



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

**Online-Presskonferenz der
Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE) anlässlich des
25. AE-Kongresses vom 8. bis 9.12.2023 in Leipzig**
**Motto: „Endoprothetik im Spagat zwischen Tradition und Moderne:
Was hat Bestand und was geht?“**

Termin: Dienstag, 5. Dezember 2023, 11.00 bis 12.00 Uhr

Teilnahmelink: <https://attendee.gotowebinar.com/register/5885768640941713504>

Themen und Referenten:

25. AE-Kongress: Quo vadis Endoprothetik?

Professor Dr. med. Georgi Wassilew

AE-Generalsekretär, Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
am Universitätsklinikum Greifswald

**Better in = better out: Was Behandelnde und Betroffene heute für ein optimales
OP-Ergebnis tun können**

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner

Präsident der AE, Direktor der Klinik für Orthopädie in den ViDia Kliniken, Karlsruhe

**Zwei auf einen Streich? Pros und Cons des beidseitigen Gelenkersatzes in einer
Sitzung**

Professor Dr. med. Robert Hube

Leitender Arzt, Orthopädische Chirurgie München (OCM), Incoming Präsident AE –
Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

**Qualität in der Endoprothetik 1: Was bringen 11 Jahre Zertifizierung
(EndoCert) und Registerdaten (EPRD)? Learnings und nächste Schritte**

Dr. med. Holger Haas

Chefarzt Zentrum Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin,
Gemeinschaftskrankenhaus Bonn

Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der DGOOC e.V.

**Qualität in der Endoprothetik 2: Krankenhausstrukturreform,
Zentrumsbildung, Mindestmengen – warum Patientinnen und Patienten
profitieren**

Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller

Ärztlicher Direktor des Herzogin Elisabeth Hospitals Braunschweig, Chefarzt der
Orthopädischen Klinik

Moderation: Dr. Adelheid Liebendörfer, Pressestelle AE

Pressekontakt für Journalistinnen und Journalisten:

Pressestelle

Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE)

Dr. Adelheid Liebendörfer, Heike Schöffmann

Postfach 30 11 20

70451 Stuttgart

Tel.: 0711 89 31-173

Fax: 0711 89 31-167

E-Mail: liebendoerfer@medizinkommunikation.org

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

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



25. AE-Kongress vom 8. bis 9.12.2023 in Leipzig, Kongresshalle am Zoo

Krankenhausreform als Chance für die Endoprothetik nutzen

AE fordert als Standard: Operation nur in zertifizierten Zentren

Freiburg/Leipzig, 05. Dezember 2023 – Höchstmögliche Behandlungsqualität und Patientenwohl müssen erste Priorität beim Ersatz von Hüft- und Kniegelenken haben, sagt die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. (AE) im Vorfeld ihres 25. AE-Kongresses vom 8. bis 9.12.2023 in Leipzig. Die Fachgesellschaft spricht sich deshalb für verpflichtende Qualitätsstandards in der Endoprothetik aus und fordert dazu auf, diese im Rahmen der Krankenhausstrukturreform zu verankern. Für hohe Standards stehen Operationen in spezialisierten Zentren mit Zertifizierung (EndoCert). Die dort gelebte Zentrenbildung, Qualitätssicherung, wissenschaftliche Medizin und Transparenz entsprechen auch den Zielen der Krankenhausreform, so die AE.

Etwa 400.000 künstliche Hüft- und Kniegelenke setzen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland jedes Jahr ein. Schon jetzt können Patientinnen und Patienten von Standzeiten über 15 Jahren ausgehen, oftmals auch deutlich länger. Doch bei einem niedrigen Prozentsatz der Behandelten muss das Implantat vorzeitig gewechselt werden. Die Gründe sind etwa Auskugelung des Gelenks, Infektionen, Lockerungen und Schmerzen. „Dies belastet die Patientinnen und Patienten sehr, geht es doch mit weiteren Krankenhausaufenthalten, längeren Fehlzeiten im Beruf und einem erhöhten Risiko für Folgeeingriffe einher“, sagt Dr. med. Holger Haas, Chefarzt Zentrum Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Bonn. Zudem entstünden weitere Kosten, die das Gesundheitssystem belasten.

Nicht alle Patienten gehen ideal gesund und fit in die Operation

Oft liegen dem frühzeitigen Implantatversagen bekannte medizinische oder strukturelle Risiken zugrunde. Was die medizinische Seite angeht, zeigen etwa Studien klar, dass bestimmte Patientengruppen von vornherein ein höheres Risiko im Zusammenhang mit der Operation haben, etwa durch fortgeschrittenes Alter und Gebrechlichkeit, männliches Geschlecht, Adipositas, Voroperationen und Begleiterkrankungen wie Diabetes. „Die Versorgung muss deshalb auch auf diejenigen ausgerichtet sein, die nicht ideal gesund und fit in den Eingriff gehen“, betont Haas. Untersuchungen belegen, dass etwa alte gebrechliche Menschen deutlich von einer geriatrisch orientierten Mitbetreuung profitieren. „Deshalb sollte diese Kompetenz in jeder operierenden Einrichtung verfügbar sein – was heute nicht immer der Fall ist.“

Risiken durch hohe Operations- und Strukturqualität minimieren

In zahlreichen Veröffentlichungen ist zudem auf unterschiedlichen Gebieten der Medizin nachgewiesen worden, dass ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität und der Anzahl durchgeführter Operationen besteht. „Um vermeidbare Risiken zu minimieren, ist es



deshalb notwendig, laufend den neuesten Stand der Wissenschaft zu Medizin und Strukturen in die Klinikabläufe zu integrieren“, sagt auch Professor Dr. med. Georgi Wassilew, AE-Generalsekretär und Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am Universitätsklinikum Greifswald. Und last but not least: „Zentral ist das Zusammenspiel aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen und Personen, sowie die Vorhaltung der über das absolut notwendige Maß hinausgehenden technischen Ausstattungen“, ergänzt Haas.

Laufend die neuesten Erkenntnisse zum Patientenwohl in die Abläufe integrieren

Dies alles gewährt das Prüfsiegel EndoCert für Kliniken, die Hüft- und Knieprothesen implantieren und wechseln. Angesichts der herausragenden Bedeutung dieses Bereichs hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) unter Mitarbeit unter anderem der AE bereits vor 11 Jahren die EndoCert-Initiative ins Leben gerufen. Sie basiert auf einem wissenschaftlich fundierten Anforderungskatalog zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Dieser stellt sicher, dass immer die neuesten Erkenntnisse zum Patientenwohl integriert sind. Zusätzlich ist die Teilnahme am Endoprothesenregister Deutschland (EPRD), das ebenfalls seit 11 Jahren in Betrieb ist, verpflichtend.

Lernende Systeme und qualifiziertes Feedback bei jährlichem Audit

Doch damit nicht genug: „Es geht uns bei EndoCert um gelebte Qualität in der Endoprothetik, nicht um ein Einmalzertifikat“, betont Haas, der auch Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert ist. Dies bedeutet jährliche Audits zum Erhalt des Zertifikats. Das qualifizierte Feedback der Prüfenden begleitet und unterstützt die laufende Weiterentwicklung. Dies verlange allen Beteiligten viel Arbeit und Energie ab und verursache zusätzliche Kosten, ist er sich bewusst – aber der Aufwand lohne sich.

EndoCert-Prüfsiegel gibt Sicherheit gelebter Prozesse

Derzeit sind 44 Prozent der Endoprothesen-Kliniken in Deutschland nach EndoCert zertifiziert, knapp 500 Einrichtungen. „Dies bedeutet deshalb nicht notwendigerweise, dass die nicht-zertifizierten schlechtere Arbeit machen“, sagt Wassilew, „aber die Sicherheit gelebter Prozesse auf dem neuesten Stand haben Patientinnen und Patienten nur bei dem EndoCert-Siegel“. „Wir setzen uns deshalb für die verpflichtende Einführung dieser Zertifizierung im Rahmen der Krankenhausstrukturreform ein“, so Haas und Wassilew weiter.

– Bei Abdruck Beleg erbeten –

Quellen:

<https://endocert.de>

https://endocert.de/images/pdf/Jahresbericht_EndoCert-2023.pdf

<https://endocert.de/fuer-patienten>

www.eprd.de



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V. verfolgt als unabhängiger Verein seit 1996 das Ziel, die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit Gelenkerkrankungen und -verletzungen nachhaltig zu verbessern und deren Mobilität wiederherzustellen. Mit ihren Teams bestehend aus führenden Orthopädinnen und Orthopäden, Unfallchirurginnen und -chirurgen organisiert sie die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten und OP-Personal, entwickelt Patienteninformationen und fördert den wissenschaftlichen Nachwuchs. Die AE ist eine Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU).

Statement:

25. AE-Kongress: Quo vadis Endoprothetik?

Professor Dr. med. Georgi Wassilew

AE-Generalsekretär, Direktor der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am
Universitätsklinikum Greifswald

Der 25. AE-Kongress für Endoprothetik, der als Deutschlands größte Veranstaltung in diesem Bereich gilt, verspricht spannende Einblicke in die Zukunft der Endoprothetik unter dem Motto „Endoprothetik im Spannungsfeld von Tradition und Innovation: Was bleibt bestehen und was kommt Neues?“.

Wichtige Themen des Kongresses:

Der diesjährige AE-Kongress konzentriert sich auf entscheidende Fragen zur Weiterentwicklung der Endoprothetik. Angesichts steigender Fallzahlen bei Primäreingriffen und Revisionen stehen innovative Ansätze wie Robotik und Fast-Track-Verfahren im Rampenlicht. Gleichzeitig wird die Bedeutung von gelenkerhaltenden Maßnahmen bei präarthrotischen Deformitäten betont, um die Gelenkdegeneration zu verlangsamen oder zu verhindern.

Diskussionspunkte:

- Welche Innovationen haben bereits die Patientenversorgung verbessert und könnten die Zukunft der Endoprothetik gestalten?
- Herausforderungen wie die bevorstehende Krankenhausreform und der Mangel an medizinischem Fachpersonal werden ebenfalls thematisiert.

Höhepunkte des Kongresses:

Prominente Experten und Sprecher werden wegweisende Vorträge halten, darunter:

am 8. Dezember:

- 08.05 Uhr: Künstliche Intelligenz (R. von Eisenhart-Rothe)
- 08.20 Uhr: Navigation und Robotik (M. Ettinger)
- 12.25 Uhr: Hüft-TEP bei Dysplasiecoxarthrose (C. Perka)
- 15.40 Uhr: Guest Lecture „Regulation of periprosthetic tissues by wear and its degradation products“ (S. Goodman)

am 9. Dezember:

- 12.05 Uhr: Wann ist der Gelenkerhalt bei der Dysplasie nicht mehr sinnvoll?
(K.-P. Günther)
- 13.40 Uhr: Treatment of PJI in centers – the French CRIORAC model
(T. Ferry & S. Goodman)

Diskussionsrunden und Workshops bieten Raum für interaktive Debatten.

Datum und Ort des AE-Kongresses:

- Datum: 8. bis 9.12.2023
- Ort: Kongresshalle am Zoo, Leipzig

Schlussbemerkungen:

Wir freuen uns besonders, Prof. Dr. Stuart B. Goodman von der Stanford University als Ehrenmitglied beim AE-Kongress zu begrüßen. Er wird am 8. Dezember über das Thema „Regulation of periprosthetic tissues by wear and its degradation products“ referieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Greifswald, Dezember 2023

Statement:

Better in = better out: Was Behandelnde und Betroffene heute für ein optimales OP-Ergebnis tun können

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner

Präsident der AE, Direktor der Klinik für Orthopädie in den ViDia Kliniken, Karlsruhe

Eine Operation stellt eine relevante Belastung für den Organismus dar. Je besser die körperliche Verfassung, desto leichter verkraftet der Patient diese Belastung. Fit werden für eine Operation, darum geht es bei „Better in – Better out“ [1]. Für die Phase der perioperativen Versorgung sind unter dem Begriff „Fast track“ die klassischen Probleme nach Operationen, wie Schmerz, Übelkeit und Erbrechen sowie Darm-Atonie erfolgreich adressiert worden [2]. Für die weitere Verbesserung der Patientenversorgung ist nun der Abschnitt vor der operativen Versorgung in den Fokus gerückt [3]. Dabei sind der Patient und der Arzt gefragt!

Patienten

Rein auf Patientenseite sind zunächst einmal die geplanten Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen mit ausreichendem Vorlauf zur Operation wahrzunehmen und die Untersuchungsergebnisse zur Verfügung zu stellen. Insbesondere gilt dies für den Medikationsplan, der unbedingt alle eingenommenen Präparate aufweisen sollte. Ein nächster wichtiger Schritt für den Patienten besteht in einer gesünderen Lebensweise 4 bis 6 Wochen vor der Operation. Der Konsum größerer Mengen Alkohol sollte im Vorfeld einer Operation unterbleiben. Ein „riskanter“ Alkoholkonsum beginnt hier bereits ab einer täglichen Trinkmenge von 0,5 bis 0,6 Liter Bier pro Tag oder 0,3 Liter Wein für Männer. Bei Frauen beginnt ein riskanter Konsum schon bei der Hälfte dieser Menge [4]. Das Risiko einer postoperativen Komplikation kann bei diesen Patienten durch einen mehrwöchigen Verzicht fast halbiert werden (RR 0.62 (KI 0,4-0,96)). Auch für Raucher besteht ein 2 bis 5-fach erhöhtes Risiko einer postoperativen Komplikation, insbesondere einer Infektion. Ein Rauchverzicht für 6 Wochen vor der Operation reicht aus, um das Risiko relevant (ungefähr 50 Prozent) zu senken [5].

Zum Erhalt der individuellen Gesundheit wird eine körperliche Aktivität von 150 Minuten pro Woche empfohlen. Durch eine einfache vermehrte körperliche Aktivität wie Spazierengehen oder Radfahren kann insbesondere bei sehr inaktiven Patienten die körperliche Leistungsfähigkeit für eine Operation deutlich gesteigert werden [6].

Ergänzend bringt ein einfaches Atemtraining mit Fokus auf tiefem Einatmen, Kräftigung der inspiratorischen Muskelkraft und einer ausreichenden Ausatemzeit eine Verbesserung der pulmonalen Leistungsfähigkeit mit deutlich positiven Effekten [7].

Arzt und Patient

Wichtige und kurzfristig beeinflussbare Risiken sind eine Anämie, Mangelernährung und Sarkopenie, schweres Übergewicht, ein Vitamin-D Mangel und bisher untherapierte chronische Erkrankungen wie zum Beispiel eine Niereninsuffizienz.

Für die meisten dieser Risiken können einfache Maßnahmen, wie zum Beispiel eine Eiseninfusion nach Anämiediagnostik rasch Abhilfe schaffen und den präoperativen Patientenzustand deutlich verbessern [8]. Dabei ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Operateur von deutlichem Vorteil. Ein besonderes Augenmerk gebührt Patienten mit körperlicher Inaktivität, Mangelernährung und mangelnder Muskelkraft, in starker Ausprägung wird dies als Sarkopenie bezeichnet und kommt bei älteren Patienten in relevanter Häufigkeit vor. Diese Patienten haben bei Tumoroperationen ein 3 bis 4-fach erhöhtes Risiko einer relevanten Komplikation [9].

In milderer Ausprägung ist eine Intervention mit erhöhter Protein- und Kalorienzufuhr gemeinsam mit Krafttraining geeignet, innerhalb von 12 Wochen eine deutliche Verbesserung der körperlichen Leistung zu erreichen. Bei Patienten mit Sarkopenie wird ein längerer Zeitraum zur Verbesserung des Zustandes benötigt. In Einzelfällen ist mit dem Patienten auch eine Verschiebung der Operation zu besprechen.

Die gemeinsame Anstrengung von Patient und Arzt im Rahmen einer Prähabilitation vermindert die perioperativen Risiken und ermöglicht eine raschere Rückkehr in die gewünschten Aktivitäten.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Karlsruhe, Dezember 2023

Literatur:

1. Bloch W.: „Fit werden für eine Operation“ Dt. Ärzteblatt . 114:22–23; 2017
2. Kehlet H.: „Prinzipien der Fast track Chirurgie“ Chirurg 80(8):687-9; 2009

3. Ljungqvist O et al.: „Opportunities and Challenges for the Next Phase of Enhanced Recovery After Surgery: A Review“ JAMA Surg. 1;156(8):775-784; 2021
4. Egholm JW et al.: Perioperative alcohol cessation intervention for postoperative complications. Cochrane Database Syst Rev. 8;11(11); 2018
5. Thorngren K-G. and Böhler N.: JOIN THE ESCAPE PROJECT: European smoking cessation activities – a project of EFORT FOUNDATION.
https://eor.bioscientifica.com/fileasset/eor/EOR_2020congress-issue-ad.pdf
6. Rütten und Pfeifer: „Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung“ FAU Erlangen Nürnberg 2016.
7. Odor PM et al.: “Perioperative interventions for prevention of postoperative pulmonary complications: systematic review and meta-analysis” BMJ 11;368:m540; 2020
8. Kirschner, S. et al.: „3. 10 Prärehabilitation in der Ortho Geriatrie“ in Alterstraumatologie und Ortho Geriatrie Autoren: U. C. Liener, C. Becker, K. Rapp, M. J. Raschke, B. Kladny, D. C. Wirtz 1. Auflage, Oktober 2021
9. Chen F. et al.: “Impact of preoperative sarcopenia on postoperative complications and prognosis of gastric cancer resection: A meta-analysis of cohort studies”. Arch Gerontol Geriatr. 2022 Jan-Feb;98
10. Liao et al.: “The Role of Muscle Mass Gain Following Protein Supplementation Plus Exercise Therapy in Older Adults with Sarcopenia and Frailty Risks: A Systematic Review and Meta-Regression Analysis of Randomized Trials”. Nutrients, 11, 1713; 2019
11. O’Connor M. et al.: “Movement is life. Optimizing Total Hip and Knee Arthroplasty Patients: Malnutrition, Disparities, and Total Hip and Knee Arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg 00:1-4; 2021

Statement:

Zwei auf einen Streich? Pros und Cons des beidseitigen Gelenkersatzes in einer Sitzung

Professor Dr. med. Robert Hube

Leitender Arzt, Orthopädische Chirurgie München (OCM), Incoming Präsident AE –
Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik

Oft schreitet die Arthrose der Hüft- und Kniegelenke auf beiden Seiten voran, obwohl eine Seite meist führend ist. Wenn beide Hüften oder Knie Leidensdruck verursachen, stellt sich die Frage, ob diese auch bilateral während einer Narkose operiert werden sollen.

Richtig gemacht hat dies viele Vorteile: Es gibt praktisch nur „eine Operation“, eine Narkose, einen Krankenhausaufenthalt und eine Reha. Auch sind die Kosten für das Gesundheitssystem geringer und bei berufstätigen Patienten der Arbeitsausfall geringer. Lange wurde dies in Deutschland nicht wahrgenommen, weil die Rückerstattung für die Krankenhäuser deutlich geringer war als bei zwei Operationen zu unterschiedlichen Zeiträumen. Die Entscheidung sollte aber aus rein medizinischen Gesichtspunkten im Sinne der Patienten erfolgen. Hier ist inzwischen eine Anpassung erfolgt.

In der Vergangenheit wurden bei bilateraler Versorgung höhere Komplikationsraten und längere Krankenhausaufenthalte beschrieben.

Dies kann durch eine hohe Spezialisierung in einem interdisziplinären Team mit schonenden Operationstechniken und suffizientem perioperativem Management vermieden werden. Des Weiteren ist die Patientenselektion wichtig. Es sollte natürlich beidseits eine klare Indikation zum Kunstgelenk bestehen, die Patienten unter 75 sein und keine schweren Begleiterkrankungen beziehungsweise keine schwere Adipositas vorliegen.

Wir konnten in unseren drei aktuellen Studien nachweisen, dass durch Spezialisierung und Patientenselektion eine sichere Patientenversorgung bei bilateraler Versorgung sowohl für die Hüfte als auch für das Knie möglich ist.

Hier machen aus unserer Sicht Standardisierung, ein hoch spezialisiertes Team und ein optimiertes perioperatives Management den Unterschied.

(Es gilt das gesprochene Wort!)

München, Dezember 2023

Literatur:

Bilateral simultaneous hip arthroplasty shows comparable early outcome and complication rate as staged bilateral hip arthroplasty for patients scored ASA 1-3 if performed by a high-volume surgeon.

Kirschbaum S, **Hube R**, Perka C, Ley C, Rosaria S, Najfeld M. Int Orthop. 2023 Oct; 47(10):2571-2578.

Bilateral simultaneous knee arthroplasty shows comparable early outcome and complication rate as staged bilateral knee arthroplasty for patients scored ASA 1-3 if performed by a high-volume surgeon: a retrospective cohort study of 127 cases.

Kirschbaum S, **Hube R**, Perka C, Najfeld M. Arch Orthop Trauma Surg. 2023 Oct 9. doi: 10.1007/s00402-023-05078-4. Online ahead of print.

The Safety of Bilateral Simultaneous Hip and Knee Arthroplasty versus Staged Arthroplasty in a High-Volume Center Comparing Blood Loss, Peri- and Postoperative Complications, and Early Functional Outcome.

Najfeld M, Kalteis T, Spiegler C, Ley C, **Hube R**. J Clin Med. 2021 Sep 29;10(19):4507.

Statement:

Synergie zum Wohle der Patienten: die Qualitätsinitiativen EPRD und EndoCert

Dr. med. Holger Haas

Chefarzt Zentrum Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Gemeinschaftskrankenhaus Bonn, Vorsitzender der Zertifizierungskommission EndoCert der DGOOC e.V.

Mit über 400 000 Eingriffen pro Jahr haben Ersatzoperationen von Hüft- und Kniegelenk nicht nur einen sehr hohen Einfluss auf das individuelle Wohlbefinden für jeden einzelnen betroffenen Patienten, sondern auch eine große volkswirtschaftliche Bedeutung. Dabei handelt es sich in den allermeisten Fällen um zeitlich planbare Eingriffe, sodass Aspekte der kurzfristigen und wohnortnahen Versorgungsmöglichkeit hinter qualitätssteigernden Maßnahmen eine geringere Bedeutung im Vergleich zur klassischen Notfallversorgung haben.

Angesichts der herausragenden Bedeutung dieses Bereichs hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) bereits vor vielen Jahren zwei Initiativen zur Verbesserung und Optimierung der Versorgungsqualität ins Leben gerufen, das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) und die EndoCert-Initiative. Beide Systeme befinden sich jetzt seit jeweils 11 Jahren im Regelbetrieb.

Zum EPRD: Durch die systematische Erfassung der implantierten Prothesen können Daten über zahlreiche Aspekte dieser Versorgung erhoben werden. Hieraus können neben wissenschaftlichen Erkenntnissen, die zur Verbesserung der Implantate beitragen, auch konkrete Empfehlungen für die Versorgung von Patienten abgeleitet werden. So konnte herausgearbeitet werden, dass in der Regel bei weiblichen Patienten ab dem Alter von 70 und bei männlichen Patienten ab 75 Jahren durch die Verwendung einer zementierten Schaftkomponente am Oberschenkel eine geringere Gefahr für Knochenbrüche im Bereich der eingesetzten Prothese besteht.

In den vergangenen Jahren wurden 2,6 Millionen Datensätze erfasst. Circa 1 Million Ersteingriffe und über 100 000 Wechseleingriffe befinden sich derzeit in der Überwachung. Es ist somit das zweitgrößte Register in Europa und das drittgrößte Register weltweit.

Die erfolgreiche Implantation einer Prothese setzt das Zusammenspiel aller am Prozess beteiligten Berufsgruppen und Personen, sowie die Vorhaltung der über das absolut notwendige Maß hinausgehenden technischen Ausstattungen voraus. An diesem Punkt setzt

die Zertifizierung der leistungserbringenden Krankenhäuser und Einrichtungen nach dem EndoCert-Verfahren an. Initiiert durch die DGOOC und unter engagierter Mitarbeit unter anderem der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik wurden auf wissenschaftlicher Basis aufgestellte Kriterien in einem Anforderungskatalog zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zusammengefasst. Die Anforderungen müssen von den Einrichtungen erfüllt werden, um die Zertifizierung erfolgreich abzuschließen. Das gesamte EndoCert-Verfahren wird in enger Anlehnung an international gültige und übliche Zertifizierungsstandards durchgeführt.

In einem jährlichen Audit vor Ort prüfen ausgebildete Fachexperten, die selbst operativ im Bereich der Endoprothetik tätig sind, die Einhaltung der Anforderungen. Im Rahmen des bisherigen Betriebs wurden so in über 3500 Audits circa 3600 sogenannte Abweichungen von den Vorgaben festgestellt und behoben, da andernfalls eine Zertifizierung nicht erteilt worden wäre. Zusätzlich wurden über 34 000 Hinweise an die Kliniken ausgesprochen, die zur Verbesserung und Optimierung der Versorgung genutzt werden konnten.

Insgesamt nehmen in Deutschland, Österreich und der Schweiz über 500 Kliniken am Zertifizierungsverfahren teil.

Bereits beim Start des EPRD konnte EndoCert den Aufbau der Datensammlung maßgeblich unterstützen. Alle zertifizierten Einrichtungen müssen verpflichtend am EPRD teilnehmen und Daten zur Verfügung stellen. So konnte die Zahl der teilnehmenden Kliniken bereits kurz nach dem Start des Registers schnell gesteigert werden.

Nach nunmehr 11-jähriger Bewährung in der Praxis und ersten wissenschaftlich belastbaren Daten aus dem Betrieb des EPRD konnte der nächste Schritt eingeleitet werden. Beide Initiativen wirken nun gemeinsam synergistisch im Sinne der Patienten.

Die inzwischen vorliegenden klinikspezifischen Ergebnisse aus dem EPRD können nun bei der Bewertung der Kliniken im Rahmen der Zertifizierung herangezogen werden. So wurde die aktive Auseinandersetzung der Teams in den zertifizierten Zentren mit den vom EPRD bereitgestellten Ergebnissen verpflichtend eingeführt. Die Ableitungen aus dieser internen Bewertung sind zu protokollieren und gegebenenfalls Maßnahmen festzulegen. Damit wird der regelmäßige Verbesserungszyklus in den Einrichtungen festgeschrieben und zentraler Teil der Qualitätsarbeit.

EndoCert geht dabei über die reine Überprüfung der Ergebnisse hinaus. Durch die jährlichen Audits vor Ort und den aktiven Austausch über die vorgelegten Ergebnisse erhalten die Kliniken Unterstützung bei der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Da vielschichtige Gründe zu unterschiedlichen Ergebnissen bei der Versorgung führen können, ist die Bewertung nicht trivial. Eine Zu- oder Aberkennung des Zertifikats allein auf Grundlage bestimmter Messergebnisse würde der Komplexität nicht gerecht werden. Zur besseren Beurteilbarkeit wird derzeit ein Instrument zur Risikoadjustierung entwickelt. Nur so können zukünftig die Ergebnisse aus unterschiedlichen Kliniken und die Effekte eingeleiteter Verbesserungsmaßnahmen verglichen werden.

Von entscheidender Bedeutung ist beim Betrieb und insbesondere der Weiterentwicklung der beiden Initiativen das zusammengeführte Fachwissen durch die enge Anbindung an die wissenschaftliche Fachgesellschaft DGOOC und die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik.

Die Politik hat im Rahmen der eingeleiteten Reformbestrebungen zahlreiche Aspekte des Zertifizierungssystems EndoCert aufgegriffen. So finden sich viele Elemente des EndoCert-Verfahrens in den Voraussetzungen, die für eine Zulassung zu den Leistungsgruppen im Bereich der Endoprothetik in Nordrhein-Westfalen erforderlich sind.

Eines der grundlegenden Ziele der Reform ist die Bündelung insbesondere der planbaren Leistungen an geeigneten Zentren. Dieser Gedanke entspricht dem Grundkonzept des Zertifizierungssystems EndoCert. Es ist das Bestreben aller am Prozess Beteiligten, den Austausch mit der Politik auf Landes- und Bundesebene zu intensivieren und die bereits erfolgreich erarbeiteten Verfahren in die Weiterentwicklung der Kliniklandschaft in Deutschland zu integrieren.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Bonn, Dezember 2023

Weitere Informationen:

<https://www.eprd.de/de>
<https://endocert.de/>

Statement:

Qualität in der Endoprothetik: Krankenhausstrukturreform, Zentrumsbildung, Mindestmengen – warum Patientinnen und Patienten profitieren

Professor Dr. med. Karl-Dieter Heller

Ärztlicher Direktor des Herzogin Elisabeth Hospitals Braunschweig, Chefarzt der Orthopädischen Klinik

Die Qualität in der Endoprothetik in Deutschland ist hoch. Verantwortlich hierfür sind nicht zuletzt die beiden Projekte der DGOOC, sprich EndoCert und das Endoprothesenregister Deutschland. Es ist erwiesen, und darauf komme ich gleich noch zurück, dass Zentrumsbildung und Mindestmengen die Qualität verbessern.

Das aktuelle Abrechnungssystem der Krankenhäuser/DRG-System kommt derzeit an seine Grenzen. Viele Krankenhäuser können hiermit nicht mehr kostendeckend arbeiten. Mehr und mehr melden Insolvenz an. Dies hat die Politik zur Kenntnis genommen und wird das marode DRG-System verändern. Diese Veränderungen sehen jedoch so aus, dass nicht mehr Geld in die Krankenhäuser kommt, was bitter nötig wäre, sondern dass die Verteilung anders vorgenommen wird. Es werden je nach Art der Operation 40 bis 60 Prozent der jetzigen Fallpauschale als Vorhaltekosten an das Haus gezahlt und der Rest wird über eine abgespeckte (residuale) DRG bezahlt. Dies heißt aber letztendlich, dass bei gleichbleibender Krankenhausmenge nicht mehr Geld ins System kommt. Um die Krankenhäuser adäquat bezahlen zu können, ist somit eine Klinikreform, sprich eine Reduktion der Anbieter notwendig, um bei gleicher Geldmenge die großen und spezialisierten Kliniken gegebenenfalls besser entlohnen zu können. Die von der Regierungskommission vorgeschlagene Klinikstrukturreform berücksichtigt auch die Endoprothetik und die Wechselendoprothetik, hierfür wurden eigene Leistungsgruppen konzipiert. Es ist intendiert, diese Leistungen auf Kliniken mit hohen Fallzahlen zu konzentrieren, was bei derzeit über 1100 Anbietern im Bereich der Endoprothetik sehr sinnvoll ist. Eine Vielzahl dieser Kliniken hat Fallzahlen von unter 100 Prothesen im Jahr.

Die derzeitigen Versuche der Politik, und dies ist in Nordrhein-Westfalen sehr schön zu sehen, führen aber nicht so weit. In den derzeit geforderten Leistungsgruppen für Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenkes sowie für die Revisionsendoprothetik des Hüft- und Kniegelenkes sind als Mindestvoraussetzungen nur eine Facharztmenge, sprich, es sollen drei Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Klinik vorhanden sein, definiert, es finden sich weder Prozess- noch Strukturqualitäten noch Mindestmengen. Das heißt, von einem großen Wurf ist hier derzeit nicht auszugehen. Eine Konzentration auf spezialisierte Kliniken mit adäquaten Mindestmengen ist unverzichtbar, um einerseits eine

korrekte Indikation und andererseits aber auch eine korrekte Durchführung der Operation zu garantieren. Eine sehr gute Orientierung wäre EndoCert. Deswegen sind über die Mindestmenge, die für den normalen Einbau einer Knieendoprothese gefordert sind, hinaus auch Mindestmengen für die elektive Hüfte, den elektiven Hüftwechsel, die Teilprothese am Knie und die Revision des Kniegelenkes zu fordern. Gerade diese komplexeren Eingriffe bedürfen größerer Erfahrung. Bei der Definition dieser Mindestmengen ist die Fachkompetenz der Fachgesellschaft zwingend einzubeziehen. Zu berücksichtigen ist hierbei unbedingt, dass das Fordern von Mindestmengen zu einer Umverteilung der Patienten führt. Diese Umverteilung kann bei meist ausgelasteten Kliniken nur erfolgen, wenn die Ressourcen der bedachten Kliniken hier erhöht werden, sprich, es bedarf Betten- und OP-Kapazität, um mehr Leistung erbringen zu können.

Warum sind Mindestmengen notwendig?

Die Mindestmenge bedingt eine Qualitätssteigerung, es wird durch einen besonders erfahrenen Arzt oder in einer besonders erfahrenen Klinik behandelt. Die Mindestmenge basiert auf der Annahme, dass Quantität und Qualität voneinander abhängig sind. Somit dient die Mindestmenge als Instrument der Qualitätssicherung und letztendlich auch als Instrument der Überversorgung. Es kommt zu einer Zentralisierung von Leistungen zu Gunsten einer höheren Spezialisierung und zulasten einer breiteren Streuung. Somit werden zukünftig bei konsequenter Umsetzung der Mindestmenge Leistungen nur noch in spezialisierten Kliniken durchgeführt, auch mit der Akzeptanz längerer Wegstrecken. Voraussetzung für die Implementierung einer Mindestmenge ist eine wissenschaftlich nachgewiesene Abhängigkeit zwischen Versorgungsmenge und Leistungsmenge, diese ist klar gegeben. Das vorrangige Ziel ist eine bessere medizinische Versorgung der Patientensicherheit und eine höhere Qualität der Behandlung. Es gibt zahlreiche Studien und Register, somit auch das deutsche Endoprothesenregister (EPRD), die klar einen Zusammenhang zwischen Mindestmenge und Qualität belegen, so sei das Beispiel der Schlittenprothesen genannt, die im Jahresbericht des Endoprothesenregisters Deutschland eine klare Überlegenheit der Kliniken mit mehr als 100 Versorgungsmengen insbesondere zu den Kliniken mit weniger als 30 Versorgungsmengen belegen.

Parallel zur Krankenhausstrukturreform wird eine Ambulantisierung umgesetzt. Das heißt, dass etwa 25 Prozent aller Leistungen, die derzeit noch stationär erfolgen, im ambulanten Sektor durchgeführt werden sollen. Hierfür wird eine sogenannte Hybrid-DRG ausgelobt, die in der jetzt seitens der Regierung festgelegten Vergütung zu keinen gravierenden

Änderungen führen wird, da auch diese Leistungen, wie allzu oft in Deutschland, unterfinanziert sind und damit nicht kostendeckend durchgeführt werden können. Die Ambulantisierung wird, was die Insolvenzsituation der Kliniken angeht, zu einer weiteren Unterfinanzierung führen, die ein Kliniksterben noch anfeuern wird. Der Kellertreppeneffekt der üblichen DRGs setzt sich mitunter weiter fort und die Honorierung wird rückläufig. Die Krankenhausversorgung, die sich Mitglieder der Regierungskommission vorstellen, sieht bei derzeitig 1329 allgemeinen Plankrankenhäusern eine Reduktion auf 360 Versorgungskrankenhäuser und 50 Maximalversorger vor, dies dürfte die Versorgung der Patienten deutlich reduzieren, die Wartezeiten erhöhen und die Anreisewege weit über das Gewünschte vergrößern.

Es ist unbestritten, dass höhere Fallzahlen zu besseren Ergebnissen führen, dies sehen wir in allen nationalen und internationalen Registern, Mindestmengen sind definitiv sinnvoll und notwendig. Es ist unstrittig, dass andere europäische Länder einen deutlich höheren Grad an Spezialisierung und eine deutlich geringere Krankenhausdichte haben. Dieser Wechsel muss aber mit Bedacht vollzogen werden und kann nicht in kürzester Zeit umgesetzt werden, dies führt zu einem kalten Strukturwandel mit allen dadurch bedingten Nachteilen. Die Ambulantisierung wird derzeit definitiv umgesetzt, sie ist ein Konstrukt zur Überwindung von Sektorengrenzen und zum Abbau stationärer Überversorgung. Man kann derzeit als Krankenhaus nur mühevoll abschätzen, wohin es geht, aber es geht definitiv nicht aufwärts und man kann nicht ein Jahr im Voraus sinnvoll planen, weil die Regierung sich wieder irgendwelche Veränderungen und Sanktionen ausdenkt. Die Geschwindigkeit der gravierenden Entscheidungen ist hoch. Die rein betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise muss ein Ende haben, wir brauchen eine sachliche Diskussion um Krankheitskosten aus gesellschaftspolitischer Perspektive und nicht immer nur Tiefpreise.

In Zeiten der Rationierung und Priorisierung muss eine Grundversorgung sichergestellt werden und auch die Politik muss den Mut haben, dies so zu artikulieren. Viele Kliniken sind weder organisatorisch noch wirtschaftlich ausreichend auf die Ambulantisierung vorbereitet und die ambulanten Versorgungsketten nicht auf alternde und hilfsbedürftige Patienten. Die bisher strikte Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungen wird sich zu Gunsten abgestimmter Konzepte zunehmend auflösen müssen. Die Frage ist, ob jetzt aktuell der ambulante Sektor genügend hoch erfahrene Operateure aufbieten kann, die sich diesen hochkomplexen, aus dem stationären Bereich ausbrechenden Leistungen widmen können. Derzeit ist die Zahl der Anbieter definitiv zu hoch, wir haben eine hohe Zahl an kleinen Kliniken, die nicht spezialisiert sind. Diese haben langfristig keine Daseinsberechtigung oder müssen in integrierte Zentren umfunktioniert werden. Die übrig bleibenden Kliniken müssen

fehlende Fälle mit sicheren stationären Leistungen auffüllen. Dies birgt zunehmend eine Gefahr der Monokultur und höchster Preisabhängigkeit einzelner Leistungen. Kliniken können ad hoc keine Mehrleistungen bringen, falls Mindestmengen angepasst werden, auch die Weiterbildung geht bei diesem Konstrukt verloren. Die Insolvenzen spielen sich jetzt ab und nicht in mehreren Jahren, wo die Klinikreform greifen soll, somit ist eine bessere Finanzierung jetzt zu fordern. Kleinere Kliniken müssen vom Netz gehen können, dafür muss man sie aber auch seitens der lokalen Politik vom Netz gehen lassen. Auch den großen und den Fachkliniken droht bei unveränderter Honorierung ebenso das Aus, basierend auf der Gefahr der Monokultur und als Opfer des InEK-Prinzips (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus). Dies birgt zunehmend eine Gefahr der Monokultur und höchster Preisabhängigkeit einzelner Leistungen, die in der Vergangenheit schon insbesondere bei Fachkliniken zu deutlichen Preisreduktionen geführt haben. Kliniken können ad hoc keine Mehrleistungen bringen, falls Mindestmengen angepasst werden, auch die Weiterbildung wird sich bei diesem Konstrukt verändern und muss sektorenübergreifend erfolgen.

Zusammenfassend ist festzustellen: Eine Zentralisierung und eine Mindestmenge sind auch wissenschaftlich belegt definitiv ratsam. Die Ergebnisse in Häusern mit einer hohen Zahl an Versorgungen sind klar besser. Bei einer adäquaten Höhe der Mindestmenge hat diese definitiv einen Einfluss auf die Versorgungslage. Eine Klinikreform mit besserer Honorierung qualitativ hochwertiger Leistungen ist lange überfällig. Bei momentaner Honorierung ist eine hochwertige Versorgung in Gefahr.

(Es gilt das gesprochene Wort!)
Braunschweig, Dezember 2023



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 Dezember 2023 rund 1460 Mitglieder, davon 353 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.

Deshalb ist ihr die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung von Ärzten und OP-Personal ein zentrales Anliegen. Seit Herbst 2022 bietet sie für besonders qualifizierte Mitglieder auch eine persönliche Zertifizierung zum AE-Endoprothetiker und AE-Endoprothetiker Master.

Auf ihrer Agenda stehen ebenfalls Nachwuchsförderung, klinische Forschung und Patienteninformation sowie der internationale Austausch. Sie vergibt zwei Wissenschaftspreise gemeinsam mit der Stiftung Endoprothetik im Gesamtwert von 20.000 EUR und einen mit 3.000 EUR dotierten Promotionspreis. Das AE-Manual Knie ist in zweiter Auflage erschienen, Hüfte und Hüftrevision sowie Schulter folgen Anfang 2024. Im Rahmen der Akademie sind 11 Komitees wissenschaftlich, aber auch gesundheitspolitisch engagiert. Intensiv beschäftigt sie sich mit der Weiterentwicklung bestehender und der Entwicklung neuer Technologien zur Wiederherstellung von Beweglichkeit und Mobilität. Dabei arbeitet sie eng mit der medizintechnischen Industrie zusammen.

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**.

Mehr über die Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik (AE) finden Interessierte hier: <https://www.ae-germany.com>

EndoCert und das Endoprothesenregister Deutschland: Sicherstellung der höchsten Behandlungsqualität im Bereich der Endoprothetik

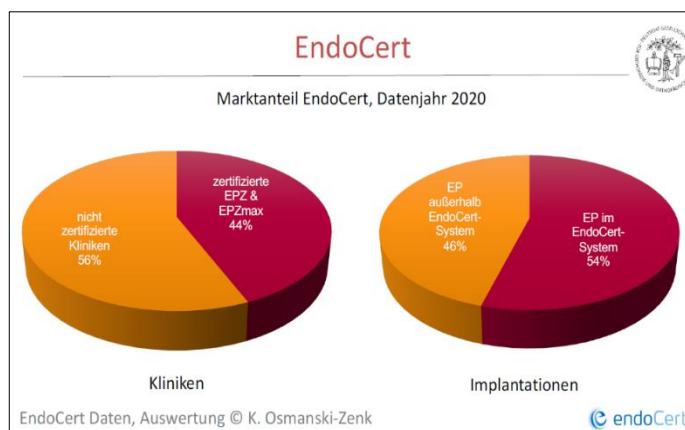
Ausgangslage

In jedem Jahr werden in Deutschland ca. 400.000 Operationen durchgeführt, bei denen verschlissene Gelenke durch Kunstgelenke (Endoprothesen) ersetzt werden. Zusätzlich werden nicht mehr funktionierende oder gelockerte Endoprothesen ausgetauscht. In den meisten Fällen sind diese Operationen planbar. Voraussetzung für eine erfolgreiche Operation ist die gewissenhafte Prüfung der Indikation und deren sorgfältige Durchführung. Durch die Beachtung der hierfür wissenschaftlich anerkannten und festgelegten Kriterien können Patienten vor unnötigen Belastungen geschützt und gleichzeitig Kosten für die Versicherungsgemeinschaft reduziert werden.

EndoCert und EPRD

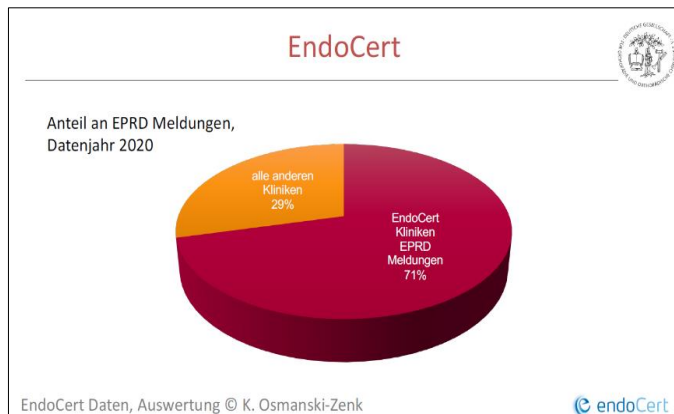
Um sicherzustellen, dass Endoprothesenoperationen in hoher Qualität durchgeführt werden, hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) mit Unterstützung weiterer wissenschaftlicher Fachgesellschaften vor über 10 Jahren ein Qualitätssiegel für spezialisierte Zentren (EndoProthetikZentren, EndoCert) eingeführt. Zusätzlich wurde ein Register für Endoprothesen (Endoprothesenregister Deutschland, EPRD) gegründet, in dem bisher über 2,5 Millionen Operationen (ca. 1,4 Millionen Hüft- und ca. 1,1 Millionen Knieendoprothesen) erfasst worden sind.

Dank der EndoCert-Zertifizierung zeigen Kliniken, dass sie die nötigen Standards auf dem Gebiet der Struktur- und Prozessqualität erfüllen, die von Fachexperten und aktueller Forschung vorgegeben werden. Das sichert eine qualitativ hochwertige und indikationsgerechte Behandlung für die Patienten. Aktuell sind 44 Prozent der Kliniken in Deutschland, die Endoprothesen einsetzen, nach EndoCert zertifiziert. In diesen spezialisierten Zentren werden jedes Jahr 54 Prozent aller Endoprothesen in Deutschland eingesetzt.



Die zertifizierten EndoProthetikZentren nehmen verpflichtend am EPRD teil. Mit der Erfassung der implantierten Prothesen und deren Überwachung im Langzeitverlauf hinsichtlich später erforderlicher Wechseloperationen können mögliche Probleme (u.a. mit den verwendeten Modellen) frühzeitig erkannt, analysiert und Verbesserungen eingeleitet werden. Dies gilt für einzelne Prothesenmodelle wie auch für Kliniken. Zudem liefern die Daten des EPRD Antworten auf patientenbezogene Fragen. So können beispielsweise Aussagen über den Einfluss des Ernährungszustandes oder von Begleiterkrankungen auf das Implantationsergebnis getroffen werden.

EndoCert orientiert sich bezüglich des Vorgehens und der jährlichen Audits an Standards (u.a. DIN EN ISO), die in anderen medizinischen und nichtmedizinischen Bereichen gelten und ist somit weithin anerkannt. Nach mehr als einem Jahrzehnt sind in Deutschland, Österreich und der Schweiz über 500 Einrichtungen zertifiziert, die insgesamt mehr als 3.500 Audits (Kontrollen der festgelegten Standards) durch-



laufen haben. In diesem Prozess wurden über 3.600 s.g. Abweichungen von den Standards behoben sowie über 34.000 Hinweise für Verbesserungen der Abläufe bearbeitet. Dies unterstreicht, dass die Kontrollen im Rahmen von EndoCert zu einer kontinuierlichen Optimierung der Abläufe und der Versorgungsqualität in deutschen Kliniken führen.

EndoCert setzt dabei das Fachwissen von Expertengruppen wie der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik e.V. (AE) ein und passt seine Anforderungen regelmäßig an neueste wissenschaftliche Erkenntnisse an. Damit ist es das einzige "lernende" Zertifizierungssystem für den künstlichen Gelenkersatz weltweit. Darüber hinaus liefert das EPRD wertvolle Daten, die zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Insgesamt stammen 71% der Meldungen an das EPRD von Kliniken, die mit EndoCert zertifiziert sind.

Wie EndoCert und das EPRD die Politik unterstützen können

In der aktuellen Diskussion über die Krankenhausreform unterstreicht die Politik zurecht, dass eine Neugestaltung die Patientenversorgung in zertifizierten Kliniken stärken sollte. Zertifizierte Einrichtungen verfügen über eine größere Erfahrung und weisen eine bessere Prozess- und Strukturqualität auf. Daher sollte die Reform vorsehen, dass nicht-zertifizierte Krankenhäuser bestimmte Eingriffe wie Endoprothesenoperationen nicht mehr anbieten dürfen, um die Qualität der Behandlung insgesamt in Deutschland zu verbessern.

Der nun vom Bundesgesundheitsministerium und einer Mehrzahl der Bundesländer vorgeschlagene Ansatz deckt sich mit den Ambitionen der medizinischen Fachgesellschaften DGOOC e.V. und DGOU e.V., Synergien bei den gemeinsamen Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung im Bereich der Endoprothetik zu identifizieren und in praktische Kooperationsstrategien umzusetzen. Es ist unser Anliegen, die Anerkennung als zertifiziertes Zentrum gesetzlich als Voraussetzung für die Teilnahme an endoprothetischen Eingriffen zu verankern. Das Zertifizierungssystem EndoCert und das EPRD bieten hierfür etablierte, optimale Instrumente, um die aktuellen Initiativen der Bundesregierung und der Bundesländer zur Bündelung planbarer medizinischer Eingriffe in spezialisierten Zentren zu verstärken und zu begleiten und so die Krankenhausreform in diesem Bereich zu einem Erfolg zu führen.

Sie wünschen mehr Informationen? Bitte sprechen Sie uns an:

Dr. Holger Haas (EndoCert, h.haas@endocert.de)

Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC, bernd.kladny@fachklinik-herzogenaurach.de)

Prof. Dr. med. Carsten Perka (EPRD, carsten.perka@charite.de)

Prof. Dr. med. Georgi Wassilew (AE, georgi.wassilew@med.uni-greifswald.de)

Leipzig, 8.–9. Dezember 2023



25. AE-Kongress

„Endoprothetik im Spagat
zwischen Tradition und Moderne:
Was hat Bestand und was geht?“



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENDOPROTHETIK

SEKTION

DGOJ

Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

der 25. AE-Kongress steht unter dem Motto: „Endoprothetik im Spagat zwischen Tradition und Moderne: „Was hat Bestand und was geht?“

Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung werden die Inzidenz degenerativer Gelenkerkrankungen und folglich auch die Anzahl endoprothetischer Primärversorgungen und Revisionsoperationen signifikant ansteigen.

Nach jahrzehntelanger intensiver Implantatforschung wurden die Voraussetzungen für lange Standzeiten geschaffen. Nun rücken vor allem die Prävention der Arthrose per se und der peri- und postoperativen Komplikationen auf dem Gebiet der Endoprothetik, aber auch der gelenkerhaltenden Chirurgie zunehmend stärker in den Fokus.

Gelenkerhaltende Eingriffe nehmen einen immer größer werdenden Stellenwert in der Behandlung präarthrotischer Deformitäten ein, mit dem Ziel, die Degeneration des Gelenks zu verzögern bzw. bestenfalls aufzuhalten. Zu den aktuellen Innovationen in der Endoprothetik gehören insbesondere die Robotik, die Optimierung des perioperativen Managements und Fast-track-Verfahren sowie die Vernetzung mit unseren Patientinnen und Patienten mittels Digitalisierung.

Es stellt sich nun die Frage, was davon die Versorgung bereits maßgeblich verbessert hat und was sich gegebenenfalls noch durchsetzen kann.

Weitere Themen, die uns in der Gegenwart und der Zukunft beschäftigen werden, sind die geplante Krankenhausreform und der allgegenwärtige Personalmangel in ärztlichen und pflegerischen Bereichen. Ungewiss ist derzeit, wie die künftig mutmaßlich steigenden Operationszahlen personell bewältigt werden sollen.

Wir möchten diese Themen gerne mit Ihnen diskutieren und weitere Probleme, die Sie bewegen, identifizieren. Unser Ziel ist es, ein Forum für einen strukturierten Dialog zu schaffen, in dessen Mittelpunkt unsere Patientinnen und Patienten stehen.

Reichlich Gelegenheit für den angestrebten fachlichen, wissenschaftlichen und berufspolitischen Diskurs bietet der 25. AE-Kongress.

Wir freuen uns, Sie in Leipzig begrüßen zu dürfen!

Ihre

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. biol. hom. Volker Alt

Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Hubertus Lohmann

Univ.-Prof. Dr. med. Georgi I. Wassilew



Allgemeine Informationen	3
AE-Kongresszeiten auf einen Blick	4
AE-Kongressprogramm · Freitag, 08.12.2023	6
AE-Kongressprogramm · Samstag, 09.12.2023	12
Referentinnen & Referenten	14
Side-Event · AEC-Kurs OP für OP-Fachpflege und Physician Assistants (Präsenztag) Donnerstag, 07.12.2023, 09.30–15.25 Uhr	18
Side-Event · AE-Basiskurs Hüfte (Präsenztag) Donnerstag, 07.12.2023, 8.30–17.00 Uhr	20
Side-Event · AE-Seminar „Junior Orthopaedic Surgery Trainees – Skills in Surgery“ (Präsenztag) Freitag, 08.12.2023, 08.00–13.15 Uhr	22
Anmeldung, Teilnahmegebühren, Anreise & Hotelinformationen	24
AE-Kongressabend · Freitag, 08.12.2023, ab 19.30 Uhr	25
Fachausstellung	26
26. AE-Kongress 2024 – Save the Date	27

Wissenschaftliche Konzeption

 Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V.
www.ae-germany.com

Wissenschaftliche Leitung

Univ.-Prof. Dr. med. Georgi Wassilew

Direktor
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Universitätsmedizin Greifswald

Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Hubertus Lohmann

Direktor
Orthopädische Universitätsklinik
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. biol. hom. Volker Alt

Direktor
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Regensburg

Veranstaltungsort

Kongresshalle am Zoo Leipzig
Pfaffendorfer Straße 31 · 04105 Leipzig · www.kongresshalle.de

Veranstalter/Organisation

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH
Bettina Protzer · Leitung Kongressorganisation
Oltmannsstraße 5 · 79100 Freiburg
Tel.: 0160 96 34 34 14 · b.protzer@ae-gmbh.com · www.ae-gmbh.com

Öffnungszeiten des Tagungsbüros

Donnerstag, 07.12.2023, 14.00 Uhr bis 18.30 Uhr (für AE-Mitglieder)
Freitag, 08.12.2023, ab 06.30 Uhr (Registrierung) bis 18.30 Uhr
Samstag, 09.12.2023, 07.00 Uhr bis 14.00 Uhr

Zertifizierung

Für diese Veranstaltung ist die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt.



Anerkannte Fortbildungsveranstaltung für (Senior-)Hauptoperateure entsprechend den Anforderungen von EndoCert. Bitte beachten Sie hierzu die Vorgaben von EndoCert.

Compliance

Der 25. AE-Kongress ist von  Ethical MedTech als compliant bewertet.


„Endoprothetik im Spagat
zwischen Tradition und Moderne:
Was hat Bestand und was geht?“

AE-Kongresszeiten

Saal 1	Saal 2
Freitag, 08.12.2023, 08.00–13.15 Uhr	
BEGRÜSSUNG UND KONGRESSERÖFFNUNG IN SAAL 1	
Session I (in Saal 1) WAS BRINGEN UNS DIE NEUEN ENTWICKLUNGEN	Session Abstracts (in Saal 2)
Session IIa HÜFTE PRIMÄR	Session IIb KNIE PRIMÄR I
Freitag, 08.12.2023, 14:20–18.40 Uhr	
Session IIIa KOMPLEXE SITUATIONEN IN DER HÜFTENDOPROTHETIK	Session IIIb AE-YOUTH
Session IVa AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN	Session IVb SPEZIELLE KNEIENDOPROTHETIK
Samstag, 09.12.2023, 09.00–13.55 Uhr	
Session Va PERIPROTHETISCHE FRAKTUREN	Session Vb REVISIONSENDOPROTHETIK KNIE
Session VIa GELENKERHALTENDE HÜFTCHIRURGIE	Session VIb KNIE PRIMÄR II
GEMEINSAME SITZUNG IN SAAL 1	
Session VIIa PERIPROTHETISCHE INFEKTION	

Side-Events


Donnerstag, 07.12.2023

09.30–15.30 Uhr	AEC-Kurs OP: Veranstaltung für OP-Fachpflege und Physician Assistants (Seite 16)	Telemann-Saal
08.00–18.00 Uhr	Präsenztage des AE-Hybrid- Basiskurses Hüfte (Seite 18)	Bach-Saal
<i>Für AE-Mitglieder</i> 16.00–19.00 Uhr	AE-Mitgliederversammlung 	Saal 2

Freitag, 08.12.2023

ab 06.30	Registrierung	
08.00–18.40 Uhr	25. AE-Kongress	Saal 1 & 2
08.00–13.15 Uhr	AE-Seminar „Junior Orthopaedic Surgery Trainees – Skills in Surgery“ (Seite 20)	Telemann-Saal
13.15–13.40 Uhr	ComGen-Promotionsitzung	Saal 1
14.30–15.30 Uhr	AE-YOUTH-Sitzung	
15.30 Uhr	Ehrung AE-Mitglied Prof. Stuart Goodman	Saal 1
15.55 Uhr	Vergabe der Wissenschaftspreise der AE und der Stiftung Endoprothetik sowie des AE-Preises für digitale Weiterbildung in der Endoprothetik	Saal 1
19.30 Uhr	AE-Kongressabend Ratskeller der Stadt Leipzig · Lotterstraße 1 · 04109 Leipzig (Seite 23)	

Samstag, 09.12.2023

08.00–08:50	ComGen Mitgliederversammlung 	Saal 2
09.00–13.55	25. AE-Kongress (Seite 10)	

Saal 1	SESSION I: WAS BRINGEN UNS DIE NEUEN ENTWICKLUNGEN Vorsitz: M. Ettinger, A. Halder	
08.00	Begrüßung/Kongresseröffnung	G. Wassilew, C. H. Lohmann, V. Alt
08.05	Künstliche Intelligenz	R. v. Eisenhart-Rothe
08.20	Navigation und Robotik	M. Ettinger
08.35	3-D-gedruckte Implantate in der Hüft- und Beckenchirurgie	M. Citak
08.50	Modifizierte Gleitpaarungen	M. M. Morlock
09.05	Patientenspezifische Implantate und Instrumente am Knie	M. Ettinger
09.20	Augmented reality in der Endoprothetik, Zukunft oder Realität?	J. C. Reichert
09.35	APPs und rapid recovery – Konzepte	U. Nöth
09.50	Wann bilden sich Innovationen im EPRD ab?	A. Steinbrück
10.05	Diskussion	
10.20	Kaffeepause, Besuch der Fachaussstellung	
10.30– 11.20	WORKSHOPS	

Saal 2	SESSION ABSTRACTS Vorsitz: C. Merle, A. E. Postler	
8.30	Inhibition of macrophage response to Staphylococcus aureus infection by exposure to arthroprosthetic metal ions	J. Schoon
8:40	Rate and Risk Factors of Intraoperative Acetabular Fractures in Primary Total Hip Arthroplasty Comparing two Elliptical Pressfit Cups – a retrospective cohort study	S. Simon
8.50	Der Einfluss zahnärztlicher Risikoeinschätzung zur Vermeidung periprothetischer Frühinfektionen bei Hüft- und Kniegelenkendoprothesen	B. Kujat
9.00	Diagnose und Behandlungsempfehlungen für Arthrose in der klinischen Praxis: Eine Untersuchung mit dem Generativen KI-Modell GPT-4	S. Pagano
9.10	Simultaneous bilateral Total Knee Arthroplasty in the Context of Fast Track Surgery – Do Patients meet Discharge Criteria as anticipated?	F. Wunderlich
9.20	Ist die vergessene Knie-Totalendoprothese durch patientenindividuelle Implantate endlich erreichbar? – Ergebnisse einer Studie mit Minimum 5 Jahres-Follow-Up	L. Eckhard
9.30	The Role of Different Acetabular Morphologies on Patient-Reported Outcomes Following Periacetabular Osteotomy in Borderline Hip Dysplasia	M. Fischer
9.40	Prospektive Auswertung der Rückkehr zur Aktivität nach Periazetabulärer Osteotomie: Vergleichende Untersuchung zugrundeliegender Hüftpathologien	L. Nonnenmacher
9.50	Vorhersage von Komplikationen und Mortalität bei der Behandlung periprothetischer Infektionen durch koagulase-negative Staphylokokken mithilfe Künstlicher Intelligenz	I. Lazic/ F. Pohlig
10.00	Diskussion	

Saal 1 **SESSION IIa: HÜFTE PRIMÄR**
Vorsitz: C. Lohmann, C. Merle

11.25	Optimiertes evidenzbasiertes perioperatives Management	M. Müller
11.40	Hoher BMI: Ist ein Cut-off sinnvoll?	K.-P. Günther
11.55	Spinopelvines Alignment: Was muss der Endoprothetiker wissen?	C. Merle
12.10	Welcher Schaft für welche Femurkonfiguration und für welches Alter?	S. Brodt
12.25	Hüft-TEP bei Dysplasiecoxarthrose	C. Perka
12.40	Hüft-TEP bei Deformitäten des Acetabulums und des Femurs	S. Hardt
12.55	Primärendoprothetik nach Acetabulumfraktur	B. M. Holzapfel

13.15 Mittagspause, Besuch der Fachausstellung

13.40–14.30 WORKSHOPS

Saal 1 **SESSION IIIa: COMPLEX SITUATIONS IN REVISION HIP ARTHROPLASTY**
Vorsitz: R. Hube, C. Perka

14.30	Treatment of periprosthetic fractures with plate osteosynthesis(s): State of the art	K.-D. Schaser
14.45	Massive acetabular defects: How to proceed in „borderline cases?“	R. Hube
15.00	Tripolar socket: The solution to all problems?	M. Thaler
15.15	Abductor insufficiency: What to do	C. Perka

Joint Session/Gemeinsame Sitzung in Saal 1 EHRUNGEN/HONOURS

15.30	Award of AE Honorary Membership to Prof. Stuart Goodman	
15.40	Guest lecture: Regulation of periprosthetic tissues by wear and its degradation products	S. Goodman
15.55	Vergabe der Wissenschaftspreise der AE und der Stiftung Endoprothetik Vergabe des AE-Preises für digitale Weiterbildung in der Endoprothetik	

16.05 Kaffeepause, Besuch der Fachausstellung

16.10–17.00 WORKSHOPS

Saal 2 **SESSION IIb: KNIE PRIMÄR I**
Vorsitz: J. Beckmann

11.25	Unikondylär – mobile versus fixed bearing	P. R. Aldinger
11.40	Oberflächenersatz – zementiert, zementfrei oder doch hybrid?	A. M. Halder
11.55	Niedermolekulares Heparin – vs. Aspirin vs NOAKS	
12.10	PS oder CR?	A. E. Postler
12.25	Brauchen wir ein Medial-pivot-Design in der Knieendoprothetik?	B. M. Holzapfel
12.40	Wann entscheide ich mich für einen höheren Kopplungsgrad?	J. Beckmann
12.55	Posttraumatische Gonarthrose	M. Kremer

13.15 ComGen-Promotionssitzung

Saal 2 **SESSION IIIb: AE-YOUTH**
Vorsitz: C. Merle, A. Postler

14.30	Was ist die AE-YOUTH ? AE-YOUTH -Vision und -Strategie	C. Merle, A. E. Postler
14.45	Strukturierte Weiterbildung in der Endoprothetik	M. Schnetz, P. Bellova, K. Klepka

AE-YOUTH intern

15.00	Wahl von Vertreterinnen und Vertretern und Anregungen für weitere Aktivitäten	C. Merle, A. E. Postler
-------	---	----------------------------

15.30 Gemeinsame Sitzung in Saal 1

Saal 1	SESSION IVa: AKTUELLE HERAUSFORDERUNGEN Vorsitz: K.-D. Heller, B. Kladny	
17.10	Krankenhausreformstrukturgesetz	K.-D. Heller
17.25	Qualitätsverträge: Wegbereiter für die ambulante Endoprothetik	U. Nöth
17.40	Warum ist das EPRD in diesen Zeiten unabdingbar?	B. Kladny
17.55	Hemmnisse Et Herausforderungen der MedTech-Versorgung heute und in Zukunft – Quo vadis Deutschland?	M. Michel
18.02	Medical Education	K. Wilbur
18.07	Krankenhausversorgung – Quo Vadis	C. Machado
18.12	Endocert: Hilfreich in Zeiten der Krankenhausreform?	H. Haas
18.30	Diskussion	
18.40	Ende des ersten Kongresstages	
19.30	AE-KONGRESSABEND RATSKELLER LEIPZIG	

Saal 2	Session IVb: SPEZIELLE KNIEENDOPROTHETIK Vorsitz: G. Matziolis, M. Rudert	
17.10	Laterale Schlittenendoprothetik: Indikation, Technik und Ergebnisse	C. Merle
17.25	Cobalt: Ein Problem bei Sterilisationsverfahren?	M. M. Morlock
17.40	Gonarthrose und OSG-Arthrose: Was wird zuerst versorgt?	W. Mittelmeier
17.55	Gonarthrose und Coxarthrose: Was wird zuerst versorgt?	M. Rudert
18.10	Knie-TEP beim Rheumatiker: Was ist zu beachten?	J. Grifka
18.25	Knie-TEP bei neurologischem Defizit: Was ist zu beachten?	W. Mittelmeier
18.40	Ende des ersten Kongresstages	
19.30	AE-KONGRESSABEND RATSKELLER LEIPZIG	

Saal 1 **SESSION Va: PERIPROTHETISCHE FRAKTUREN**
Vorsitz: B. Fink, C. Lohmann

09.00	Periprothetische Acetabulumfraktur	M. Stiehler
09.15	Versorgung periprothetischer Hüft-TEP-Frakturen, die einen Schaftwechsel erfordern: Welche Technik für welche Situation?	B. Fink
09.30	Osteoporose und periprothetische Fraktur – Diagnostik und Therapie	A. Kurth
09.45	Diskussion	

10.00 Kaffeepause, Besuch der Fachausstellung

10.10–11.00 WORKSHOPS

Saal 1 **SESSION VIa: GELENKERHALTENDE HÜFTCHIRURGIE**
Vorsitz: K.-P. Günther, G. Wassilew

11.05	FAI: Indikationen zur Arthroskopie	A. Zimmerer
11.20	FAI: Indikationen zur Arthrotomie	A.-R. Zahedi
11.35	Dysplasie: Wann und wie Gelenkerhalt?	G. Wassilew
11.50	Femurkopfnekrose: Wann und wie Gelenkerhalt, wann primäre Versorgung mittels Endoprothetik?	A. Roth
12.05	Wann ist der Gelenkerhalt bei der Dysplasie nicht mehr sinnvoll?	K.-P. Günther
12.20–12.35	Kasuistiken	

Saal 1 **SESSION VII: PERIPROTHETISCHE INFEKTION**
Vorsitz: V. Alt, M. Citak

12.40	PJI-TNM-Klassifikation für periprothetische Infektionen	V. Alt
12.55	DAIR: Patientenselektion und Risikofaktoren für ein schlechtes Outcome	S. Kirschner
13.10	Periprothetische Infektionen bei Patientinnen und Patienten mit mehreren Endoprothesen	M. Citak
13.25	Einzeitiger Wechsel vs. zweizeitiger Wechsel: Gibt es neue Aspekte?	M. Stiehler
13.40	Treatment of PJI in centers – the French CRIORAC model	T. Ferry
13.55	Zusammenfassung, Evaluation und Verabschiedung	

Saal 2 **SESSION Vb: REVISIONSENDOPROTHETIK KNIE**
Vorsitz: P. von Roth, H. Windhagen

09.00	Das 3-Zonen-Prinzip in der Revisionsendoprothetik	P. von Roth
09.15	Wechsel auf ein Hinge-Kniesystem („hinged knee“)	G. Matziolis
09.30	Einsatz von Wedges, Cones und anderen Augmentaten	H. Reichel
09.45	Diskussion	

Saal 2 **SESSION VIb: KNIE PRIMÄR II**
Vorsitz: H. Reichel, T. Renkawitz

11.05	Technik: Measured resection	H. Windhagen
11.20	Technik: Ligament balancing	T. Renkawitz
11.35	Technik: Beuge- und Streckspalt konventionell präzise ausbalancieren	G. Matziolis
11.50	Wann soll die Patellarrückfläche ersetzt werden?	H. Reichel
12.05	Tibia vara und Femur valgum: Osteotomie und TEP einzeitig kombinieren?	C. Gowalla
12.20–12.35	Knieendoprothetik bei Metallallergie	J. Schoon

GEMEINSAME SITZUNG IN SAAL 1

Referentinnen & Referenten

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

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. biol. hom. Volker Alt
Direktor
Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Regensburg

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

Dr. med. Petri Bellova
Facharzt
UniversitätsCentrum für Orthopädie,
Unfall- & Plastische Chirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Steffen Brodt
Oberarzt, Departmentleiter Hüfte
Waldkliniken Eisenberg GmbH
Deutsches Zentrum für Orthopädie
Eisenberg

Prof. Dr. med. Mustafa Citak
Oberarzt
Helios ENDO-Klinik
Hamburg

Dr. med. Lukas Eckhard
Funktionsoberarzt
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-
Universität Mainz

Prof. Dr. med. Max Ettinger
Direktor
Universitätsklinik für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Pius-Hospital Oldenburg

Prof. Dr. med. Tristan Ferry, MD, PhD
Hospices Civils de Lyon
Centre Hospitalier Universitaire de Lyon
Département de Maladies Infectieuses
Tropicales (HCR)
Lyon, Frankreich

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

Maximilian Fischer
Arzt in Weiterbildung
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie
Universitätsmedizin Greifswald

Dr. med. Claudio Glowalla
Oberarzt
Abteilung für Rekonstruktive Endoprothetik
Koordinator EndoProthetikZentrum der Maximal-
versorgung der BG Unfallklinik Murnau gGmbH

Stuart B. Goodman MD, PhD
Department of Orthopaedic Surgery
Stanford University
Redwood City, USA – California

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Joachim Grifka
Direktor
Orthopädische Klinik der Universität Regensburg
Asklepios Klinikum Bad Abbach GmbH

Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther
Geschäftsführender Direktor
UniversitätsCentrum für Orthopädie,
Unfall- & Plastische Chirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

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

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

Referentinnen & Referenten

Dr. med. Michael Kremer
Chefarzt
Endoprothetik und Gelenkchirurgie
Departmentleiter Wechselchirurgie
ATOS Orthopädische Klinik Braunfels

Benjamin Kujat
Arzt in Weiterbildung
Orthopädie und Unfallchirurgie
MediClin Waldkrankenhaus Bad Döben

Prof. Dr. med. Andreas Kurth
Chefarzt
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
Marienhaus Klinikum Mainz

Univ.-Prof. Dr. med. Christoph Hubertus Lohmann
Direktor
Orthopädische Universitätsklinik
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.

Univ.-Prof. Dr. med. Georg Matziolis
Ärztlicher Direktor
Waldkliniken Eisenberg GmbH
Deutsches Zentrum für Orthopädie
Eisenberg

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

Prof. Dr. med. habil. Wolfram Mittelmeier
Klinikdirektor
Orthopädische Klinik und Poliklinik
Universitätsmedizin Rostock

Univ.-Prof. Dr. habil. Michael M. Morlock, PhD
Direktor
Institut für Biomechanik
Technische Universität Hamburg-Harburg

Prof. Dr. med. Michael Müller
Departmentleiter
Orthopädie/Endoprothetik
Zentralklinik Bad Berka GmbH

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

Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller
Ärztlicher Direktor und
Chefarzt der Orthopädischen Klinik
Leiter des EndoProthetikZentrums der
Maximalversorgung
Stiftung Herzogin-Elisabeth-Hospital
Braunschweig

Prof. Dr. med. Boris Michael Holzapfel, PhD, FEBOT
Geschäftsführender Direktor
Muskuloskelettales Universitätszentrum
München (MUM)
Klinikum der Universität München

Prof. Dr. med. Robert Hube
Leitender Arzt
OCM-Klinik München
Orthopädische Chirurgie München

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

Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Chefarzt
Klinik für Orthopädie/Unfallchirurgie
m&ti-Fachklinik Herzogenaurach

Kim Lydia Klepka
Studentin
Orthopädische Klinik
Stiftung Herzogin-Elisabeth-Hospital
Braunschweig

Referentinnen & Referenten

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

Lars Nonnenmacher
Arzt in Weiterbildung
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie
Universitätsmedizin Greifswald

Dr. med. Stefano Pagano
Assistenzarzt
Orthopädische Klinik der
Universität Regensburg
Asklepios Klinikum Bad Abbach GmbH

Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka
Ärztlicher Direktor
Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte

Prof. Dr. med. Florian Pohlig, MHBA
Leitender Oberarzt &
Bereichsleiter Endoprothetik, Orthopädie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und
Sportorthopädie

Priv.-Doz. Dr. med. Anne Elisabeth Postler
Oberärztin/Lehrbeauftragte Orthopädie
UniversitätsCentrum für Orthopädie,
Unfall- & Plastische Chirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Univ.-Prof. Dr. med. Heiko Reichel
Ärztlicher Direktor
Orthopädische Universitätsklinik Ulm am RKU

**Priv.-Doz. Dr. Dr. med. habil.
Johannes C. Reichert**
Stellv. Klinikdirektor
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und
orthopädische Chirurgie
Universitätsmedizin Greifswald

**Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Tobias Renkawitz**
Ärztlicher Direktor
Orthopädische Universitätsklinik
Heidelberg

Prof. Dr. med. Andreas Roth
Bereichsleiter Endoprothetik/Orthopädie
Klinik und Poliklinik für Orthopädie,
Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie
Universitätsklinikum Leipzig AöR

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

Univ.-Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Schaser
Ärztlicher Direktor
UniversitätsCentrum für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Dr. med. Matthias Schnetz
Assistenzarzt
Klinik für Unfallchirurgie und
Orthopädische Chirurgie
BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH

Dr. rer. medic. Janosch Schoon
Laborleiter,
Projektleiter experimentelle Forschung
Human Cells and Orthopedic Materials
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie
Universitätsmedizin Greifswald

Dr. med. Sebastian Simon
Assistenzarzt
Michael Ogon Laboratory
Orthopädisches Spital Speising GmbH
Österreich

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

Referentinnen & Referenten

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Maik Stiehler
Oberarzt
UniversitätsCentrum für Orthopädie,
Unfall- & Plastische Chirurgie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

**Assoz. Prof (Univ. Innsbruck)
Priv. Doz. Dr. med. Martin Thaler**
Chefarzt
Klinik für Endoprothetik und Orthopädie
Leiter Zentrum für Orthopädie, Unfall-,
Hand- und Wirbelsäulenchirurgie
Helios Klinikum München West

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

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

Univ.-Prof. Dr. med. Georgi Wassilew
Direktor
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie
Universitätsmedizin Greifswald

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

Dr. med. Felix Wunderlich
Verantwortlicher Oberarzt für Kniechirurgie,
Fuß- und Sprunggelenkchirurgie
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-
Universität Mainz

Dr. med. André-Ramin Zahedi
Sektionsleiter Rekonstruktive
Hüftgelenkschirurgie
Leitender Oberarzt
Klinik für Orthopädie,
Klinikum Dortmund gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität
Witten-Herdecke

Dr. med. Alexander Zimmerer
Leitender Arzt
Rekonstruktive Hüftchirurgie
Zentrum für Sportorthopädie
Orthopädische Klinik Paulinenhilfe
im Diakonie Klinikum Stuttgart

Hybridveranstaltung

Der Kurs besteht aus einem vorbereitenden ONLINE-Teil sowie einem Präsenztage im Rahmen des AE-Kongresses in Leipzig.

Termine

Online-Kurs (Zoom Meeting): Freitag, 10.11.2023, 14.00–19.00 Uhr

Präsenztage: Donnerstag, 07.12.2023, 10.00 (Registrierung) bis 16.30 Uhr, Leipzig

Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. Alexander Beier, Prof. Dr. med. Patrick Weber

LIVE

AE-Online-Kurs



AEC-Kurs für OP-Fachpflege und Physician Assistants

Freitag, 10.11.2023

A. Beier, P. Weber

14.00 Begrüßung und Einführung durch die wissenschaftlichen Leiter

BLOCK I: HÜFTENOPROTHETIK

- | | | |
|-------|---|---------------|
| 14.10 | Anatomie und Biomechanik des Hüftgelenkes: Warum ist welche Struktur wichtig? | A. Beier |
| 14.30 | Zugangswege zum Hüftgelenk und einhergehende Lagerung | P. Weber |
| 14.50 | Welche Prothese für welchen Patienten? Pfannen, Schäfte, Gleitpaarungen | A. Paulus |
| 15.10 | EPRD und Qualitätssicherung – Sinn und Zweck | A. Steinbrück |
| 15.20 | Diskussion | |

BLOCK II: KNIEENDOPROTHETIK

- | | | |
|-------|---|----------|
| 15.45 | Anatomie und Biomechanik des Kniegelenkes inklusive Zugänge | A. Beier |
| 16.05 | OP-Technik: Bikondylärer Oberflächenersatz Schritt für Schritt – wie ich es mache und warum | S. Horn |
| 16.25 | Zementiertechnik – Wie geht's richtig? Worauf muss ich achten? | |
| 16.45 | Welche Knieprothesensysteme gibt es und warum? | P. Weber |

BLOCK III: REVISIONSENDOPROTHETIK

- | | | |
|-------|---|-------------|
| 17.15 | Die Entfernung einer festsitzenden Knieendoprothese – Technik und Instrumente | M. Müller |
| 17.35 | Operatives Vorgehen bei periprothetischen Frakturen am Kniegelenk | |
| 17.55 | Die Entfernung einer festsitzenden Hüftendoprothese – Technik und Instrumente | S. Horn |
| 18.15 | Management von Pfannendefekten in der Revision | M. Müller |
| 18.35 | Versorgung periprothetische Femurfrakturen – Implantate und Instrumente | C. Glowalla |
| 18.55 | Zusammenfassung des Online-Veranstaltungstages, Verabschiedung | |

Präsenztage zum AEC-Kurs für OP-Fachpflege und Physician Assistants

Donnerstag, 07.12.2023 in Leipzig

A. Beier, P. Weber

- | | |
|-------|---|
| 09.30 | Begrüßung und Einführung in die Workshops |
| 09.45 | WORKSHOPS |
| 11.45 | Kaffeepause |

BLOCK IV: ROBOTIK

- | | | |
|-------|---|----------|
| 12.05 | Der Roboter ist in Zukunft nicht mehr wegzudenken | P. Weber |
| 12.25 | Der Roboter steht bald wieder im Keller | C. Merle |
| 12.45 | Mittagspause und persönlicher Austausch | |

BLOCK V: HERAUSFORDERUNGEN IM OP

- | | | |
|-------|--|-------------|
| 13.45 | Tipps und Tricks zum Umgang mit Keramik in der Endoprothetik | P. Weber |
| 14.05 | Fallbeispiele: Hier hat etwas nicht funktioniert – Diskussion: Interprofessionelle Abläufe | A. Beier |
| 14.25 | Dokumentation, Bestellwege der Implantate und Sonderinstrumente | C. Böhler |
| 14.45 | Künstliche Intelligenz im OP | C. Glowalla |
| 15.05 | Umgang mit Metallallergien | |
| 15.25 | Evaluation, Verabschiedung und Zusammenfassung | |

Informationen und Anmelde-möglichkeiten finden Sie hier.



Die Teilnehmenden des AEC-OP-Kurses sind herzlich eingeladen, den anschließenden AE-Kongress am 08.–09.12.2023 zu besuchen.

AE-Basiskurs Hüfte Präsenztage (Hybridveranstaltung)

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Kein Handwerk ohne Lehrzeit

Jean de La Bruyère (1645 - 1696)

... das Handwerk der Chirurgie braucht manuelles Geschick und praktische Fähigkeiten, die früher in den „Lehrjahren“ in der Klinik erworben werden. Ganz ohne Theorie und Wissen geht's aber auch nicht. Im Klinikalltag kommt die Vermittlung theoretischer Grundlagen unter dem zunehmenden ökonomischen Druck, Personalmangel und der dynamischen Entwicklung der Medizin zunehmend zu kurz.

Die AE kann dies sicherlich nicht komplett ersetzen, bietet aber seit Jahren eine zuverlässige Unterstützung in Ihrem Chirurgenleben. Sowohl die Vermittlung von Basiswissen als auch die Förderung des kollegialen Austausches soll Ihnen helfen, Ihre täglichen Herausforderungen in der Klinik zu meistern.

Wir laden Sie herzlich zum AE-Basiskurs Hüfte in Hybridform ein. Hier werden alle wesentlichen theoretischen Grundlagen der Hüftendoprothetik in Form von drei ONLINE-Blöcken an drei aufeinanderfolgenden Tagen von erfahrenen Kolleginnen und Kollegen vermittelt.

Die Aufzeichnung der Online-Sessions wird Ihnen im Anschluss an den jeweiligen Online-Kurs für vier Wochen zur Verfügung gestellt, sodass Sie diese in den vier Wochen beliebig oft aufrufen können. Auch nach dem Kurs stehen Ihnen die Referentinnen und Referenten per E-Mail für eventuelle Fragen gerne zur Verfügung.

Ergänzend findet ein Präsenztage statt, da auch der persönliche Austausch unter und mit Ihnen zu einer unerlässlichen Bildung von Netzwerken wichtig ist. An diesem Tag werden noch offene Fragen der Online-Blöcke beantwortet und mit interaktiven Fallbesprechungen die Online-Inhalte gemeinsam mit Ihnen vertieft und diskutiert. Auch werden vor Ort in Leipzig die praktischen Fähigkeiten in Hands-on-Workshops geschult.

Wir freuen uns schon jetzt auf Ihre Teilnahme.

Ihre

Stefanie Donner

Thomas Mattes

Tele- mann- Saal	AE-BASISKURS HÜFTE S. Donner, T. Mattes	
08.30	Registrierung	
09.00	Begrüßung	S. Donner, T. Mattes
09.05	Offene Fragen aus dem Online-Part und Auswertung der Eingangsprüfung über den Online-Kurs	S. Donner
BLOCK I: FALLDISKUSSIONEN		
09.20	Falldiskussion: Primärendoprothetik	S. Donner
09.50	Falldiskussion: Revisionsendoprothetik	T. Mattes
BLOCK II: WORKSHOPS		
10.20	Workshop/Vortrag: Digitale OP-Planung HÜFTE	T. Mattes
11.00	<i>Kaffeepause</i>	
11.15	Workshops	
12.15	<i>Mittagspause und persönlicher Austausch</i>	
12.45	Workshops	
14.45	<i>Kaffeepause</i>	
BLOCK III: FALLDISKUSSIONEN		
15.00	Vortrag aus der Online-Session: Was stimmt hier nicht? – Die Beurteilung des postoperativen Röntgenbildes	E. Lenz
15.20	Falldiskussion: Periprothetische Infektionen	E. Lenz
15.50	Falldiskussion: Dysplasie	T. Mattes
16.20	Fälle aus der Reihe der Teilnehmenden Diskussion und Fallbeispiel – Zementierte Duokopf-Prothese	S. Donner
16.50	Zusammenfassung, Evaluation und Verabschiedung	S. Donner, T. Mattes
17.00	Ende der Veranstaltung	

AE-Seminar „Junior Orthopaedic Surgery Trainees – Skills in Surgery“ mit praktischen Übungen

In der Theorie gibt es keinen Unterschied zwischen Theorie und Praxis. In der Praxis schon!

Yogi Berra

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wir Medizinerinnen und Mediziner geraten zunehmend unter ökonomischen Druck. Operationszeiten, Fallzahlen und Case-Mix-Punkte sind neben medizinischen Fachfragen zunehmend Teil des Klinikalltags. Die Zeit für Ausbildung, insbesondere für grundlegende chirurgische Fertigkeiten und Prinzipien, wird spürbar knapper.

Jedoch bilden neben fundiertem theoretischem Wissen insbesondere auch praktisches Geschick sowie handwerkliche Fertigkeiten – die „Surgical Skills“ – den Grundstein einer jeden erfolgreichen Operation. Auch wenn es leider gelegentlich an Wertschätzung gegenüber dem kleinen Abc der Chirurgie fehlt, erreichen wir Sicherheit nur, wenn wir Gewissheit über unser Handeln haben: Erlernen korrekter Abläufe, Beherrschen der richtigen Techniken und dauerhafte Übung unserer Fertigkeiten.

Operative, chirurgische Fertigkeiten kann man nicht allein durch Beobachtung lernen; genauso wenig wie Geigespielen durch Zuschauen und Zuhören eines Virtuosen an seinem Instrument!

Allen O. Whipple

Das „Junior Orthopaedic Surgeons Training“ der AE soll wichtige theoretische Grundlagen vermitteln, handwerkliche Fertigkeiten trainieren und euch somit in eurer Ausbildung zur Chirurgin oder zum Chirurgen unterstützen. Wir freuen uns auf die Interaktion und den Spaß an der Praxis und laden euch herzlich ein.

Eure

Dr. med. Stephanie Kirschbaum

Dr. med. Tazio Maleitzke

Prof. Dr. med. Michael Müller

Univ.-Prof. Dr. med. Tobias Winkler

Die Teilnehmenden des AE-Seminars „Junior Orthopaedic Surgery Trainees – Skills in Surgery“ sind sehr herzlich zum Besuch des anschließenden AE-Kongresses am 08.-09.12.2023 eingeladen.

online PRE-LEARNING

„Verflixt und zugenäht“ – Naht und Nahtmaterialien: Terminologie, Fadenstärken, Nadeldesign, Materialien, Konfektion, Anwendung, Gewebereaktion, Instrumentarien	S. Kirschbaum
„Der Knoten ist geplatzt“ – Knoten und knüpfen: Terminologie, Grundlagen, Einhandknoten, Zweihandknoten, Instrumentenknoten, chirurgischer Knoten, Schlupfknoten	J. Löchel
„Nach fest kommt lose“ – Schrauben: Terminologie, Einteilung, Design, Größen, Bohrer, Gewinde, Gewindeschneider	D. Nowack
„Stabil oder nicht stabil, das ist hier der Winkel!“ – Osteosyntheseplatten: Propädeutik, Basics und Systematik der Osteosyntheseplatten – eine sortierte Übersicht	L. Lacheta
„Wer A sägt, muss auch B sägen“ – Sägen und Sägeinstrumente: Terminologie, Design, Größen, Typologie, Technik	T. Maleitzke
„Draht-Seil-Akt“ – Cerclagen: Einteilung, Materialien, Konfektion, Technik, Instrumentarien	M. Müller
„Rettet die Schrauben“ – Schraubenbruch: Instrumentarien, Technik	T. Winkler

Tele- mann Saal

PRÄSENZTAG, 08.12.2023

S. Kirschbaum, T. Maleitzke, M. Müller T. Winkler

08.00	Registrierung	
08.30	Begrüßung	Wiss. Leitung
08.35	Praktische Übungen zu Naht und Nahtmaterialien	Tutoren
09.20	Praktische Übungen zu Knoten und zum Knüpfen	Tutoren
10.05	Kaffeepause	
10.30	Praktische Übungen zu Schrauben, Osteosyntheseplatten, zum Sägen und zu Sägeinstrumenten	Tutoren
12.00	Praktische Übungen zu Cerclagen	Tutoren
12.30	Praktische Übungen zum Schraubenbruch	Tutoren
13.15	Abschlussdiskussion, Evaluation und Verabschiedung	Wiss. Leitung

Anmeldung

Bitte nutzen Sie die Online-Registrierung auf der AE-Website:

www.ae-kongress.com

Über diesen QR-Code gelangen Sie direkt zur Anmeldung



Teilnahmegebühren 25. AE-Kongress

Wissenschaftliches Programm (inkl. Tagungscatering während des Kongresses)

Nach der Veranstaltung erhalten die Teilnehmenden Zugang zur Aufzeichnung.

Bei Anmeldung bis zum 24.11.2023:

Chef-/Ober-/Assistenzärzte und niedergelassene Ärzte	280,00 €
AE-Mitglieder	240,00 €
AE-Akademie- und ComGen-Mitglieder	190,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder in Weiterbildung	150,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder Studierende	75,00 €

Bei Anmeldung ab 25.11.2023:

Chef-/Ober-/Assistenzärzte und niedergelassene Ärzte	335,00 €
AE-Mitglieder	285,00 €
AE-Akademie- und ComGen-Mitglieder	235,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder in Weiterbildung	185,00 €
AE-YOUTH-Mitglieder Studierende	100,00 €

AE-Kongressabend am Freitag, 08.12.2023 um 19.30 Uhr

Ratskeller der Stadt Leipzig

Preis pro Person inkl. Speisen und Getränken zum Essen 99,00 €

Anreise

Nutzen Sie die Sonderkonditionen der AE bei der Deutschen Bahn – Veranstaltungsticket von jedem DB-Bahnhof zum bundesweiten Festpreis

Hier geht es direkt zum Veranstaltungsticket der Deutschen Bahn



Hier gelangen Sie zum Veranstaltungsort auf Google Maps



Hotelinformationen

Es sind Hotelkontingente in der Nähe des Veranstaltungsortes „Kongresshalle am Zoo“ für Sie eingerichtet. Bitte buchen Sie das gewünschte Zimmer direkt im Hotel unter dem Stichwort: „25. AE-Kongress“.

Eine frühzeitige Reservierung wird empfohlen, da die Buchungslage aufgrund der Adventszeit angespannt sein kann.

Hier finden Sie detaillierte Informationen und Buchungslinks zu den Hotels



Der Ratskeller gehört zweifelsohne zu den traditionsreichsten Lokalen in Leipzig.

Er befindet sich im Neuen Rathaus, das auf den Fundamenten der alten Pleißenburg errichtet wurde.

Gemeinsam mit Ihnen lassen wir den ersten Kongresstag im urigen Gewölbekeller des Ratskellers in lockerer Atmosphäre bei interessanten Gesprächen, gutem Essen und einem Glas Wein ausklingen.

Wir freuen uns darauf, Sie im Ratskeller Leipzig begrüßen und einen schönen Abend mit Ihnen verbringen zu dürfen!

Ratskeller der Stadt Leipzig

Lotterstraße 1

04109 Leipzig

Tel.: +49 341 1234567

www.ratskeller-leipzig.de

AE-Kongressabend am Freitag, 08.12.2023 um 19.30 Uhr

Preis pro Person inkl. Speisen und Getränken zum Essen 99,00 €

Anmeldung über das Online-Formular (Teilnehmerzahl begrenzt).

Informationen und Wegbeschreibung zum AE-Kongressabend



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

AE-Industriepartner

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

www.bbraun.de

 **ZIMMER BIOMET**
Moving You Forward.™

www.zimmerbiomet.com

Smith+Nephew

www.smith-nephew.com

 **DePuy Synthes**
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson

www.jnjmedtech.com

MATHYS 
a company of enovis.

www.mathysmedical.com

 **RESORBA**
BIOSURGICALS

www.resorba.com

AE-Veranstaltungspartner

LINK 

www.link-ortho.com

Weitere Ausstellende

Stiftung Endoprothetik
www.stiftung-endoprothetik.de

ARTIQO GmbH
www.artiqo.de

AQ Solutions GmbH
www.aq-solutions.de

endocon GmbH
www.endocon.de

Heraeus Medical GmbH
www.heraeus.com

implantcast GmbH
www.implantcast.de

Lima Deutschland GmbH
www.limacorporate.com

Medacta Germany GmbH
www.medacta.de.com

Merete GmbH
www.merete.de

Ohst Medizintechnik AG
www.ohst.de

PETER BREHM GmbH
www.peter-brehm.de

S+U Medizintechnik GmbH
www.su-medizintechnik.de

Stemcup Medical Products GmbH
www.stemcup.de

Symbios Deutschland GmbH
www.symbios.ch

„26. AE-Kongress Dresden“



SAVE THE DATE
05.–06.12.2024

Bleiben Sie gespannt!

AE-Industriepartner



Smith+Nephew



www.ae-gmbh.com/programmuebersicht



17.10.2023