6b · Experimentelle Endoprothetik: neue Materialien in der Endoprothetik**  
*J. Schoon, M. Woiczinski*
- 14.35 Biomechanische Testung neuer Materialien  
*M. Streinz*
- 14.47 Biologische Testung neuer Materialien  
*F. Schulze*
- 14.59 Magnesiumlegierungen in der orthopädischen Chirurgie
- 15.11 Oberflächenfunktionalisierung von Implantatmaterialien mittels Texturierung und Beschichtung  
*J. Döring*
- 15.23 Anwendbarkeit und Limitationen von PEEK in der Endoprothetik  
*T. M. Grupp*
- 15.35 Abstractvortrag

# AE-KONGRESSPROGRAMM

Freitag, 19. Juni 2026

## SAAL 1

- 16.00 **SITZUNG 7 · Periprothetische Infektionen**  
*Y. Gramlich, S. Meller, R. von Eisenhart-Rothe*
- 16.00 Infektion des Teilgelenkersatzes: Gibt es Besonderheiten?  
*S. Donner*
- 16.12 Diagnostik und Therapie periprothetischer Infektionen: Was ist der aktuelle State of the Art in Deutschland?  
*I. Lazic*
- 16.24 Rifampicin: ein Game-Changer? Wann und wie zeitlich postop anwenden?  
*B. Fink*
- 16.36 Update AE-Handlungsempfehlungen: Spüllösung  
*M. Stiehler*
- 16.48 Update DAIR und DAIR Plus: Outcome und Zusätze  
*R. von Eisenhart-Rothe*
- 17.00 Enough is enough – Salvage-Prozeduren  
*Y. Gramlich*
- 17.12 Schlussworte und Verabschiedung  
*Wissenschaftliche Leitung*
- 17.15 Evaluation – Ende des Kongresses

## SAAL 2

- 16.00 **SITZUNG 7 · Periprothetische Infektionen in SAAL 1**
- 17.15 Evaluation – Ende des Kongresses

## REFERIERENDE · VORSITZENDE

**Prof. Dr. med. habil. Peter R. Aldinger**  
Ärztlicher Direktor  
Orthopädische Klinik Paulinenhilfe  
Diakonie-Klinikum Stuttgart

**Priv.-Doz. Dr. med. habil. Ingo J. Banke**  
Oberarzt, Sektionsleiter Gelenkerhaltende  
Hüftchirurgie  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
und Sportorthopädie  
TUM Klinikum Rechts der Isar  
München

**Prof. Dr. med. Holger Bächli**  
Leitender Oberarzt, Leiter Sektion  
Endoprothetik  
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie  
und Sporttraumatologie  
Kliniken der Stadt Köln gGmbH  
Krankenhaus Köln-Merheim

**Prof. Dr. med. habil. Johannes Beckmann**  
Chefarzt  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Krankenhaus Barmherzige Brüder München

**Prim. Prof. Priv.-Doz. DDr. med.  
Christoph Böhler**  
Vorstand  
I. Orthopädische Abteilung  
Herz Jesu Krankenhaus Wien

**apl. Prof. Dr. med. Steffen Brodt**  
Oberarzt, Departmentleiter Hüfte  
Waldkliniken Eisenberg GmbH

**Priv.-Doz. Dr. med. Tilman Calliess**  
Ärztlicher Leiter Berner Prothetikzentrum  
articon Spezialpraxis für Gelenkchirurgie  
Hirslanden Salem-Spital

**Prof. Dr. med. Michael Clarius**  
Chefarzt  
Orthopädie und Unfallchirurgie  
Vulpius Klinik GmbH  
Bad Rappenau

**Dr. med. Stefanie Donner, MHBA**  
Chefärztin  
Klinik für Orthopädie  
ukrb Universitätsklinikum Ruppin-  
Brandenburg  
Neuruppin

**Dr.-Ing. Joachim Döring**  
Leiter Biomechanik  
Experimentelle Orthopädie  
Orthopädische Universitätsklinik  
Universitätsklinikum Magdeburg

**Priv.-Doz. Dr. med. Marco Ezechieli**  
Chefarzt  
Orthopädische Abteilung  
ATOS Klinik Fleetinsel Hamburg

**Prof. Dr. med. Bernd Fink**  
Ärztlicher Direktor  
Klinik für Endoprothetik, Allgemeine  
Orthopädie und Rheumaorthopädie  
RKH Orthopädische Klinik  
Markgröningen gGmbH

**Dr. med. Maximilian Fischer**  
Assistenzarzt  
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie  
und Rehabilitative Medizin  
Universitätsmedizin Greifswald

**Prof. Dr. med. Florian Gebhard**  
Ärztlicher Direktor  
Zentrum für Chirurgie  
Klinik für Unfall-, Hand-, Plastische  
und Wiederherstellungschirurgie  
Universitätsklinikum Ulm

**Priv.-Doz. Dr. med.  
Karlmeinrad Giesinger**  
Leitender Arzt, Leiter Team Knie  
Klinik für Orthopädie und Traumatologie  
Kantonsspital St. Gallen  
HOCH Health Ostschweiz

**Dr. med. Claudio Glowalla**  
Sektionsleiter Roboter-assistierte  
Endoprothetik  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
und Sportorthopädie  
Klinikum rechts der Isar  
Technische Universität München,  
Oberarzt, Koordinator EPZmax  
BG Unfallklinik Murnau

**Prof. Dr. med. Jens Goronzy**  
Stellvertretender Klinikdirektor  
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und  
Rehabilitative Medizin  
Universitätsmedizin Greifswald

**Prof. Dr. med. Heiko Graichen**  
Abteilung für Personalisierte Orthopädie  
(PersO)  
Privatklinik Siloah, Swiss Medical Network  
Gümligen

**Prof. Dr. med. habil. Yves Gramlich**  
Chefarzt  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Agaplesion Markus Krankenhaus  
Frankfurt am Main

**Prof. Dr. med. habil. Dr.-Ing.  
Thomas M. Grupp, FIOR**  
Professor for Experimental Orthopaedics  
& Biomechanics  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
MUM – Muskuloskelettales Universitäts-  
zentrum München  
LMU München, Campus Großhadern,  
Principal Expert Engineer  
Research & Development  
Biomechanics, Orthopaedic & Spine Surgery  
Aesculap AG Tuttlingen

**Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther**  
Senior Direktor  
Orthopädische Universitätsklinik Tübingen

**Dr. med. Holger Haas**  
Chefarzt  
Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie  
und Sportmedizin  
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

**Prof. Dr. med. Andreas M. Halder**  
Chefarzt  
Klinik für Operative Orthopädie  
Sana Kliniken Sommerfeld  
Kremmen

**Dr. med. Sebastian Hardt**  
Oberarzt, Sektionsleiter Hüftendoprothetik  
und -chirurgie  
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie  
(CMSC)  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller**  
Ärztlicher Direktor, Chefarzt Orthopädische  
Klinik, Leiter EndoProthetikZentrum der  
Maximalversorgung  
Stiftung Herzogin Elisabeth Hospital  
Braunschweig

**Priv.-Doz. Dr. med. Jochen G. Hofstätter**  
Oberarzt  
II. Orthopädische Abteilung  
Orthopädisches Spital Speising GmbH  
Wien

**Prof. Dr. med. Johannes Holz**  
Chefarzt  
OrthoCentrum Hamburg und  
Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg

**Prof. Dr. med.  
Boris Michael Holzapfel, Ph.D., FEBOT**  
Geschäftsführender Direktor  
MUM – Muskuloskelettales Universitäts-  
zentrum München  
LMU Klinikum, Campus Großhadern  
München

**Prof. Dr. med. Robert Hube**  
Leitender Arzt  
Orthopädische Chirurgie München

## REFERIERENDE · VORSITZENDE

**Prof. Dr. med. Moritz M. Innmann**  
Oberarzt, Koordinator Endoprothetik-  
zentrum  
Klinik für Orthopädie  
Universitätsklinikum Heidelberg

**Priv.-Doz. Dr. med. Vera Jaecker**  
Oberärztin  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Priv.-Doz. Dr. med.  
Stephan Kirschner, MBA**  
Direktor  
Orthopädische Klinik  
St. Vincentius-Kliniken  
ViDia Kliniken gAG Karlsruhe

**Prof. Dr. med. Bernd Kladny**  
Chefarzt  
Orthopädie/Unfallchirurgie  
Fachklinik Herzogenaurach

**Dr. med. Severin Langer**  
Oberarzt  
EndoTUM – Zentrum für Gelenkersatz  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und  
Sportorthopädie  
TUM Klinikum Rechts der Isar  
München

**Priv.-Doz. Dr. med. Igor Lazic**  
Oberarzt, Klinische und wissenschaftliche  
Leitung der Sektion periprothetische  
Infektionen  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
und Sportorthopädie  
TUM Klinikum Rechts der Isar  
München

**Prof. Dr. med. Jörg Lützner**  
Sektionsleiter  
UniversitätsCentrum für Orthopädie,  
Unfall- & Plastische Chirurgie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden

**Prof. Dr. med. Georg Matziolis**  
Ärztlicher Direktor  
Waldkliniken Eisenberg GmbH

**Dr. med. Sebastian Meller**  
Oberarzt, Sektionsleiter des Departments  
für Hüftendoprothetik (CVK) und  
Periimplantäre Infektionen  
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie  
(CMSC)  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

**Prof. Dr. med. Christian Merle, M.Sc.**  
Chefarzt des Endoprothetikzentrums III  
Orthopädische Klinik Paulinenhilfe  
Diakonie-Klinikum Stuttgart

**Dipl.-Kfm. univ. Marc D. Michel**  
Marc Michel Advisory  
Oberasbach

**Carsten Mohrhardt**  
Funktionsoberarzt  
Klinik für Unfall-, Handchirurgie und  
Sportmedizin  
ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe

**Prof. Dr. med. Michael Müller**  
Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
MEOCLINIC GmbH  
Berlin,  
Orthopädische Chirurgie Jena

**Prof. Dr. med. habil.  
Ulrich Nöth, MHBA**  
Chefarzt  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau  
Berlin

**Priv.-Doz. Dr. med.  
Anne Elisabeth Postler**  
Geschäftsführende Oberärztin, Lehr-  
beauftragte Orthopädie  
UniversitätsCentrum für Orthopädie,  
Unfall- & Plastische Chirurgie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden

**Prof. Dr. med. Heiko Reichel**  
Ärztlicher Direktor  
Klinik für Orthopädie  
Universitätsklinikum Ulm

**Priv.-Doz. Dr. Dr. med. habil.  
Johannes C. Reichert**  
Chefarzt für Orthopädie und Unfall-  
chirurgie, Ärztlicher Direktor  
Elisabeth-Klinik gGmbH  
Klinik Bigge  
Olsberg

**Prof. Dr. med. Eric Röhner**  
Chefarzt, Leiter des EPZmax  
Klinik für Orthopädie  
Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH

**Prof. Dr. med. Maximilian Rudert**  
Ärztlicher Direktor  
Lehrstuhl für Orthopädie der Universität  
Würzburg  
Orthopädische Klinik König-Ludwig-Haus

**Priv.-Doz. Dr. med. Peter Savov**  
Oberarzt  
Universitätsklinik für Orthopädie und  
Unfallchirurgie  
Pius-Hospital Oldenburg

**Priv.-Doz. Dr. med. Sebastian Scheidt**  
Leitender Oberarzt, Sektionsleiter Unfall-,  
Hand- und plastisch-rekonstruktive  
Chirurgie  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Universitätsklinikum Bonn

**Dr. rer. medic. Janosch Schoon**  
Leitung experimentelle Forschung  
Forschungsabteilung Human Cells and  
Orthopedic Materials  
Universitätsmedizin Greifswald

**Dr.-Ing. Frank Schulze**  
Orthopädie und orthopädische Chirurgie  
Forschungsabteilung Human Cells and  
Orthopedic Materials  
Universitätsmedizin Greifswald

**Prof. Dr. med. Arnd Steinbrück**  
Leitender Arzt  
Orthopädie  
OCKA orthopädisch chirurgisches  
Kompetenzzentrum Augsburg

**Prof. Dr. med. Maik Stiehler, Ph.D.**  
Oberarzt, Sektionsleiter  
UniversitätsCentrum für Orthopädie,  
Unfall- & Plastische Chirurgie  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus  
Dresden

**Maximilian Streinz**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
im Projekt APSAM  
Ernst Abbe Hochschule Jena

**Prof. Dr. med. Moritz Tannast**  
Klinikdirektor, Chefarzt  
Universitätsklinik für Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie  
Inselspital, Universitätsspital Bern

**Assoz. Prof. (Univ. Innsbruck) Dr. med.  
Martin Thaler, MBA, MSc**  
Chefarzt  
Klinik für Endoprothetik und Orthopädie,  
Leiter Muskuloskelettales Zentrum  
Oberbayern  
Helios Klinikum München West  
Akademisches Lehrkrankenhaus der  
LMU München

**Prof. Dr. med. Carsten O. Tibesku**  
Kniepraxis Prof. Dr. Tibesku  
Straubing

**Dr. med. Christina Valle**  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
und Sportorthopädie  
TUM Klinikum Rechts der Isar  
München

## REFERIERENDE · VORSITZENDE

**Prof. Dr. med.  
Rüdiger von Eisenhart-Rothe**  
Ärztlicher Direktor  
Klinik und Poliklinik für Orthopädie  
und Sportorthopädie  
TUM Klinikum Rechts der Isar  
München

**Priv.-Doz. Dr. med. Philipp von Roth**  
sorthopaedicum Straubing

**Prof. Dr. med. Georgi Wassilew**  
Direktor  
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie  
und Rehabilitative Medizin  
Universitätsmedizin Greifswald

**Prof. Dr. med. Patrick Weber**  
Leitender Arzt  
ECOM – Praxis für Orthopädie,  
Sportmedizin und Unfallchirurgie  
München

**Prof. Dr. med. Henning Windhagen**  
Ärztlicher Direktor  
Orthopädische Klinik der Medizinischen  
Hochschule Hannover (MHH)  
DIAKOVERE Annastift gGmbH

**Prof. Dr. Dipl.-Ing. (FH)  
Matthias Woiczinski**  
Leiter Forschung  
Waldkliniken Eisenberg GmbH

**Dr. med. André-Ramin Zahedi**  
Leitender Oberarzt  
Orthopädie  
Klinikum Dortmund gGmbH

## AE-KONGRESSABEND

Donnerstag, 18. Juni 2026, um 19.30 Uhr

**Herzlich willkommen im Seehaus im Englischen Garten!**

Das Seehaus zählt zu Münchens schönsten Treffpunkten – ein Ort, an dem gute Gespräche, gutes Essen und ein Hauch Münchner Lebensgefühl ganz selbstverständlich zusammenfinden.

Mitten im Englischen Garten, direkt am Kleinhesseloher See und umgeben von großzügigen Terrassen, bietet es ein außergewöhnliches Ambiente für inspirierendes Networking – der perfekte Rahmen also, um gemeinsam unser 30-jähriges AE-Jubiläum stilvoll und entspannt zu feiern.

Wir freuen uns, Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen im Seehaus begrüßen zu dürfen. Auf einen inspirierenden Abend!

Die Anzahl der Plätze ist limitiert.

Pro Person inkl. Speisen Et Getränke: 110,00 €

Ein Bustransfer vom Kongresshotel zum Seehaus und zurück ist für alle Teilnehmenden organisiert.



Seehaus im Englischen Garten  
Kleinhesselohe 3  
80802 München-Schwabing  
[www.kuffler.de/seehaus](http://www.kuffler.de/seehaus)



## FACHAUSSTELLUNG

Die ausstellenden Firmen freuen sich auf Ihren Besuch und interessante Gespräche!

### AE-Industriepartner



### Weitere ausstellende Firmen

AQ Solutions GmbH

ARTIQO GmbH

BONESUPPORT GmbH

CONMED Deutschland GmbH

DIZG – Deutsches Institut für Zell- und Gewebeersatz gGmbH

endocon GmbH

EPRD Deutsche Endoprothesenregister gGmbH

Heraeus Medical GmbH

implantcast GmbH

INTERATIO-MediTec Medizintechnik Vertriebs-GmbH

Medacta Germany GmbH

MedEnvision B.V.

Merete GmbH

Stiftung Endoprothetik

S&U Medizintechnik GmbH

## AE-VERANSTALTUNGEN 2026

Umfassende Ausbildung und intensives Training der Operateure sind die wichtigsten Voraussetzungen für eine hohe Versorgungsqualität. Das Wissen und Können der besten Experten für Endoprothetik weiterzugeben, ist deshalb die zentrale Aufgabe der AE.



Alle Informationen zu den AE-Veranstaltungen finden Sie fortlaufend unter: [www.ae-gmbh.com](http://www.ae-gmbh.com)

Dafür haben wir ein strukturiertes Fortbildungsprogramm mit unterschiedlichen Kursformaten entwickelt. Sowohl unsere Präsenz- als auch unsere Onlinekurse bieten reichlich Gelegenheit zu persönlichem Erfahrungsaustausch und interaktiver Diskussion.

## FACHWISSEN ZUM ANKLICKEN & ANHÖREN: UNSERE SOCIALS UND DER PODCAST WARTEN AUF SIE



### ENDOTalk

Der Podcast der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik



Verfügbar auf Spotify, Youtube, iTunes.

## Social Media

Folgen Sie uns auf:





**B|BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

 **ZIMMER BIOMET**  
Moving You Forward.™

**Smith+Nephew**

**Johnson & Johnson**  
MedTech

**LINK** 

**enovis**

**Meril**

**stryker**

**ams** Advanced  
Medical  
Solutions