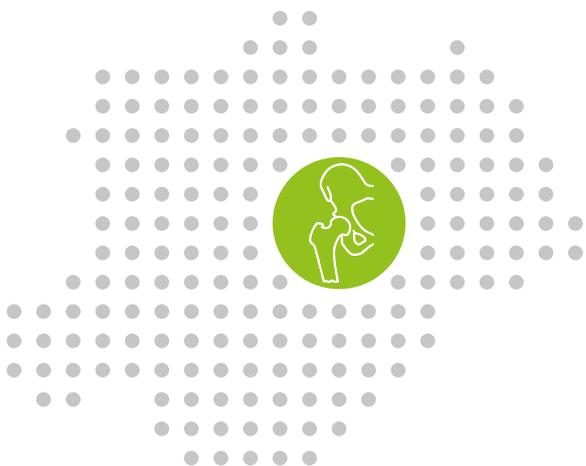




Im Mittelpunkt der Mensch



Schritt für Schritt

Leben mit einem neuen Gelenk

Patienteninformation
Endoprothetikzentrum Kulmbach

Inhalt

Was ist Arthrose?	4
Hüftgelenk	6
Kniegelenk	10
Lebensdauer der Endoprothese	14
Wechseloperationen	15
Vor der Operation	16
Stationärer Aufenthalt	20
Nach der Entlassung	24
Informationen Anschlussheilbehandlung	31

Impressum:

Redaktion: Anja Lorenz
Fachärztin für Orthopädie, Unfallchirurgie und
Spezielle Unfallchirurgie

Renderings: Atdhe Kryeziu

Layout: Helena Götz
Marketing und Öffentlichkeitsarbeit

Bildnachweis: Klinikum Kulmbach, Adobe Stock

Stand: 08/2020

Schritt für Schritt

Leben mit einem neuen Gelenk

Liebe Patientin, lieber Patient,

die weltweit häufigste Gelenkerkrankung beim Erwachsenen ist die Arthrose. In Deutschland wird ein Viertel aller Frauen in ihrem Leben an Arthrose eines oder mehrerer Gelenke erkranken, bei Männern sind es 20%.

Arthrose ist eine Verschleißerkrankung und schreitet mit zunehmendem Alter und Krankheitsdauer fort. Eine Heilung ist nicht möglich. Häufig kann lange Jahre die Lebensqualität mit konservativen Behandlungsmethoden, wie Schmerzmittelgabe und Physiotherapie erhalten werden. Ist der Punkt erreicht, an dem dies nicht mehr ausreicht, steht mit der Gelenkersatzoperation - also dem Ersetzen des zerstörten Gelenkes durch eine neues, künstliches Gelenk - eine wirksame und erfolgreiche Behandlungsmethode zur Verfügung.

In Deutschland wurden 2018 250.000 künstliche Hüftgelenke und 200.000 künstliche Kniegelenke eingesetzt.

Diese Broschüre fasst für Sie alle wichtigen Informationen um Ihr neues Gelenk zusammen. Sie dient als Vorabinformation und Nachschlagewerk für Ihr Leben mit dem neuen Gelenk.

Gerne laden wir Sie auch zu unserer regelmäßig stattfindenden Patientenschule ein. Termine finden Sie auf der Homepage des Klinikums unter Veranstaltungen oder telefonisch unter 09221/98-1751.



**ENDOPROTHETIK-
ZENTRUM
KULMBACH**

Im Klinikum Kulmbach.
Im Herzen Oberfrankens.

Was ist Arthrose?



Gesundes Hüftgelenk



Gesundes Kniegelenk



Arthrotisch verändertes Hüftgelenk



Arthrotisch verändertes Kniegelenk

Was ist Arthrose?

Die Arthrose ist eine Erkrankung des Gelenkknorpels. Sie entsteht durch ein Missverhältnis aus Belastbarkeit des Knorpels und stattfindender Belastung.

Zunächst wird die Knorpelschicht immer dünner. Knorpel ist ein schlecht durchblutetes, somit schlecht ernährtes und nicht regenerierbares Gewebe. Er wächst also nicht nach. Wenn nach und nach die Knorpelschicht dünner und löchriger wird, leidet der darunter liegende Knochen, denn er muss nun Kräften standhalten, für die er nicht gebaut ist.

Daraus resultieren Schmerzen und Gelenkschwellungen. Nach und nach verformt sich der gelenknahe Knochen immer mehr und es kommt zu Gelenkdeformierungen.

Das Hüftgelenk

Aufbau & Funktion

Das Hüftgelenk ist die bewegliche Verbindung des Oberschenkels mit dem Becken.

Es handelt sich um ein Kugelgelenk, das in nahezu alle Richtungen beweglich ist. Die Kugelform sowie kräftige, hüftgelenkumgebende Bänder sorgen für eine hohe Stabilität des Gelenks.

Das Gelenk ist von einer kräftigen Gelenkkapsel umgeben, die ebenfalls das Gelenk stabilisiert und die Gelenkflüssigkeit produziert. Diese ernährt einerseits den Gelenkknorpel, wirkt aber auch als eine Art „Gelenkschmiere“, die Bewegungen erst erlaubt.

Der umgebende Muskelmantel ermöglicht die umfangreichen Bewegungen des Hüftgelenkes, schützt das Gelenk aber auch vor übermäßiger Beweglichkeit.

Erkrankungen des Hüftgelenks

Es gibt zwei Hauptursachen, die den Ersatz des Hüftgelenks erfordern:

Knochenbrüche des Oberschenkelhalses oder auch nicht rekonstruierbare Verletzungen des Hüftkopfes oder der Gelenkpfanne

Arthrose des Hüftgelenks (Coxarthrose)

Für den Verschleiß des Hüftgelenkes gibt es viele Ursachen:

- Angeborene Fehlstellungen im Hüftgelenk (Dysplasie)
- Stoffwechselerkrankungen, die den Knorpel schädigen (z. B. Gicht)
- Durchblutungsstörungen des Knochens (Hüftkopfnekrose)
- Alte Verletzungen und Unfallfolgen
- Entzündungen und Infektionen



Oberschenkelhalsbruch

Das künstliche Hüftgelenk

Hüfttotalendoprothese (HTEP)

Die Hüftendoprothese besteht aus mindestens drei, meistens jedoch aus vier Einzelteilen. Alle Einzelteile sind in verschiedenen Größen verfügbar, so kann jeweils die individuell am besten passende Prothese gewählt werden.

Hüftschaft

Dieser kann mit Knochenzement im Oberschenkelknochen verankert werden. Dies erfolgt bei sehr schlechter Qualität des Knochens und ist heute nur noch in wenigen Fällen notwendig. Die um ein Vielfaches häufigere Variante ist die zementfreie Verankerung. Der Hüftschaft wird von seiner Größe so gewählt, dass er sich sicher im rohrförmigen Oberschenkelknochen verklemmen kann. Außerdem wurde die Oberfläche der Hüftschaften so gestaltet, dass der Knochen gut darin einwachsen kann.

Hüftpfanne

Auch hier gibt es zementierte und zementfreie Varianten und es gilt ebenso, dass nur selten die Verwendung zementierter Pfannen erforderlich ist. Diese bestehen aus Kunststoff und werden in den eingebrachten Knochenzement eingedrückt. Die zementfreie Pfanne besteht hingegen aus zwei Teilen. Das aus einer Metalllegierung gefertigte Pfannenteil wird pressfit in die vorbereitete knöcherne Gelenkpfanne eingeschlagen und verwächst aufgrund der Oberflächenstruktur mit dem Beckenknochen.

Inlay

Anschließend muss als weiteres Bauteil der zementfreien Pfanne ein ebenfalls aus Kunststoff gefertigtes Inlay eingesetzt werden, welches fest in der metallenen Pfannenschale verklemmt. Das Inlay ist nur bei zementfreien Hüftpfannen notwendig. Auch Keramikinlays sind verfügbar, werden im Klinikum Kulmbach jedoch nicht verwendet.

Hüftkopf

Der Hüftkopf wird am Ende auf den Hüftschaft aufgeschlagen und klemmt fest auf diesem. Über die Halslänge des Hüftkopfes lässt sich die Beinlänge beeinflussen. Hüftköpfe sind in den meisten Fällen aus hochwertiger Keramik gefertigt. Auch Metallköpfe gibt es, diese sind jedoch nur für wenige Situationen sinnvoll. Die Kombination aus Inlay und Hüftkopf wird auch als Gleitpaarung bezeichnet.

Zementfreie und zementierte Komponenten können auch miteinander kombiniert werden, sie werden als Hybrid-TEP bezeichnet.



Zementfreie Hüft-Endoprothese



Zementierte Hüft-Endoprothese

Werkstoffe

Als Werkstoffe werden für die Metallkomponenten Titan- oder Cobalt-Chrom-Molybdän-Legierungen verwendet. Die Kunststoffkomponenten bestehen in der Regel aus hochvernetztem Polyethylen und haben eine hohe Abriebfestigkeit.

Zusammen mit dem Keramikhüftkopf ist der Abrieb über die Jahre gering, was die Haltbarkeit der Prothese mit bestimmt. Bei Knochenzement handelt es sich um einen Zweikomponentenkunststoff (PMMA = Polymethylmethacrylat), der nach Mischung der beiden Bestandteile schnell aushärtet.

Das Kniegelenk

Aufbau & Funktion

Das Kniegelenk ist das größte Gelenk des menschlichen Körpers. Es ist die bewegliche Verbindung zwischen dem Oberschenkelknochen (Femur) und dem Schienbein (Tibia).

Es handelt sich um ein Scharnier-Dreh-Gleit-Gelenk und ermöglicht damit Streck- und Beugebewegungen und in geringem Ausmaß auch Drehbewegungen zwischen den beiden Gelenkpartnern. Außerdem kann der Oberschenkel gering auf dem Schienbeinkopf vor- und zurückgleiten.

Die Bewegungsmöglichkeiten des Kniegelenks sind also komplexer als die des Hüftgelenks. Ebenfalls im Gegensatz zum Hüftgelenk existiert am Kniegelenk kaum eine knöcherne Führung. Bei genauer Betrachtung erkennt man, dass der Oberschenkelknochen mit einer deutlichen Rundung auf dem flächig eher eben gebauten Schienbein aufliegt. Die Verbesserung der Formschlüssigkeit ist Aufgabe des Innen- und Außenmeniskus.

Für die Stabilität des Gelenks ist der es umgebende Weichteilmantel verantwortlich. Es gibt kräftige Seitenbänder, die die Stabilität gegen Verschiebung zur Seite hin gewährleisten. Die beiden Kreuzbänder verhindern, dass das Kniegelenk nach vorne oder hinten verschoben wird. Eine kräftige Oberschenkelmuskulatur ist ein weiterer wichtiger Stabilisator für das Gelenk.

Die vor dem eigentlichen Kniegelenk liegende Kniescheibe wirkt hier als Umlenkrolle für den Muskelzug, ist aber gleichzeitig auch ein Gelenkanteil und auf der Rückseite mit Knorpel überzogen. Natürlich wird auch das Kniegelenk von einer Gelenkkapsel umgeben, die zur Stabilität beiträgt, aber vor allem mit der Gelenkflüssigkeit den Gelenkknorpel ernährt und Bewegungen überhaupt erlaubt.

Das Kniegelenk liegt, anders als das tiefliegende Hüftgelenk, sehr nah unter der Körperoberfläche. Schwellungen sind daher leichter festzustellen als beim Hüftgelenk.

Aufgrund der Anatomie lassen sich am Knie drei Gelenkanteile, sogenannte Kompartimente unterscheiden: ein dem anderen Knie zugewandtes, mediales Kompartiment, ein nach außen zugewandtes, laterales Kompartiment sowie ein hinter der Kniescheibe gelegenes Kompartiment. Diese Unterscheidung ist für die Wahl des richtigen Implantates von Bedeutung.

Erkrankungen des Kniegelenks

Der mit Abstand häufigste Grund für den Kniegelenkersatz ist die Arthrose des Kniegelenks, die Gonarthrose. Nur sehr selten werden Knochenbrüche mit einer Endoprothese versorgt.

Mögliche **Ursachen** für eine Gonarthrose:

- Achsfehlstellungen: O-Beine, X-Beine
- Stoffwechselerkrankungen, die den Knorpel schädigen (z.B. Gicht)
- Durchblutungsstörungen des Knochens (M. Ahlbäck)
- Alte Verletzungen und Unfallfolgen (häufig Meniskus- oder Kreuzbandverletzungen, Brüche des Schienbeinkopfes)
- Entzündungen und Infektionen



X-Bein-Fehlstellung (Valgus)

normal

O-Bein-Fehlstellung (Varus)

Das künstliche Kniegelenk

Knietotalendoprothese (KTEP)

Es gibt viele verschiedene KTEP-Modelle. Entscheidend für die Implantatauswahl sind die Lokalisation des Knorpelschadens (mediales/laterales Kompartiment, Kniescheibenrückseite) sowie die Stabilität des Kniegelenks.

Eine Standardknieprothese besteht immer aus mindestens drei Bauteilen. Diese sind in verschiedenen Größen erhältlich, so dass individuell immer die passende Prothese zusammengestellt werden kann.

Femurschild

Dies ist die Bezeichnung für den Teil, der die Knorpeloberfläche der Oberschenkelrolle ersetzt. Es ist aus einer Titan- oder Cobalt-Chrom-Molybdän-Metalllegierung gefertigt. Die gelenkzugewandte Seite ist glatt und hochglänzend, die Form folgt der anatomischen Form der Gelenkfläche. Die knochenzugewandte Seite ist rauher und eher eckig gestaltet, so dass sie den zum Einbau notwendigen Sägeschnitten folgt. Das Femurschild wird in den meisten Fällen mit einer dünnen Schicht aus PMMA-Knochenzement fixiert.

Tibiaplateau

Dies ist die Bezeichnung für den Teil, der die Knorpeloberfläche des Schienbeinkopfes ersetzt. Es ist ebenfalls aus einer Metalllegierung gefertigt. Das Tibiaplateau wird immer mit Knochenzement fixiert. Auf seiner gelenkzugewandten Seite wird der dritte Prothesenteil eingeklickt.

Inlay

Dieses wird auf dem Tibiaplateau eingeklickt und wirkt zum einen als eine Art Stoßdämpfer. Zum anderen aber erfüllt es die gleiche anatomische Funktion wie der natürliche Meniskus und gleicht die runde Form des Femurschilds an die flache Form des Tibiaplateaus an. Das Inlay ist aus abriebfestem, hochvernetztem Polyethylen gefertigt.

Selten muss die Kniescheibenrückfläche mit ersetzt werden. Das Implantat ist eine aus Polyethylen gefertigte flach kegelförmige Scheibe, die ebenfalls mit Knochenzement befestigt wird.

Die oben beschriebene Knieendoprothese wird in den meisten Fällen für das mediale und laterale Kompartiment notwendig sein und wird dann als bikondyläre Knie-Totalendoprothese bezeichnet. In manchen Fällen ist jedoch nur ein Kompartiment - häufig das mediale - abgenutzt. Für diese Patienten stehen auch Implantate zur Verfügung, die nur ein Kompartiment ersetzen. Diese werden als unikondyläre Knieendoprothesen bezeichnet.

Für alle bisher beschriebenen Knieprothesen ist es die wesentliche Voraussetzung, dass der das Knie stabilisierende Band- und Muskelapparat intakt ist und seiner Aufgabe gerecht werden kann.

Für instabile Kniegelenke oder für den Fall eines notwendigen Wechsels stehen Prothesenmodelle zur Verfügung, die mit einem metallenen Stiel jeweils im Oberschenkel- und/oder Schienbeinknochen verankert werden können. Diese bezeichnet man als achsgeführte Prothesen.



**Bikondyläre Knie-Endoprothese
(„Doppelschlitten“)**



**Unikondyläre Knie-Endoprothese
(„Monoschlitten“)**

Lebensdauer der Endoprothese

Heute gehen wir von einer Standzeit von durchschnittlich 20 Jahren aus. Es gibt Patienten, deren Prothese deutlich länger problemlos ihre Funktion erfüllt, aber natürlich auch viele, die sich schon viel früher einer Wechseloperation unterziehen müssen. Angaben zur Standzeit werden aktuell über das Endoprothesenregister Deutschland gesammelt. Hierzu liegt ein eigenes Informationsblatt bei.

Faktoren, die die Lebensdauer einer Endoprothese beeinflussen können:

- Übermäßige Belastung durch gelenkbelastende Tätigkeiten (siehe Hinweise zu sportlicher Tätigkeit)
- Übergewicht
- Begleiterkrankungen, wie rheumatische Erkrankungen oder Osteoporose
- Infektionen
- Knochenbrüche im Bereich der Endoprothese (periprothetische Frakturen)
- Gleitpaarung

Wechseloperationen

Die Endoprothetik wird seit den 1970er Jahren in Deutschland sehr erfolgreich durchgeführt. Bei einer durchschnittlichen Lebensdauer der TEP von 20 Jahren und steigender Lebenserwartung der Bevölkerung, ist daher davon auszugehen, dass vielfach ein Wechsel der Prothese durchzuführen sein wird.

Gründe für einen Wechsel können sein:

- Knochenbrüche im Bereich der Endoprothese (periprothetische Frakturen)
- Verschleiß der Kunststoffteile
- Auslockerung der Prothesenteile aus dem Knochenbett
- Infektionen

Die Behandlungsstrategie bei einer notwendigen Wechseloperation ist immer individuell und wird im persönlichen Arztgespräch besprochen. Sie kann hier nicht generell formuliert werden.

Es gibt jedoch viele verschiedene, speziell an verschiedenste Wechselsituationen angepasste Implantate, so dass hier immer eine für den Einzelfall passende Lösung gefunden werden kann. Manchmal sind die Wechseleingriffe sehr aufwendig, besonders dann, wenn schon viel Knochensubstanz verloren gegangen ist.

Es ist also wichtig, eine mögliche Lockerung frühzeitig zu erkennen.

Sie können mithelfen: Nehmen Sie die empfohlenen Nachsorgetermine wahr!



Vor der Operation

Terminplanung Operation

Bevor Sie sich für die Gelenkersatzoperation entschieden haben, sind sicherlich bereits mehrere Gespräche mit Ihrem Hausarzt und Orthopäden/Unfallchirurgen erfolgt. Letzterer stellt Sie zur Op-Planung mittels Überweisung in unserer Ermächtigungssprechstunde vor - wichtig: Überweisung muss vom Orthopäden/Unfallchirurgen ausgestellt sein! Bringen Sie bitte Ihre Röntgenbilder und eventuelle Berichte über Vorerkrankungen und -operationen sowie Ihren Medikamentenplan mit.

Die Fachärztin oder der Facharzt der Sprechstunde wird nochmals Ihre Krankengeschichte erfragen, Sie untersuchen und Röntgenbilder prüfen. Häufig ist eine tagesaktuelle Röntgenaufnahme notwendig, die in unserer Sprechstunde veranlasst wird. Dann wird die für Sie sinnvollste OP-Möglichkeit ausführlich besprochen und ein OP-Termin vereinbart. Gerne berücksichtigen wir Ihre Terminwünsche (Saisonarbeit, Familienfeiern, Reisepläne, etc.). Sie bekommen ein Paket an Informationsmaterial mit, diese Broschüre ist ein Teil davon.

Terminplanung Anschlussheilbehandlung

Nach der Operation empfehlen wir unbedingt die Durchführung einer Reha- maßnahme, genannt Anschlussheilbehandlung (AHB). Um einen zeitnahen Termin in Ihrer Wunschklinik zu erhalten, sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen! Kontaktieren Sie so frühzeitig wie möglich unseren Sozialdienst (siehe Seite 31), die Kolleginnen bemühen sich gerne um Ihren Wunschtermin. Rechnen Sie aber damit, dass Sie zwischen Klinikaufenthalt und Rehabeginn einige Tage zu Hause verbringen werden.

Patientenschulung

Zusammen mit unserem Informationspaket erhalten Sie die Einladung zu unserer monatlichen Patientenschulung. Dort stehen wir nochmals zusammen mit Kollegen der Anästhesie, der Physiotherapie und des Sozialdienstes für Fragen zur Verfügung.

Körperliche Aktivitäten

Auch wenn eine Operation ansteht, bedeutet dies nicht, dass sie körperliche Aktivitäten bis dahin einschränken müssen. Machen Sie - abhängig von Ihrem Schmerzniveau - weiterhin alles, was Sie bisher auch geleistet haben. Unternehmen Sie Spaziergänge, gehen Sie schwimmen, fahren Sie Fahrrad. Je besser der körperliche Trainingszustand vor der Operation, umso leichter fällt Ihnen hinterher die Rückkehr in den Alltag.

Medikamenteneinnahme

Einige Medikamente sollten um eine geplante Operation herum pausiert oder durch andere ersetzt werden. Dazu gehören vor allem Medikamente zur Blutverdünnung oder bei Diabetes. Setzen Sie diese bitte nicht selbständig einfach ab! Besprechen Sie sich mit Ihrem Hausarzt. Erste Informationen erhalten Sie auch während der Terminvereinbarungssprechstunde von uns.

Körperpflege

Vorbereitende, desinfizierende Bäder mit speziellen Pflegeprodukten sind in unseren Augen nicht notwendig. Duschen oder baden Sie wie immer, bevor Sie zur stationären Aufnahme kommen. Kürzen Sie wie üblich Finger- und Zehennägel, verzichten Sie auf Nagellack. Bitte keine eigenmächtige Rasur des OP-Gebietes!



Packliste für den Klinikaufenthalt

Das sollten Sie unbedingt mitbringen:

- [] Aktuelle Medikamentenliste, am besten mit QR-Code vom Hausarzt
- [] Allergiepass
- [] Informationspaket aus der Sprechstunde - wichtig: OP-Einwilligung
- [] Gehstützen, sofern vorhanden
- [] Bequeme, weite Kleidung
- [] Bequeme, weite Nachtwäsche
- [] Toilettenartikel (Zahnbürste, Seife, etc.) und Handtücher
- [] Bademantel
- [] Jogginganzug und Shorts
- [] Flache, rutschfeste, geschlossene Schuhe oder Turnschuhe (wir helfen gerne beim Anziehen) - keine Flip-Flops!
- [] Unterhaltung: Bücher, Zeitschriften, elektronische Geräte (WLAN verfügbar)



Stationärer Aufenthalt

Aufnahme

In der Regel erfolgt die stationäre Aufnahme am Tag vor der geplanten Operation. Bitte bringen Sie zum vereinbarten Termin folgende Unterlagen mit:

- Versicherungskarte und Kontaktinformation der Angehörigen
- Medikamentenplan
- Allergiepass
- OP-Einwilligung aus der Sprechstunde (in der Informationsmappe hinterlegt)
- Befunde über Vorerkrankungen und -operationen, wenn dies in der Sprechstunde besprochen wurde

Im Rahmen der Aufnahme erfolgt ein Aufnahmegespräch mit einem Unfallchirurgen, hier können Sie nochmals Fragen stellen. Es erfolgt die Blutentnahme, ggf. weitere Untersuchungen wie EKG oder Röntgenaufnahmen der Lunge. Das Gespräch mit dem Anästhesisten wird hier ebenfalls erfolgen.

Auf der Station zeigt Ihnen unser Pflegepersonal Ihr Zimmer. Hier können Sie am Nachmittag auch erfragen, an welcher Position im OP-Plan Sie für den OP-Tag vorgesehen sind. Häufig stellt sich am Nachmittag noch Ihr Physiotherapeut vor und kümmert sich um die korrekte Einstellung der Gehstützen. Ebenso wird sich am Nachmittag oder spätestens am OP-Morgen der vorgesehene Operateur bei Ihnen vorstellen, noch offene Fragen beantworten und sicherheitshalber das zu operierende Bein markieren.

OP-Tag

Nach Abruf wird Sie unser Patiententransportdienst in den OP bringen. An der Schleuse wird erneut Ihre Identität geprüft, bevor Sie vom Schleusenpersonal so bequem wie möglich auf den OP-Tisch umgelagert werden. In der OP-Einleitung erwartet Sie das Personal der Anästhesie und wird nochmals nach dem Namen fragen. Der Anästhesist wird mit Ihnen die vereinbarte Narkose beginnen.

Unser OP-Konzept in der Endoprothetik folgt modernen Fast Track Prinzipien. Diese werden auf Seite 23 näher erläutert.

Nach Ende der Operation und der Narkose werden Sie im Aufwachraum überwacht. Sofern Kreislaufsituation und Schmerzen es zulassen, kann hier oft bereits mit dem Physiotherapeuten zusammen - niemals allein - ein erster Mobilisationsversuch an die Bettkante erfolgen. Gern erhalten Sie hier auch bereits ein leckeres Eis zur Flüssigkeits- und Energiezufuhr. Geht es Ihnen gut, werden Sie meist nach 2-4 Stunden wieder auf Ihr Zimmer gebracht. Auch hier sehen unsere Pflegekräfte häufig nach Ihnen. Benötigen Sie etwas, haben Sie Schmerzen, bitte teilen Sie es mit! Auch der Physiotherapeut sieht nochmals nach Ihnen. Geht es Ihnen gut, wird erneut ein Mobilisationsversuch - nicht allein - unternommen.

Die folgenden Tage

Es werden regelmäßige Wundkontrollen und bedarfsgerechte Laborkontrollen durchgeführt. Sehr wichtig ist die frühzeitige Mobilisation vor das Bett und sehr rasch auch auf den Gang sowie auf die Treppe.

Bei unauffälligen Verläufen rechnen Sie mit einer Entlassung ab dem dritten Tag nach der Operation.

Entlassung

Vor Entlassung erfolgt ein abschließendes Röntgenbild und Sie erhalten Entlassbriefe und Röntgenbilder (auf CD) für den Hausarzt, für den Orthopäden/Unfallchirurgen und die Rehaklinik. Sie erhalten außerdem einen Endoprothesenpass. In diesem ist vermerkt, welches Prothesenmodell verwendet wurde. Verwahren Sie diesen gut. Er kann bei eventuell notwendigen Wechseloperationen wichtige Informationen liefern.



Fast Track in der Endoprothetik

Der Begriff „Fast Track“ bedeutet übersetzt zwar „Schnellspur“, keineswegs ist damit gemeint, unsere Patienten so schnell wie möglich wieder „loszuwerden“. Vielmehr ist dieser Begriff seit langem in der Medizin etabliert und steht für ein individuell angepasstes Behandlungskonzept unter Anwendung modernster Erkenntnisse und jahrzehntelang gesammelter Erfahrungen.

Während der Operation kommen neue Methoden der Blutungsvermeidung und Schmerztherapie zum Einsatz. Zusammen mit den heute möglichen weichteilschonenden Operationsverfahren und schonenden, meist Teilnarkoseverfahren, ermöglicht dies eine frühe und schnelle Mobilisation der Patienten, aber immer unter Berücksichtigung der individuellen Fähigkeiten und der jeweiligen Schmerzsituation. Wir verzichten auf Verbote und Gebote, so empfehlen wir zum Beispiel die Verwendung von Gehstützen nur solange, bis ein Gehen auch ohne ihre Verwendung sicher möglich ist. Auch Treppen steigen ist von Beginn an erlaubt.

Nach der Entlassung

Gehen Sie davon aus, dass Sie zwischen Klinikaufenthalt und Beginn der AHB einige Tage zu Hause verbringen. Lassen Sie sich bereits in der Klinik Anleitung zum selbständigen Üben geben. Auch dieser Broschüre sind Übungen für zu Hause beigelegt.

Bei Aufnahme in der Rehaklinik empfiehlt sich ein Hinweis darauf, dass Sie nach Fast Track Prinzipien versorgt sind und vieles schon dürfen und können. Viele Rehakliniken sind in der Nachbehandlung von Patienten mit einer TEP noch konventionellen Prinzipien unterworfen, freuen sich aber immer, neue Wege mit Ihnen zu gehen.



Leben mit einem neuen Gelenk

Kontrolle beim Facharzt

Stellen Sie sich spätestens nach der AHB bei Ihrem Orthopäden/Unfallchirurgen vor. Röntgenkontrollen empfehlen wir in folgenden Abständen:

- 6 Monate nach der OP
- 18 Monate nach der OP
- Dann alle zwei Jahre oder bei Problemen

Nehmen Sie diese Kontrolltermine wahr!

Entzündungen

Das neue Gelenk bleibt für den Körper immer ein Fremdkörper, auch wenn es noch so gut eingewachsen ist. An einer fremden Oberfläche ist die körpereigene Abwehr im Nachteil. Daher können Entzündungen, insbesondere eitrige, aus anderen Körperregionen streuen und die TEP angreifen. Entzündungen im Zahn- und Rachenbereich, Harnwegsinfekte, Abszesse oder eingewachsene Zehennägel sind häufige Ursachen. Suchen Sie daher frühzeitig Ihren Arzt auf, um ein Streuen der Infektion zu verhindern.

Auch manche ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen sind mit einem erhöhten Infektrisiko bei TEP verbunden. Eine vorbeugende Gabe von Antibiotika kann manchmal erforderlich sein. Weisen Sie auf Ihre Endoprothese hin!

Verwenden von Gehhilfen

Nutzen Sie Ihre Gehstützen oder sonstige Gehhilfen solange Sie sich damit sicherer fühlen! Von unserer Seite besteht kein Zwang, diese zu verwenden!

Besondere Aktivitäten

Konventionelle Therapiekonzepte nach TEP umfassen viele Verbote und Gebote. Diese treffen bei Fast Track nicht mehr zu:

Sie dürfen

- Treppensteigen,
- Auf normalen Stühlen und Toiletten sitzen,
- Socken und Schuhe anziehen,
- Auf der Seite liegen,
- Die Beine überkreuzen

Seien Sie achtsam auf sich selbst, denn Sie merken als Erster, was Ihnen zu viel ist.

Auto fahren

Sie dürfen Auto fahren, sobald Sie sicher einsteigen können und ohne Gehhilfen sicher sind.

Arbeitsfähigkeit

Hier ist die ausgeübte Tätigkeit entscheidend. Körperlich wenig anstrengende Tätigkeiten, beispielsweise im Büro, können frühzeitig wieder aufgenommen werden.

Körperlich anstrengende Tätigkeiten, wie zum Beispiel im Handwerk, bedingen meist eine längere Arbeitsunfähigkeit. 6 Monate sind hier nicht selten.

Auch Maßnahmen zur Wiedereingliederungen sind häufig sinnvoll. Sprechen Sie mit Ihrem betreuenden Arzt!

Reisen

Nehmen Sie Ihren Endoprothesenpass auf Reisen mit. Erfahrungsgemäß gibt es aber kaum Probleme an Flughäfen.



Sport

Leichte sportliche Betätigung kann bereits nach 3-6 Monaten wieder aufgenommen werden. Hierzu zählen:

- Wandern
- Walking
- Radeln
- Schwimmen
- Gymnastik
- Skilanglauf

Bedingt auch

- Golf
- Tanzen
- Kegeln

Kontakt- und Risikosportarten sind nur bedingt zu empfehlen, der Erfahrene kann diese jedoch meist nach 6 Monaten wieder aufnehmen. Hierzu zählen:

- Alle Ballsportarten
- Kampfsport
- Alpiner Skilauf

Bedingt empfohlene Sportarten können bei falscher Technik zu einem vermehrten Verschleiß führen.

Information zur Anschlussbehandlung

Wochentags erreichen Sie die Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes unter folgenden Rufnummern:

Büro:		0 92 21 - 98 - 50 80
Mobil:	Frau Gehring	0 92 21 - 98 - 70 80
	Frau Glomb	0 92 21 - 98 - 70 89
	Frau Mertel	0 92 21 - 98 - 70 81

Melden Sie sich baldmöglichst, sobald Ihr OP-Termin feststeht.

Sollte sich der OP-Termin verschieben oder ganz abgesagt werden, denken Sie bitte daran, auch den Sozialdienst darüber zu informieren!

Folgende Informationen sollten Sie für das Telefonat bereithalten:

- Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Halten Sie Ihre Versicherungsnummer bereit.
- Beziehen Sie bereits Altersrente? Beziehen Sie keine Altersrente, klärt der Sozialdienst die zuständige Rentenversicherung ab.
- Sind Sie privat versichert? Sind Sie selbst Mitglied oder über den Ehepartner mitversichert?
- Besteht ein Anspruch auf Beihilfe? Wenn ja, welche Beihilfe ist zuständig? Bitte Geschäftszeichen bereithalten.
- Besteht eine Krankenhaustagegeldversicherung? Wenn ja, bei welcher Versicherung? Bitte Versicherungsnummer bereithalten.

