



AGAPLESION
EVANGELISCHES KRANKENHAUS
MITTELHESSEN

PATIENTENINFORMATION

Mein künstliches Kniegelenk



Inhalt

- 04** Wie ist das Kniegelenk aufgebaut?
- 04** Was ist unter einer Arthrose zu verstehen?
- 05** Ursachen einer Kniegelenkarthrose?
- 05** Nichtoperative Therapie der Kniegelenkarthrose
- 06** Operative Behandlung einer Kniegelenkarthrose
- 08** Die ambulante Vorstellung und OP-Terminvereinbarung
- 11** Was benötige ich während meines Krankenhausaufenthaltes?
- 12** Wie verlaufen die ersten Tage nach der Operation?
- 13** Wann und durch wen wird die Anschlussheilbehandlung beantragt?
- 14** Wie verlaufen die Rehabilitationsmaßnahmen und die Wiedereingliederung in den Alltag?
- 14** Was sollten Sie als Träger eines künstlichen Kniegelenkes noch beachten?
- 18** Welche Sportarten sind erlaubt?

Liebe Patientin, lieber Patient, das schmerzfreie Gehen und eine freie Beweglichkeit der Gelenke sind wesentliche Faktoren die unsere Lebensqualität beeinflussen. Der Anstieg der Lebenserwartung führt zwangsläufig zu einer Zunahme der Verschleißerscheinungen an den Gelenken (Arthrose). Folgen sind Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und dadurch eine verminderte Lebensqualität. Der künstliche Gelenkersatz ermöglicht eine Verbesserung der Aktivität in Freizeit, Sport und Beruf und somit eine neu geschaffene Lebensqualität, weshalb sich heute rund 150.000 Menschen in Deutschland für eine Kniegelenkersatzoperation entscheiden. Die vorliegende Broschüre beinhaltet Informationen über ihre geplante Kniegelenkersatzoperation am Evangelischen Krankenhaus in Gießen und liefert Empfehlungen hinsichtlich der

Nachbehandlung und das anschließende Leben mit dem künstlichen Gelenk. Die folgenden Seiten sollen die ärztlichen Ratschläge und Gespräche ergänzen und Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zu erhalten. Die allgemeinen Empfehlungen können im Einzelfall abweichen. Bei Fragen sprechen Sie uns gerne jederzeit an. Wir danken Ihnen für das in uns gesetzte Vertrauen und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt.



Prof. Dr. med. Jens Kordelle
Chefarzt der Klinik für Orthopädie,
Unfallchirurgie und Sportmedizin



Wie ist das Kniegelenk aufgebaut?

Das Kniegelenk wird aus dem Oberschenkelknochen (Femur) und dem Schienbein (Tibia) gebildet und von einer Kapsel umgeben.

Die zweischichtige Gelenkkapsel besteht aus einer derben äußeren Hülle und aus einer zarten inneren Schicht (Synovialis), die der Produktion der Gelenkflüssigkeit dient. Die Gelenkflüssigkeit (Synovia) sorgt für die Ernährung des Knorpels und mindert die Reibungskräfte. Stabilisiert wird das Gelenk zusätzlich durch zwei Seitenbänder und ein vorderes und ein hinteres Kreuzband. Innen- und Außenmeniskus liegen zwischen Femur und Tibia. Sie dienen der Gelenkstabilisierung und zeigen eine puffernde Wirkung. Die Gelenkflächen sind von Knorpel überzogen. Die Kniescheibe (Patella) bildet mit dem Femur das sog. Femuropatellargelenk und gleitet auf dessen Vorderseite bei Beugung und Streckung.

Was ist unter einer Arthrose zu verstehen?

Die Arthrose (Gelenkverschleiß) stellt eine in Schüben verlaufende chronische Entzündung des Gelenkes dar, die zu einer Zerstörung des Gelenkknorpels führt.

Zahlreiche Ursachen können Auslöser einer Arthrose des Kniegelenkes sein. Häufig führen Über- und Fehlbelastungen oder unfallbedingte Verletzungen langfristig zu einem Aufbrauch des Gelenkknorpels. Es entstehen irreparable Risse und Furchen, da der Gelenkknorpel nicht regenerieren kann. Stetig frei werdende Knorpelbestandteile entwickeln einen chronischen Entzündungsreiz, der eine vermehrte Flüssigkeitsbildung zur Folge hat (Gelenkerguss). Die gespannte Gelenkkapsel löst Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung aus. Der Aufbrauch des Knorpels führt zu einer vermehrten Belastung des Knochens (Sklerose) und Knochenneuanbauten (Osteophyten). Die verdickte und verkürzte Gelenkkapsel sowie Muskel- und Sehnenver-





kürzungen stellen die Ursache einer zunehmenden Bewegungseinschränkung dar. Anfänglich sind belastungsabhängige Beschwerden und ein sog. Anlaufschmerz,

im Spätstadium Ruheschmerzen und eine zunehmende Bewegungseinschränkung zu beobachten.

Ursachen einer Kniegelenkarthrose?

Die Ursachen einer Kniegelenksarthrose (Gonarthrose) sind vielfältig. Fehlstellungen der Beine (O- oder X-Bein), Geschlecht (Frauen sind häufiger betroffen als Männer), Übergewicht und Veränderungen nach Unfällen können zu einer Arthrose des Kniegelenkes führen. Hinzukommen die Überbelastung des Gelenkes als Risikofaktor und Arthrosen, die auf dem Boden einer anderen Gelenkerkrankung wie zum Beispiel Rheuma oder Gicht entstehen (sekundäre Gonarthrose).

Nichtoperative Therapie der Kniegelenkarthrose

Vor jeder operativen Behandlung sollte im Frühstadium jeder Arthrose die konservative (nicht operative) Therapie stehen, deren Ziel eine Verbesserung der Symptome darstellt. Grundsätzlich jedoch gilt, dass eine Arthrose nicht heilbar und arthrotische Knorpeldefekte nicht reparabel sind. Ansätze Knorpelschäden durch angezüchtete Knorpelzellen zu ersetzen sind kleinen, lokalisierten Defekten vorbehalten und kommen als Behandlungsmaßnahme einer großflächigen Arthrose, zum jetzigen Zeitpunkt nicht in Frage. Entzündungsreiz, Schmerzen und eine Einschränkung der Beweglichkeit können durch eine medikamentöse Therapie und physiotherapeutische

Anwendungen positiv beeinflusst werden. Die physikalische Behandlung mit zum Beispiel Kälte-/Wärmeanwendungen oder Elektrotherapie kann ebenso, wie entlastende Sportarten oder eine Gewichtsreduktion, zu einer Besserung der Beschwerdesymptomatik führen.

Ist die Lebensqualität trotz konsequenter Durchführung der genannten Maßnahmen aufgrund der Schmerzen deutlich vermindert, treten eine ausgeprägte Instabilität oder Bewegungseinschränkung auf oder ist auf dem Röntgenbild eine hochgradige Zerstörung des Knorpels und des Knochens zu beobachten, bleibt als dauerhafte Lösung nur noch der Einsatz eines Kniegelenkes.

Operative Behandlung einer Kniegelenkarthrose

In Deutschland werden gegenwärtig rund 150.000 künstliche Kniegelenke eingesetzt. Ziele sind die Beschwerdefreiheit und die Wiederherstellung einer guten Beweglichkeit. Der Arthrosegrad, der zum Einsatz eines Kunstgelenkes führt, kann individuell stark variieren. Wesentliche Faktoren, die die Wahl zwischen den verschiedenen Kunstgelenken beeinflussen, sind der Arthrosegrad, die Bandstabilität, der Umfang des Knochenverlustes und die Beinachse (z. B. O-Bein). Patienten bei denen der Knorpel nur auf der Innen- oder Außenseite aufgebraucht ist, deren Bänder stabil sind, deren Beinachse weitgehend gerade ist und bei denen die Arthrose zu keinen größeren Knochenverlusten geführt hat, können mit einer sog. Schlittenprothese versorgt werden. Es handelt sich bei diesem Modell um eine knochensparende Oberflächenersatzprothese,

die den äußeren (oder inneren) Gelenkanteil sowie die Kniescheibenrückfläche und den Oberschenkelknochen (zentral) unberührt lässt. Das an unserer Klinik eingesetzte Implantat wird, individuell an die Anatomie des einzelnen Patienten angepasst, (CT-basierend) in den USA hergestellt. (Abb. 1)

Die bikondyläre Oberflächenersatzprothese stellt das am Evangelischen Krankenhaus Gießen am häufigsten eingesetzte Implantat dar. Es werden sämtliche Gelenkanteile mit einem ebenfalls knochensparenden Kunstgelenk ersetzt. Voraussetzung sind stabile Bänder, ein weitgehend intakter Knochen und eine Beinverkrümmung von höchstens 25°. (Abb. 2)

Achsgeführte (-stabilisierte) Kunstgelenke werden bei sehr starken Abweichungen der Beinachse in Verbindung mit einer Bandinstabilität und größeren Knochendefekten vor allem bei Wechseloperationen eingesetzt. (Abb. 3)



Abb. 1

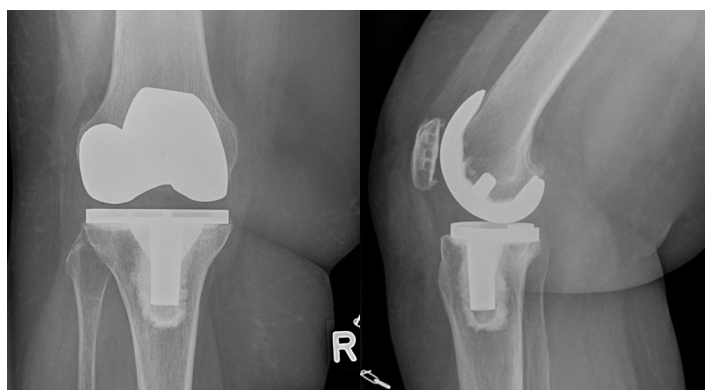


Abb. 2



Abb. 3





Die ambulante Vorstellung und OP-Terminvereinbarung

Im Rahmen einer ambulanten Vorstellung in unserer Gelenksprechstunde (Prof. Dr. med. J. Kordelle) wird geklärt, ob bei Ihnen eine Operation erforderlich sein wird.

Gelenksprechstunde Prof. Dr. med. J. Kordelle:

- Arthrose der großen Gelenke (Hüft-, Knie-, Schultergelenk)
- Schmerzhaftes Kunstgelenk
- Zweitmeinung

Eine Terminvereinbarung ist nach telefonischer Rücksprache unter der Telefonnummer (0641) 9606-731 möglich:

- Privatpatienten
- Gesetzlich versicherte Patienten:
 - 30,- € Selbstzahler
 - Einweisungsschein durch Haus-/Facharzt bei sicherer OP-Indikation

Gesetzlich versicherte Patienten können als Selbstzahler (30,- €) oder mit einem Einweisungsschein durch einen Facharzt (bei sicherer OP-Indikation) einen Termin vereinbaren. Privatpatienten können

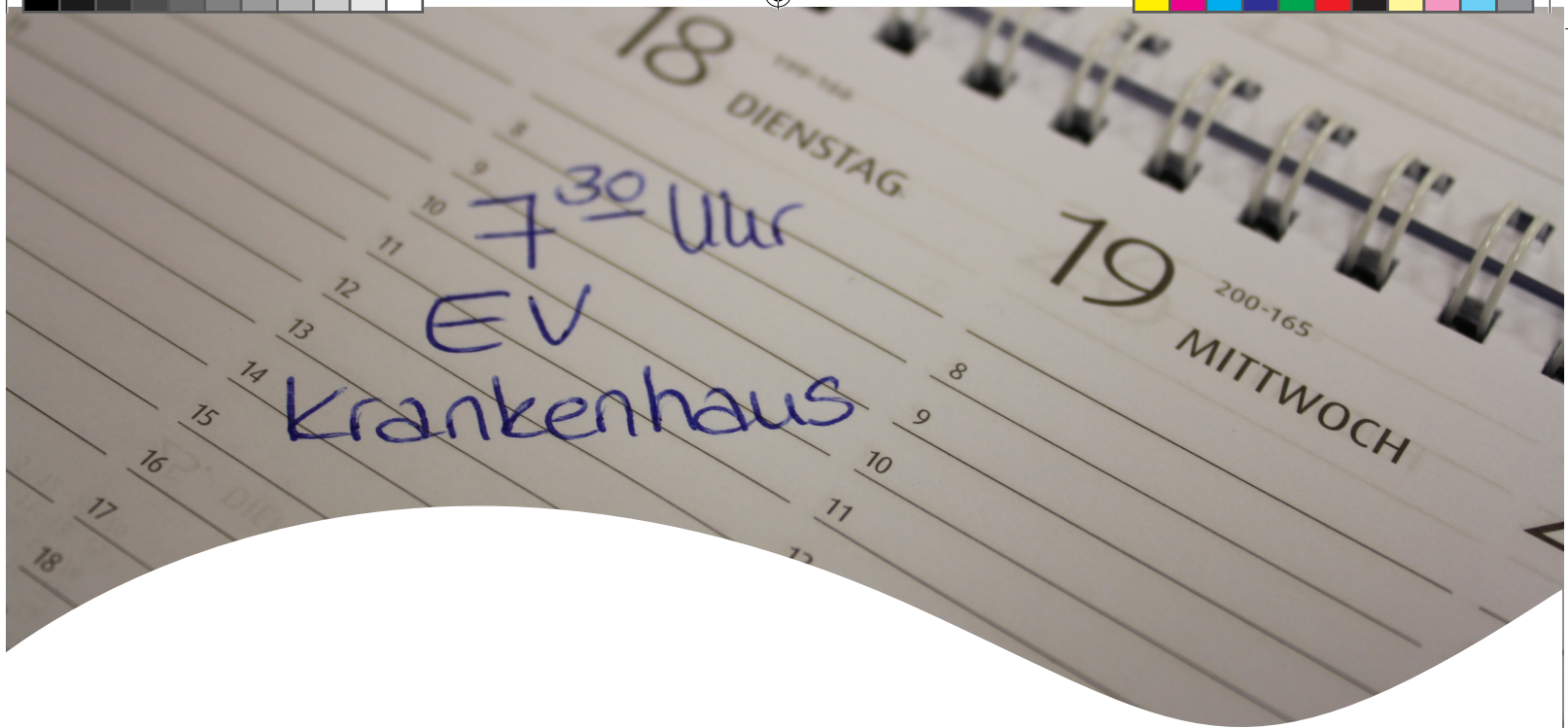
sich ebenfalls telefonisch unter der oben genannten Telefonnummer mit uns in Verbindung setzen. Ferner können Patienten, die sich gerne eine Zweitmeinung einholen möchten oder Probleme mit einem bereits vorhandenen Kunstgelenk haben, einen Termin in der Sprechstunde von Herrn Prof. Kordelle vereinbaren.

Bestandteil der ambulanten Erstvorstellung sind eine ausführliche Patientenbefragung, die eingehende Untersuchung des betroffenen Gelenkes und die Beurteilung der vorhandenen Röntgenbilder, welche eventuell noch am gleichen Tag ergänzt werden.

Zur ambulanten Vorstellung bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:

- Alte und aktuelle Röntgenbilder (sofern vorhanden)
- Allergiepass (sofern vorhanden)
- Aktuelle Laborwerte falls eine Infektion ausgeschlossen werden sollte (sofern vorhanden)
- Einen Arztbrief von aktuellen Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Behandlungen (sofern vorhanden)





Sofern notwendig wird die vorgeschlagene Operation anhand eines Kunstknochens und dem geplanten Kunstgelenk erläutert. Sie erfahren Einzelheiten über den stationären Aufenthalt und falls notwendig einen Operationstermin.

Die OP-Vorbereitung erfolgt im Rahmen eines weiteren ambulanten Vorstellungstermins vier Tage vor dem geplanten Eingriff, den wir für Sie während der Erstvorstellung ebenfalls vereinbaren. Patienten die aufgrund ihrer Beschwerden immobil sind oder deren Anreise über 50 Kilometer beträgt, werden einen Tag vor dem geplanten Eingriff stationär aufgenommen und entsprechend vorbereitet.

Die OP-Vorbereitung besteht im Einzelnen aus:

- Schriftliche Einverständniserklärung zur Operation einschließlich dem

geplanten OP-Verfahren und den damit verbundenen Risiken.

- Schriftliche Einverständniserklärung zur Narkose einschließlich dem geplanten Narkose-Verfahren und den damit verbundenen Risiken.
- Aufklärung über den Einsatz der Blutreinigung und Retransfusion (MAT – maschinelle Autotransfusion). Der Blutverlust während und innerhalb der ersten Stunden nach der Operation wird gesammelt, gereinigt und retransfundiert, sodass der Patient sein „eigenes Blut“ wiedererhält.
- Blutentnahme, EKG, ggf. Röntgenaufnahme der Lunge.
- Sofern notwendig weiterführende Untersuchungen (Herzschall etc.).
- Eventuell sind weitere Röntgenaufnahmen des Kniegelenkes zur digitalen OP-Planung am Computer notwendig.



Wichtig ist, dass Sie in einem möglichst gesunden Zustand zu der geplanten Operationsvorbereitung und in die Klinik kommen. Neu aufgetretene oder nicht ausreichend medikamentös eingestellte Herz-/Kreislaufprobleme, ein hoher Blutdruck und auch eine eventuell vorhandene Zuckerkrankheit müssen vor der Operation gut eingestellt sein. Bestehende Infektionen (z. B. grippale Infektionen, Entzündungen der Zähne oder der Blase), eine unklare Erhöhung der Entzündungswerte im

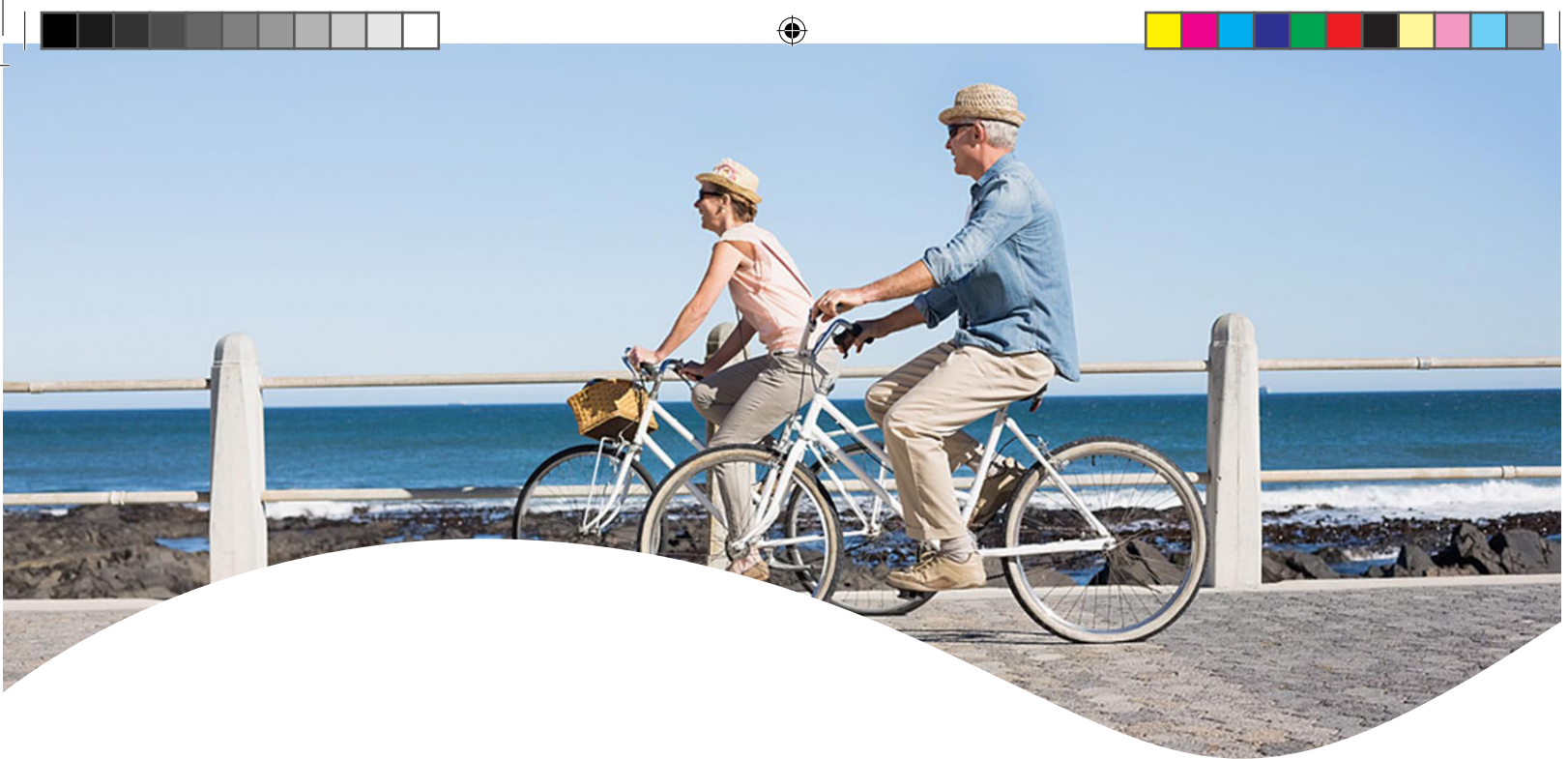
Blut oder Hautveränderungen an dem zu operierenden Bein verbieten aufgrund des erhöhten Infektionsrisikos den planbaren Eingriff durchzuführen. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn ein solcher Anlass die Operation zu dem geplanten Datum verbietet. Sie erhalten nach Ausheilung oder erfolgreicher Behandlung umgehend einen neuen Operationstermin.



Was benötige ich während meines Krankenhausaufenthaltes?

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen und persönlichen Dinge am Tag der stationären Aufnahme in unsere Klinik mit:

- Stationären Einweisungsschein (diesen erhalten Sie vom Hausarzt oder zuständigen Facharzt)
- Röntgenbild der Lunge (sofern vorhanden und nicht älter als 6 Monate)
- Aktuelle Vorbefunde/Arztbriefe (z. B. Laborwerte, EKG, Herzultraschall sofern vorhanden) bei bekannten Vorerkrankungen
- Schrittmacherpatienten bringen zusätzlich bitte den Ausweis und den Befund der letzten Kontrolluntersuchung mit
- Ihre Medikamente, die Sie regelmäßig einnehmen, für die ersten 3 Tage
- Flaches, rutschfestes Schuhwerk (Sport-/Hausschuhe)
- Hilfsmittel soweit vorhanden (z. B. Gehstützen)
- Kontaktadressen von Verwandten oder nahestehenden Personen
- Bücher, Zeitschriften, PC (WLAN ist verfügbar)



Wie verlaufen die ersten Tage nach der Operation?

Intensivüberwachung

Ist die Operation erfolgreich beendet, werden Sie zu Ihrer Sicherheit auf eine spezielle Überwachungsstation verlegt. Während Sie die Narkose „ausschlafen“, erfolgt die routinemäßige Überwachung Ihrer Herz-, Lungen- und Kreislauffunktion. Es erfolgen die erste Laborkontrolle nach der Operation, die intravenöse Flüssigkeitssubstitution und die Gabe von Sauerstoff über eine Nasensonde. Sprechen keine medizinischen Gründe dagegen, wird das aus dem Kniegelenk in die Drainagen verloren gegangene Blut gesammelt, gereinigt und retransfundiert, so dass Sie Ihr „eigenes Blut“ wiedererhalten (MAT – Medizinische Autotransfusion). Die Schmerztherapie erfolgt intravenös und über einen in der Leiste liegenden speziellen Schmerzkatheter.

Normalstation

Die Verlegung auf Normalstation erfolgt am Morgen des ersten Tages nach der Operation. Am gleichen Tag erfolgt bereits die erste krankengymnastische Therapie unter Anleitung eines erfahrenen Physiotherapeuten. Nach dem Entfernen der Gelenkdrainage am 2. Tag nach der Operation beginnt zusätzlich die Motorschienenbehandlung. Regelmäßige Eis Anwendungen helfen gegen Schwellung und Schmerzen. Das Tragen der Kompressionsstrümpfe und die täglichen Heparinspritzen dienen der Thromboseprophylaxe. Weiterhin werden nach dem Entfernen des Schmerzkatheters die ersten Gehübungen an Unterarmgehstützen unter physiotherapeutischer Anleitung durchgeführt. Ist ein sicheres Gangbild an Gehhilfen erreicht, wird das korrekte Treppesteigen erlernt. Ergänzend erfolgen, sofern notwendig, physikalische Maßnahmen wie zum Beispiel Lymphdrainage. Die Mitarbeiterinnen des



Sozialdienstes besprechen mit Ihnen die Möglichkeiten der Anschlussheilbehandlung und stellen den notwendigen Antrag bei dem zuständigen Kostenträger (Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger). Am ersten, dritten und siebten Tag nach der Operation erfolgen planmäßige Laborkontrollen. Die Röntgenabschlusskontrolle wird nach einer Woche durchgeführt. Den Prothesenausweis, den Sie immer bei sich führen sollten, und einen speziellen Nachbehandlungsplan erhalten Sie bereits während des stationären Aufenthaltes. Die Dauer des stationären Aufenthaltes liegt zwischen 8 bis 10 Tagen. Das Klammer- oder Nahtmaterial wird zwischen dem 12. und 14. Tag nach der Operation in der Regel in der REHA-Klinik entfernt. Am Tag der Entlassung erhalten Sie eine CD mit Ihren Röntgenbildern, einen Arztbrief mit den weiteren Therapieempfehlungen und einen Termin zur Kontrolluntersuchung 3 Monate nach der Operation. Die CD sollten Sie sorgsam aufbewahren, da möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt der Vergleich aktueller und alter Röntgenaufnahmen notwendig sein wird.

Wann und durch wen wird die Anschlussheilbehandlung beantragt?

Der stationäre Aufenthalt in unserem Haus beläuft sich im Regelfall auf 8–10 Tage. Im Anschluss ist eine dreiwöchige Anschlussheilbehandlung vorgesehen. Dieser Termin wird für Sie durch unsere Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes vereinbart. Am ersten Tag nach der Operation werden Sie von einer Sozialarbeiterin am Krankenbett besucht und nach Ihren Wünschen und Vorstellung hinsichtlich der postoperativen Rehabilitation befragt. Der Antrag auf eine stationäre oder ambulante Anschlussheilbehandlung wird daraufhin durch uns bei dem zuständigen Kostenträger (Krankenkasse oder Rentenversicherungsträger) gestellt. Im Regelfall erfolgt der Beginn der stationären Anschlussbehandlung übergangslos am Tag der Entlassung aus unserer Klinik.





Wie verlaufen die Rehabilitationsmaßnahmen und die Wiedereingliederung in den Alltag?

Entscheidend für den Erfolg eines künstlichen Kniegelenkes ist eine intensive Krankengymnastik und Übungsbehandlung, vor allem in den ersten Wochen nach der Operation. Direkt im Anschluss an den stationären Aufenthalt schließt sich eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme an, die ca. 2 bis 3 Wochen dauert. Nach Abschluss der REHA-Maßnahme sind die konsequente Fortsetzung des krankengymnastischen Therapieprogrammes und eigenständiger Übungen zwingend notwendig.

Der Patient muss wissen, dass Restbeschwerden und Schwellungszustände nach 3 bis 6 Monaten durchaus auftreten können und die Rehabilitation nach Kniegelenksendoprothese bis zu einem Jahr dauern kann. Die Wiedereingliederung in Alltag und ggf. Berufsleben sollten jedoch deutlich früher gelingen. Während der ersten Wochen nach der REHA-Maßnahme ist es durchaus normal, dass Sie selbst bei alltäglichen Angelegenheiten, z. B. im Haushalt oder beim Einkaufen, Hilfe benötigen. Der Zeitpunkt ab dem Sie keine Gehhilfen mehr brauchen kann deutlich variieren. Alter, Nebenerkrankungen und Mobilität (Gelenkfunktion) vor dem Eingriff stellen dabei wesentliche Einflussfaktoren dar. Nach durchschnittlich 6 (4 – 12) Wochen sollte das Laufen ohne Gehhilfe möglich sein. Voraussetzung ist ein sicheres Gangbild um

Stürze zu vermeiden. Häufig kann der behandelnde Krankengymnast hilfreiche Tipps geben.

Autofahren mit künstlichem Kniegelenk ist möglich, wenn Sie Ihr Bein wieder kontrollieren können, genug Kraft haben, ein normales Bewegungsgefühl verspüren und der Bewegungsumfang das problemlose treten der Pedale erlaubt. Auch hier gilt, dass Alter, Nebenerkrankungen und Mobilität (Gelenkfunktion) vor dem Eingriff den Zeitpunkt entscheidend beeinflussen. Nach durchschnittlich 8 (6–12) Wochen sollte das Führen eines Fahrzeugs möglich sein.

Was sollten Sie als Träger eines künstlichen Kniegelenkes noch beachten?

Beachten Sie, dass ein künstliches Gelenk ein normales Gelenk nicht voll ersetzen kann und befolgen Sie die Verhaltensempfehlungen konsequent.

- Liegt bei Ihnen eine Infektionserkrankung vor, sollten Sie Ihren Arzt informieren, damit falls notwendig eine Antibiotikatherapie zum Schutz Ihres Gelenkes eingeleitet werden kann. Ebenso wird eine Antibiotikaprophylaxe empfohlen, wenn eine zahnärztliche Behandlung geplant ist, bei der es zu einer Blutung kommen kann.
- Insbesondere innerhalb der ersten Wochen nach der Operation sollten





keine Kissen oder Rollen in die Kniekehle gelegt werden, damit die volle Streckung des Gelenkes erhalten bleibt. Für ein normales Gangbild ist die volle Streckfähigkeit eine wichtige Voraussetzung.

- Entscheidend für ein problemloses Treppensteigen, bequemes Sitzen und das Anziehen von Strümpfen und Schuhen ist eine Beugefähigkeit von mindestens 100°. Pendeln im Sitzen bei hängendem Unterschenkel kann die Beugefähigkeit des Kniegelenks verbessern. Damit können Sie bereits während des Krankenhausaufenthaltes beginnen.
- Schmerzen und Schwellungen können insbesondere nach längerer Belastung und intensivem Üben noch Wochen bis Monate nach der Operation auftreten. Eis, kalte Quarkumschläge sowie Salbenverbände wirken schmerzlindernd, verhindern Schwellun-

gen, entspannen die Muskulatur und ermöglichen so eine bessere Gelenkbeweglichkeit.

- Legen Sie Ihre Gehhilfen erst beiseite, wenn Sie sicher laufen können. Stürze sollten unbedingt vermieden werden. Bei Unsicherheit, schlechten Witterungsbedingungen oder längeren Spaziergängen, stellt der Einsatz eines Gehstockes eine sinnvolle Alternative dar. Dieser sollte auf der Gegenseite eingesetzt werden, um das Kniegelenk zu entlasten und ein sicheres Gangbild zu gewährleisten.
- Tragen Sie Ihre Tasche nicht an den Gehstöcken, benutzen Sie lieber einen Rucksack. Sollten Sie trotz intensiver Rehabilitation und konsequenter Physiotherapie über Monate hinweg immer noch unsicher laufen, ist der dauerhafte Einsatz einer Gehhilfe in Betracht zu ziehen. Ein unsicheres Gangbild kann zahlrei-





che Ursachen haben, die nicht mit einem Kunstgelenk zu kompensieren sind.

- Tragen Sie Schuhwerk, das Ihnen einen festen Halt gibt und mit weichen Sohlen ausgestattet ist, um den Schritt etwas zu dämpfen. Bevorzugen Sie gutes, flaches und rutschfestes Schuhwerk und Schuhe mit Klettverschluss oder elastischen Schnürsenkeln.
- Übungen die Sie unter Anleitung eines Physiotherapeuten erlernt haben, sollten Sie konsequent auch nach dem Ende der stationären oder ambulanten Rehabilitation eigenständig fortsetzen. Eine Funktionsverbesserung ist auch Monate nach der Operation zu erwarten.
- Vermeiden Sie eine unverhältnismäßige Gewichtszunahme und nutzen Sie die Chance mit Ihrem neuen Kniegelenk durch Bewegung und Sport das eventuell vorhandene Übergewicht zu reduzieren.
- Neu aufgetretene Beschwerden sollten beachtet werden. Informieren Sie rechtzeitig Ihren behandelnden Arzt. Bei längerfristig unverändert bestehenden Beschwerden bringt ein Röntgenbild oft Klarheit über die Beschwerdeursache.
- Kontrolluntersuchungen sollten konsequent auch bei Beschwerdefreiheit durchgeführt werden. Wir empfehlen die Durchführung der ersten Röntgenkontrolle 12 Monate nach der Operation, im Anschluss alle drei Jahre und beim Auftreten von Beschwerden oder nach Unfällen.
- Das regelmäßige Tragen schwerer Lasten, ungeeignete Extrem- oder Drehbewegungen, inten-





sive „stop and go“-Übungen sowie Stoßbelastung können die Lebensdauer Ihres Kunstgelenkes negativ beeinflussen. Dies sollten Sie vermeiden. Lasten die schwerer sind als 20% Ihres Körpergewichtes sollten dauerhaft nicht getragen werden. Weiterhin sind ein übermäßiges und langes Stehen, das häufige Treppen- und Bergsteigen, das Übereinanderschlagen der Beine, extreme Beugung (z. B. das Hocken oder Knien) zu vermeiden. Falls Sie sich kurzzeitig z. B. bei Gartenarbeit knien müssen, legen Sie ein Kissen unter.

- Die Rückkehr in den Beruf ist bei sitzender Tätigkeit und bereits geringer Schwellneigung 5–6 Wochen nach der Operation möglich. Tätigkeiten die vorwiegend mit Stehen oder Gehen verbunden sind, können in der

Regel nach 10–12 Wochen wieder aufgenommen werden.

Denken Sie daran, dass die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung besteht und besprechen Sie dies mit Ihrem Hausarzt oder niedergelassenen Orthopäden.

- Während des stationären Aufenthaltes erhalten Sie einen Prothesen- oder Implantatausweis, der Sie als Implantatträger ausweist. Diesen sollten Sie stets mit sich führen, um Probleme bei Personenkontrollen zum Beispiel am Flughafen zu vermeiden, aber auch damit wichtige Information bei unvorhergesehenen Ereignissen (z. B. Stürzen) unmittelbar zur Verfügung stehen. Der Implantatausweis beinhaltet Angaben zur Identifikation und Dokumentation der bei Ihnen eingesetzten





Endoprothesenkomponenten, zu den geplanten Nachuntersuchungsterminen und dem Operateur.

- Voraussetzung für das Führen eines Fahrzeugs sind ein sicheres Gangbild ohne Gehhilfen, bei ausreichender Kraft und Sicherheit des operierten Gelenkes. Fahrzeuge mit Schaltgetriebe können frühestens nach 6–10 Wochen betrieben werden. Fahrzeuge mit Automatikgetriebe können von Patienten mit Knie-TEP links nach 4–6 Wochen, von Patienten mit Knie-TEP rechts frühestens nach 8 Wochen geführt werden. Es handelt sich an dieser Stelle um evidenzbasierte Empfehlungen ohne Rechtsgrundlage. Individuell abweichendes Vorgehen sollten Sie mit Ihrem Arzt besprechen.
- Vermeiden Sie mögliche Stolperfallen und Akrobatik im Haushalt (z. B. Arbeiten auf Leitern), die zu Stürzen führen können.

Welche Sportarten sind erlaubt?

Sport ist aus zahlreichen Gründen sehr empfehlenswert. Herz-Kreislauf und Muskulatur werden gestärkt. Nachgewiesen ist ein positiver Effekt auf den Stoffwechsel. Freude und Lebensqualität steigen. Einzelne Sportarten und gezielte Gymnastik dienen der Stärkung der Muskulatur und dadurch der Gelenkstabilität und verbessern die Beweglichkeit. Konsequente Bewegung verbessert die Tragfähigkeit des Knochens und damit die Verankerung des Kunstgelenkes. Ein maßvoller und wohl dosierter Beginn mit regelmäßigen Pausen erhöht den Trainingseffekt und hilft eine Überbelastung zu vermeiden. Achten Sie daher auf die Warnsignale Ihres Körpers. Empfehlenswert sind Sportarten, die Sie vor der Operation schon ausgeübt haben. Bewusst wurde zwischen geeigneten und weniger geeigneten Sportarten unterschieden, da wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Thematik kaum existieren.





Es sollte unbedingt beachtet werden, dass sowohl geeignete als auch weniger geeignete Sportarten bei unkritischer Anwendung Gefahren mit sich bringen können. Auf der anderen Seite ist das Betreiben weniger geeigneter Sportarten bei individueller Anpassung von Technik und Belastung durchaus möglich.

Im Folgenden sind eine Reihe von Sportarten aufgelistet, die korrekt und in Maßen ausgeführt, als sinnvoll für Träger von künstlichen Kniegelenken erachtet werden:

- Radfahren – zu bevorzugen sind flache Strecken, die ohne großen Widerstand in den Pedalen zu bewältigen sind oder sog. E-Bikes. Das Erhöhen des Sitzes erleichtert das Treten der Pedale bei noch eingeschränkter Beweglichkeit.
- Schwimmen – zu bevorzugen sind Kraul- oder Rückenschwimmen.
- Wandern/Bergsteigen – zu bevorzugen sind Wanderungen in der Ebene oder auf der Höhe. Der Einsatz eines Teleskopwanderstocks ist sinnvoll. Bergauflaufen belastet die Gelenke weniger. Der Rückweg ins Tal sollte, wenn möglich mit dem Lift erfolgen. Klettern oder Wandern in unsicherem Gelände sind zu vermeiden. Tragen Sie festes Schuhwerk.
- Nordic Walking – zu bevorzugen sind ein weicher Untergrund (z. B. Waldboden) und gut gepolsterte Sportschuhe.
- Skiwandern und Langlauf – sind nur für Geübte auf nicht vereistem Gelände empfehlenswert.
- Tanzen (Standard- bzw. Lateintänze) – Tänze ohne Sturzgefahr oder extreme Drehbewegungen sind sinnvoll und möglich. Auf Rock'n'Roll-Tanz sollte zum Beispiel verzichtet werden. Schnelle Wechselschritte und Oberkörperdrehungen sollten möglichst vermieden werden, während kleinschrittige Drehungen zu bevorzugen sind.
- Golf – eine Anpassung der Körperdrehung durch kontrollierte und gebremste Drehbewegungen hilft auf das Kniegelenk einwirkende Torsionskräfte zu reduzieren.
- Gymnastik





- Kegeln/Bowling – große Ausfallschritte mit tiefer Hüft- und Kniebeugung sowie das abrupte Abstoppen sollten vermieden werden.

Sportarten mit großen Stoßbelastungen, mit extremen Bewegungsausschlägen, abrupten Richtungswechseln oder erhöhter Verletzungsgefahr gelten generell als weniger geeignet.

- Alpiner Skilauf – auch erfahrene Skifahrer können auf vereisten Pisten oder durch Fremdverschulden stürzen. Eine angepasste Geschwindigkeit oder der generelle Verzicht sind zu bedenken.
- Ballspiele/Mannschaftssportarten – ungeeignete Extrem- oder Drehbewegungen, intensive „stop and go“-Übungen sowie Stoßbelastungen sollten vermieden werden. Hinzu kommt die Verletzungsgefahr durch Fremdeinwirkung. Es

sollte in jedem Fall eine Anpassung von Technik, Regelwerk und Rahmenbedingungen (z. B. Platzverhältnisse) bedacht werden.

- Tennis/Squash – geübte Tennisspieler sollten ihre Technik und Motivation entsprechend anpassen sowie die Platzverhältnisse beachten. Für Anfänger gelten diese Sportarten als weniger geeignet.
- Kampfsportarten – direkter Körperkontakt und Extrembewegungen führen zu einer erhöhten Verletzungsgefahr und vermehrten Belastung des Kniegelenkes, weshalb von Kampfsportarten abgeraten wird.
- Reiten – Anfänger sollten aufgrund der Sturzgefahr auf den Reitsport verzichten, erfahrene Reiter ihren Reitstil entsprechend anpassen.

Ihr Alter, Ihre sportliche Erfahrung und Ihr allgemeiner Gesundheitszustand beeinflussen die Gesamtsituation.



Bei Fragen oder Unklarheiten
wenden Sie sich gerne an uns.
Unsere Kontaktdaten finden Sie
auf der Rückseite.

Endoprothesenregister Deutschland – wir nehmen Teil.

Das Endoprothesenregister Deutschland besteht seit 2012 und schafft eine verlässliche Datengrundlage mit der Registrierung künstlich eingesetzter Hüft- und Kniegelenke. Dies hat den Vorteil, dass bei den jährlich rund 400.000 eingesetzten Hüft- und Kniegelenken, langfristig die Qualität der Produkte beurteilt und das Ergebnis der medizinischen Behandlung gesichert werden kann. Zudem sollen Wechseloperationen verringert werden. Im Mittelpunkt steht dabei insbesondere, mehr über die Standzeit künstlicher Gelenke zu erfahren.

Wenn Sie unseren Ärzten Ihre Zustimmung erteilen, dass die Daten Ihrer implantierten Hüft- oder Knieprothese an das Endoprothesenregister Deutschland übermittelt werden dürfen, helfen Sie dabei Ursachen für eventuelle Misserfolge bei einem Endoprothesen-Eingriff leichter als bisher aufzuschlüsseln. So lässt sich im Falle eines Falles klären, ob die verwendeten Implantate, das operative Vorgehen oder patientenspezifische Merkmale für eine erneute Operation verantwortlich sind. Datenschutz ist vom Endoprothesenregister Deutschland gewährleistet. Es werden ausschließlich verschlüsselte Daten verwendet.

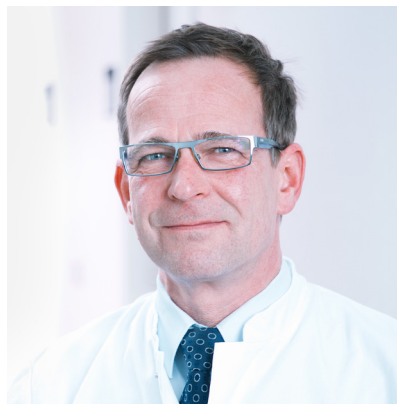
Herzlichen Dank dafür, dass Sie mithelfen.

Weitere Informationen finden Sie unter: www.eprd.de





Unser Team der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin



Prof. Dr. med. Jens Kordelle
Chefarzt



Priv.-Doz. Dr. med. Helmut Laurer
Stlv. Chefarzt
Sektionsleiter Unfallchirurgie



Priv.-Doz. Dr. med. Iris Schleicher
Sektionsleiterin Fußchirurgie



Dr. med. Thomas Kuhn
Sektionsleiter Wirbelsäulenchirurgie



Jürgen Seibert
Sektionsleiter Handchirurgie



Klaus-Ulrich Hahn
Oberarzt



AGAPLESION
EVANGELISCHES KRANKENHAUS
MITTELHESSEN

Ihr Krankenhaus mit Herz.

AGAPLESION EVANGELISCHES KRANKENHAUS MITTELHESSEN gGmbH
Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin
Chefarzt Prof. Dr. med. Jens Kordelle
Paul-Zipp-Straße 171, 35398 Gießen

T (0641) 96 06-731
F (0641) 96 06-732

jens.kordelle@ekm-gi.de
www.ekm-gi.de

