



Sie bekommen ein neues Kniegelenk

Wir begleiten Sie
Schritt für Schritt

Baumann-Klinik Orthopädie
EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung

Chefarzt: Prof. Dr. med. Dominik Parsch



Liebe Patientin, lieber Patient,

die Erkrankung Ihres Kniegelenks verursacht Schmerzen, schränkt Ihre Mobilität ein und führt zu einer erheblichen Verminderung Ihrer Lebensqualität. Wenn die Möglichkeiten der nicht operativen Behandlung ausgeschöpft sind, kann ein erkranktes Gelenk durch ein ausgezeichnet funktionierendes Kunstgelenk, eine sogenannte Endoprothese, ersetzt werden. Die Implantation eines künstlichen Kniegelenks zählt mit etwa 200.000 Operationen jährlich in Deutschland zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen mit der höchsten Erfolgsrate.

Scheinbar sind die Knieendoprothesen zu Routineeingriffen geworden. Sollte man dafür eine Spezialklinik aufsuchen? Die Antwort lautet eindeutig „Ja“, denn entscheidend für den Erfolg einer Endoprothese ist neben der operativen Erfahrung, der Verwendung bewährter Implantate und einer standardisierten OP-Technik ein umfassendes und strukturiertes Gesamtkonzept aus Vorbereitung und individuell abgestimmter Nachbehandlung.

Die Baumann-Klinik Orthopädie am Karl-Olga-Krankenhaus ist eine Spezialklinik für orthopädische Chirurgie mit Schwerpunkt Endoprothetik. Sie zählt mit knapp 2.000 endoprothetischen Eingriffen pro Jahr zu den großen Referenzzentren für Endoprothetik in Süddeutschland. Für eine orthopädische Spezialklinik ist eine hochmoderne medizintechnische Ausstattung eine Selbstverständlichkeit. Wir verfügen über alle modernen und bewährten Verfahren im Bereich der Knieendoprothetik, sowohl in Bezug auf Implantate als auch in Bezug auf Implantationstechniken (z.B. minimal-invasiv). Als Referenzzentrum für muskelschonende, minimal-invasive Operationstechniken werden wir regelmäßig von in- und ausländischen Fachärzten besucht.



ZERTIFIKAT

Auf Grundlage der Zertifizierungsentscheidung vom 04.09.2022 beschließt die ClarCert GmbH, dass das

EndoProthetikZentrum Baumann-Klinik Orthopädie
am Karl-Olga-Krankenhaus Stuttgart
Hackstraße 61, 70190 Stuttgart

Senior-Hauptoperateur:
Prof. Dr. med. Dominik Parsch
Dr. med. Ralf Schöner
Wolfgang Spädel
Dr. med. Hassan Massawa

Hauptoperateur:
Dr. med. Rainer Lorch
Gadi Shevijo
Martin Reiser
Dr. med. Univ. Benjamin Gombert

die Vorgaben der

Initiative EndoCert® zur Zertifizierung eines
EndoProthetikZentrums der Maximalversorgung
als qualitätssichernde Maßnahme im
Bereich der endoprothetischen Versorgung
erfüllt.

Gültigkeitsdauer: 19.12.2025
Registrierungsnummer: EPZ-046
Datum der Ausstellung: 23.10.2023
Erneuerung im Juni 2025
Neu-Um, den 23.10.2023


Prof. Dr. med. Bernd Kasper
Chairman of the
ClarCert Commission


Prof. Dr. med. Dominik Parsch
Chairman of the
ClarCert Commission

ClarCert GmbH | Gartenstraße 24 | D-85231 Neu-Ulm



Prof. Dr. med. Dominik Parsch

Eine liebevoll zugewandte Pflege auf höchstem professionellem Niveau sowie eine ambitionierte, in der Behandlung von Kunstgelenken erfahrene Physiotherapieabteilung gewährleisten eine optimale Versorgung und erfolgreiche Frühmobilisation mit der operierten Extremität. Unser Sozialdienst wird mit Ihnen gemeinsam ein individuell abgestimmtes Rehabilitationskonzept realisieren.

Die Entscheidung für ein künstliches Kniegelenk und die Wahl der operierenden Klinik sind das Resultat sorgfältiger Überlegungen. Wir bedanken uns bei Ihnen für das Vertrauen, das Sie mit Ihrer Entscheidung für die Baumann-Klinik Orthopädie in uns setzen. Der bevorstehende operative Eingriff wirft für Sie viele Fragen auf. Einen Teil davon können wir durch diese Informationsbroschüre beantworten. Darüber hinaus wird unser Behandlungsteam Sie gerne ausführlich beraten und Ihre Fragen persönlich beantworten. Wir möchten bei aller Routine keine Operationen am Fließband anbieten, sondern möchten mit Ihnen gemeinsam auf allen Ebenen eine für Sie individuelle Lösung erfolgreich umsetzen.

Ich darf Sie in der Baumann-Klinik Orthopädie in Stuttgart herzlich willkommen heißen und wünsche Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und ein erfolgreiches Behandlungsergebnis.

Prof. Dr. med. Dominik Parsch
Arzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Leitender Arzt der Klinik



INHALT

- 6 **BEHANDLUNGSSCHWERPUNKTE**
Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks
- 8 **DAS KNIEGELENK – UNSER GRÖSSTES GELENK**
Wie funktioniert das Kniegelenk?
Wie kommt es zur Erkrankung?
- 10 **WAS IST EINE KNIE-TOTALENDOPROTHESE (KTEP)?**
Wann ist ein künstlicher Kniegelenkersatz erforderlich?
Die richtige Endoprothese für Sie
Woraus bestehen künstliche Kniegelenke?
- 14 **SIE HABEN SICH FÜR DIE OPERATION ENTSCHIEDEN**
Wie können Sie sich vorbereiten?
Wie können Sie Ihr Zuhause vorbereiten?
Was nehmen Sie mit in die Klinik?
- 15 **WELCHE OPERATIONSMETHODEN GIBT ES?**
Was bedeuten minimal-invasive Operationstechniken?
Welche Vorteile haben minimal-invasive Zugänge?
Welche Patienten sind für minimal-invasive Operationsverfahren geeignet?
Welche Patienten sind nicht geeignet?
Welche Endoprothesen können implantiert werden?
- 16 **DIE OPERATION**
- 18 **NACH DER OPERATION**
Sie wachen auf
Schritt für Schritt bekommen Sie ein gutes Gefühl
Wieder zu Hause
- 20 **PRAKTISCHE RATSCHLÄGE FÜR ZUHAUSE**
- 27 **WAS SIE NOCH BEACHTEN SOLLTEN**

BEHANDLUNGSSCHWERPUNKTE



Das Behandlungsspektrum der Baumann-Klinik umfasst ein breites orthopädisches Spektrum. Es beinhaltet konservative – nichtoperative – und operative Therapien: sowohl ambulant als auch stationär.

Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks

Der Schwerpunkt der Baumann-Klinik liegt im Bereich der Endoprothetik, des künstlichen Gelenkersatzes. Es werden jährlich knapp 2.000 Hüft- und Kniegelenkendoprothesen implantiert.

Bei geeigneten Patienten werden minimal-invasive Verfahren angewendet, bei denen der Hautschnitt und die Muskelschädigung so klein wie möglich gehalten werden. Im Gegensatz zu herkömmlichen Operationsmethoden wird das Gewebe lediglich stumpf gedehnt oder gespreizt. Auf Durchtrennung oder Ablösen des Muskelgewebes kann verzichtet werden. Die Schonung der umliegenden Muskeln und Sehnen während der Operation ermöglicht den Patienten eine schnellere Rehabilitation bei geringerem Blutverlust und kosmetisch kleineren Narben.

Ein wachsender Prozentsatz entfällt auf Wechseloperationen von Hüft- und Kniegelenken aller Schwierigkeitsgrade, d. h. den Austausch bereits implantierter Endoprothesen. Meist ist es weniger die Haltbarkeit der Prothese selbst, sondern mehr die nicht dauerhafte Verankerung im Knochen, wodurch die Langzeithaltbarkeit einer Prothese eingeschränkt ist. Als Referenzzentrum für Endoprothetik sehen wir Wechseloperationen als einen Schwerpunkt unseres Hauses an: Bitte bringen Sie zum ambulanten Vorstellungstermin alte Unterla-

gen, OP-Berichte und Röntgenbilder mit, damit wir diese aufwändigen Operationen sorgfältig planen und vorbereiten können. Die Klinik hält eine große Zahl spezieller Endoprothesen und Instrumente vor, um auch in schwierigen Fällen ein neues Kunstgelenk sicher verankern zu können.



DAS KNIEGELENK – UNSER GRÖSSTES GELENK

Wie funktioniert das Kniegelenk?

Wenn wir gehen, uns strecken oder beugen, ist unser größtes Gelenk aktiv – das Kniegelenk. Es stellt die bewegliche Verbindung zwischen dem Oberschenkelknochen und dem Schienbein dar und ermöglicht in erster Linie die Streckung und Beugung. Darüber hinaus lässt es auch geringe Drehungen des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel zu; dies allerdings nur, wenn das Knie gebeugt ist.

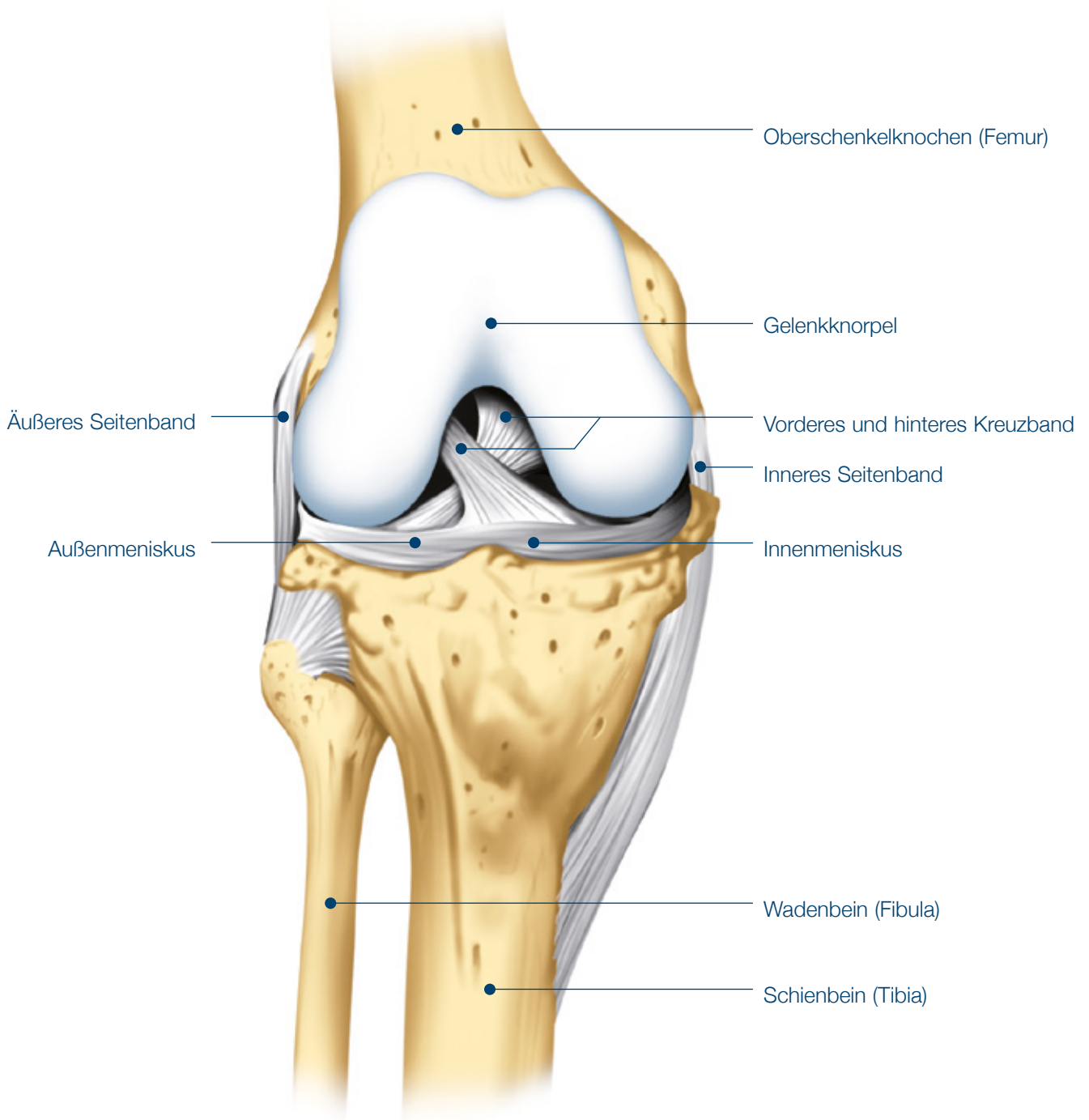
Das Kniegelenk besteht aus der Oberschenkelrolle und dem Schienbeinkopf, die beide mit einer starken Knorpelschicht überzogen sind. Im dazwischen liegenden Gelenkspalt befinden sich die Menisken (Zwischengelenkscheiben). Sie fangen die gewaltigen Kräfte, die im Laufe unseres Lebens auf das Gelenk einwirken, federnd ab. Das Gelenk selbst wird durch eine Kapsel nach außen abgedichtet. Sie produziert eine Flüssigkeit, die den Knorpel ernährt und die Kniescheibe geschmeidig gleiten lässt. Kreuzbänder zwischen den Knochen geben dem Gelenk die notwendige Stabilität; durch Muskeln und Sehnen wird es bewegt.

Wie kommt es zur Erkrankung?

Der häufigste Grund für eine Kniegelenkerkrankung ist der krankhafte Verschleiß des Gelenkknorpels – die Arthrose – beim Knie Gonarthrose genannt. Meist führt eine Fehlstellung dazu, zum Beispiel X- oder O-Beine. Andere Ursachen sind Rheumatismus, Stoffwechselerkrankungen, angeborene oder anlagebedingte Fehlbildungen und Verletzungen.

Durch den Verschleiß kommt es zu direktem Kontakt von Knochen auf Knochen mit Verformungen des Gelenkes. Die Folgen kennen Sie: Schmerzen bei Belastungen. Die schmerzfreien Gehstrecken werden immer kürzer, bis auch der Ruhezustand keine Linderung mehr bringt. Gleichzeitig wird das Kniegelenk immer unbeweglicher.

Die krankhaften Veränderungen des Arthrosegelenkes lassen sich in einem Röntgenbild darstellen. Dabei ist der Knorpelüberzug selbst nicht erkennbar. Die umgebenden Knochenstrukturen lassen aber auf den Zustand des Knorpels schließen: Während man bei einem gesunden Kniegelenk den Knorpel am glatten, gleichmäßig ausgeformten Gelenkspalt erkennt, ist der Gelenkspalt beim erkrankten Kniegelenk deutlich schmaler geworden oder völlig verschwunden.



WAS IST EINE KNIE-TOTALENDO-PROTHESE (KTEP)?

Eine Knie-Totalendoprothese ist der Ersatz des erkrankten Kniegelenkes durch ein künstliches Implantat. Der Ersatz geschädigter Gelenke ist einer der größten orthopädischen Fortschritte des 20. Jahrhunderts. Dank ständigen technologischen Fortschritts und des Einbringens neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse hat sich der Gelenkerersatz heute zu einem nahezu perfekten Verfahren weiterentwickelt.

In Deutschland werden jährlich etwa 200.000 Knie-Totalendoprothesen implantiert, sodass man von einem »Routineeingriff« sprechen kann.

Eine Knie-Endoprothese ist eine funktionelle Nachbildung des Kniegelenkes. Sie ersetzt die abgenutzten Knorpeloberflächen durch eine Femur-Komponente am Oberschenkelknochen, eine Tibia-Komponente am Schienbein und ggf. eine künstliche Kniescheibenrückfläche.

Die in direktem Kontakt miteinander stehenden Gelenkflächen (Gleitpaarung) sind eine Oberschenkel-Komponente aus Metall und eine Gleitfläche aus Polyethylen. Ebenfalls aus Polyethylen ist der Rückflächenersatz der Kniescheibe. Diese speziell für medizinische Zwecke hergestellten Materialien zeichnen sich durch eine maximale Gewebeverträglichkeit aus und ermöglichen eine möglichst schmerzfreie und dauerhafte Funktion.

Verschleiß des Kniegelenkes (Gonarthrose)

Sind einer oder mehrere Teile des Knies geschädigt, leidet die Beweglichkeit des Gelenkes darunter.

Im Laufe der Zeit bekommt der Knorpel Risse und nützt sich immer mehr ab.

Da Knorpel sich nicht selbst regenerieren kann, nimmt der Schaden zu. Anfangs bemerken Sie nur eine gewisse Steifigkeit im Knie. Wenn aber die Gelenkknochen aufeinander reiben, verformt und entzündet sich das Kniegelenk. Die Folge sind starke Schmerzen und Bewegungseinschränkungen.



Verschleiß des Kniegelenkes



Wann ist ein künstlicher Kniegelenk-ersatz erforderlich?

Je nach Art Ihres Kniegelenkleidens wurden Ihnen bisher Physiotherapie, Bäder, Packungen und schmerzstillende oder entzündungshemmende Medikamente verordnet. Eine Kniegelenkspiegelung (Arthroskopie) hat Ihnen vielleicht vorübergehend geholfen.

Wenn die Schmerzen und die Behinderung im Kniegelenk aber zunehmen und die konservativen Behandlungen ausgeschöpft sind, wird Ihnen Ihr Arzt einen operativen Eingriff empfehlen: das Einsetzen eines künstlichen Gelenkes, auch Knie-Totalendoprothese (KTEP) genannt. Oberstes Ziel ist es, die Schmerzfreiheit zurückzugewinnen, die Wiederherstellung der Beweglichkeit mit einem optimalen Prothesensitz zu erreichen und die physiologische Beinachse wieder herzustellen.



Die richtige Endoprothese für Sie

Prinzipiell wird bei Kunstgelenken versucht, die Biomechanik des natürlichen Gelenkes bestmöglich nachzuahmen. Die abgenutzten Knorpeloberflächen des erkrankten Knies werden durch glatte, gewichtstragende Oberflächen ersetzt.

Vor dem Eingriff wird der Operateur anhand der Untersuchungsdaten und der Röntgenbilder eine Operationsplanung durchführen, bei der Modell, Größe der Implantate und Art der Fixierung festgelegt werden. Alles wird auf Ihre ganz individuellen Bedürfnisse abgestimmt.

Alter, Geschlecht, Knochenqualität, Körpergewicht und nicht zuletzt Ihre körperlichen Aktivitäten spielen eine Rolle. In jedem Fall wird die natürliche Beinachse wieder hergestellt.

Künstliche Gelenke halten in den meisten Fällen über 15 Jahre. Entscheidende Faktoren für die Lebensdauer und Funktionsfähigkeit sind das Material der Gleitpaarung, die körperliche Beanspruchung und die Knochenbeschaffenheit.

Woraus bestehen künstliche Kniegelenke?

Überall dort, wo natürliche Knochen mit künstlichen Gelenken zusammentreffen, spielen Material und Oberflächenbeschaffenheit eine zentrale Rolle, um eine schmerzfreie Gelenkbewegung zu ermöglichen und vom Körper dauerhaft toleriert zu werden.

Implantate sind im Körper hohen Belastungen ausgesetzt und müssen daher aus sehr widerstandsfähigem Material bestehen. Die Femur- und die Tibia-Komponenten von Knieendoprothesen werden heiß geschmiedet, um die erforderliche Widerstandskraft des Materials zu erreichen.

Moderne Knie-Endoprothesen bestehen heute aus besonderen Cobalt-Chrom- und Titan-Legierungen; die Gleitpartner aus speziellen Kunststoffen wie Polyethylen.

Von jedem Endoprothesentyp gibt es verschiedene Modelle und Größen, die auf drei Arten eingesetzt werden:



1 Zementierte Endoprothese

In den allermeisten Fällen wird die Knie-Endoprothese zementiert verankert. Die Femur- und die Tibia-Komponenten werden mit Knochenzement, einem schnell härtenden Kunststoff, befestigt. Ein zementiertes Gelenk ist sofort belastbar.



2 Zementfreie Endoprothese

Alle Komponenten werden ohne Knochenzement implantiert. Der Knochen wächst an die Endoprothese an.



3 Hybrid-Endoprothese (Mischform)

In der sogenannten hybriden Implantationstechnik werden die Femur-Komponente zementfrei und die Tibia-Komponente mit Zement im Knochen verankert.



SIE HABEN SICH FÜR DIE OPERATION ENTSCHIEDEN

Wie können Sie sich vorbereiten?

Der Erfolg einer Operation und der folgende Heilungsprozess hängen wesentlich von Ihrer Mitarbeit ab. Durch Ihr aktives Mitwirken können Sie Ihren Behandlungsverlauf positiv mitgestalten und Verantwortung für Ihre eigene Genesung übernehmen. Durch eine gute Vorbereitung und Aufklärung werden mögliche Ängste und Verunsicherungen abgebaut. Dadurch können Sie besser und entspannter genesen. Nutzen Sie hierzu gerne unser Informationsangebot wie diese Broschüre, unser Online-Patientenseminar oder sprechen Sie uns jederzeit persönlich an. Für eine schnelle Rehabilitation ist es überdies sehr hilfreich, wenn Sie sich bereits vor der Operation mit den krankengymnastischen Übungen und dem Umgang mit Gehhilfen vertraut machen. Wenn Sie regelmäßig ein blutverdünnendes Mittel oder ein Medikament gegen Diabetes einnehmen, sollten Sie dieses in Absprache mit Ihrem Hausarzt rechtzeitig vor dem Eingriff absetzen, um ein erhöhtes Blutungsrisiko zu vermeiden.

Nicht zuletzt wäre es wünschenswert, wenn Ihnen in dieser aufregenden Zeit der Behandlung sowie auf Ihrem Genesungsprozess eine vertraute Person zur Seite stünde und Sie auf Ihrem Weg begleiten würde (persönlicher Coach). Sie selbst wählen Ihren persönlichen Coach. Oft sind dies Lebenspartner, Familienmitglieder oder gute Freunde. Seine Aufgabe ist es Sie zu ermutigen und zu motivieren. Schon vor dem Krankenhausaufenthalt kann der Coach Ihnen bei den Vorbereitungen helfen, während der Zeit im Krankenhaus leistet er oft mentalen Beistand und motiviert Sie zu aktiver Bewegung und Mitwirkung. Der Coach ist gleichzeitig Motivator, Unterstützer und Vermittler:

- Gemeinsames Sammeln und Klären von Fragen rund um die Operation
- Gemeinsames Vorbereiten der Wohnung für die Zeit nach Ihrer Rückkehr
- Regelmäßiger Kontakt im Krankenhaus

- Mitbringen wichtiger Post sowie Weitergabe relevanter Informationen
- Unterstützung in der Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, z. B. durch Einkaufen, Besorgen von Medikamenten
- u.v.m.

Was können Sie zu Hause vorbereiten?

Kleine Vorbereitungen erleichtern Ihnen die Rückkehr in den Alltag:

- Informieren Sie Freunde und Verwandte über den bevorstehenden Eingriff und klären Sie, wer Ihnen nach der Operation bei Tätigkeiten im Haushalt o. Ä. unter die Arme greift
- Entfernen Sie lose Brücken oder Teppichvorleger, um nicht auszurutschen.
- Prüfen Sie, ob Ihr Bett die richtige Höhe hat und legen Sie gegebenenfalls noch eine zweite Matratze hinein.
- Hilfreich bei der täglichen Körperpflege im Badezimmer sind Haltegriffe, Toilettensitzerhöhung, rutschfeste Duschunterlage, Badewannensitz oder Duschhocker und Schwamm mit langem Stiel.
- Weitere Hilfsmittel sind Greifzange, Anziehstäbe und Strumpfanzieher – Bedarf bitte individuell abklären.

Was nehmen Sie mit in die Klinik?

Neben Ihren persönlichen Sachen empfehlen wir Ihnen, Folgendes mitzunehmen:

- Bademantel
- Jogginganzug mit weitem Fußestieg
- Feste, haltgebende Schuhe mit rutschfesten Gummisohlen – falls Turnschuhe, am besten mit Klettverschluss
- Sonstige Hilfsmittel, die Sie bereits benutzen

WELCHE OPERATIONSMETHODEN GIBT ES?

Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen nach eingehender Untersuchung und Aufklärung zur Operation Ihres erkrankten Kniegelenkes geraten. Neben der herkömmlichen Operationsmethode gibt es bei der nur innenseitig ausgeprägten Kniearthrose neue, schonende Verfahren, die den Zugang zum Kniegelenk ermöglichen, sogenannte minimal-invasive Verfahren.

Was bedeuten minimal-invasive Operationstechniken?

Der entscheidende Unterschied beim minimal-invasiven Kniegelenkersatz ist die besondere Schonung der Weichteile, d.h. der Muskeln, Sehnen und des Gewebes.

Welche Vorteile haben minimal-invasive Zugänge?

Die Schonung der umliegenden Muskeln, Sehnen und muskelversorgenden Nerven während der Operation bedeutet für den Patienten normalerweise: kleineren Hautschnitt, geringen Blutverlust, weniger Schmerzen und schnellere Mobilisierung, Belastbarkeit und Rehabilitation, Verkürzung des Klinikaufenthaltes und schnellere Wiedereingliederung in den Alltag.

Welche Patienten sind für minimal-invasive Operationsverfahren geeignet?

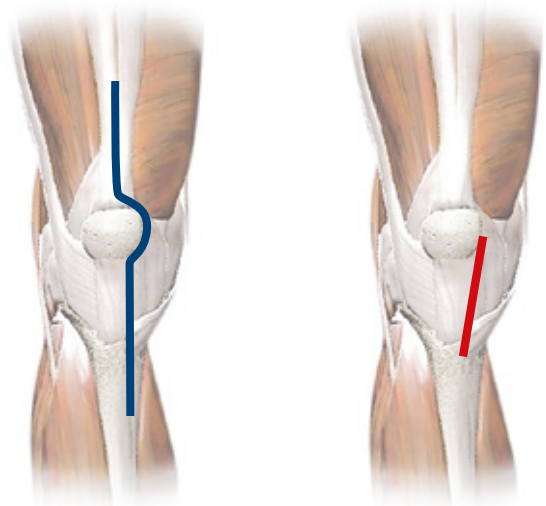
Die Entscheidung für einen minimal-invasiven Eingriff fällt nach genauer Untersuchung und Abklärung durch den operierenden Arzt. Grundsätzlich kann die minimal-invasive Operationstechnik bei Patienten jeder Altersstufe angewendet werden, sofern die notwendigen Voraussetzungen erfüllt sind.

Welche Patienten sind nicht geeignet?

Bei der innenseitig ausgeprägten Kniearthrose haben sich die minimal-invasiven Verfahren bewährt. Im Falle einer das ganze Kniegelenk betreffenden Arthrose favorisieren wir aktuell den traditionellen Zugangsweg.

Welche Endprothesen können implantiert werden?

Mit den neuen minimal-invasiven Operationstechniken lassen sich langjährig bewährte, qualitativ hochwertige Endprothesen und innovative Materialien hervorragend kombinieren. Die Auswahl der Endprothesen und die Art der Verankerung werden vom operierenden Arzt individuell auf die Bedürfnisse des Patienten und das Ausmaß der Kniegelenkarthrose abgestimmt.



Traditioneller Zugang

Minimal-invasiver Zugang

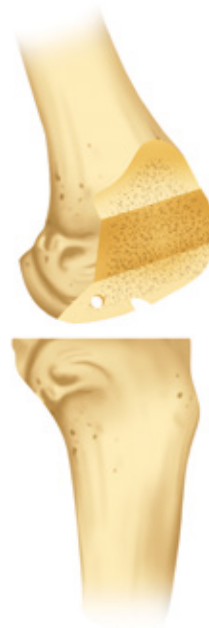
DIE OPERATION

Beim operativen Eingriff wird das erkrankte Kniegelenk durch ein Kunstgelenk ersetzt. Die Operation kann in Voll- oder Teilnarkose erfolgen. Viele Patienten werden heute in Teilnarkose operiert. Sie erhalten dabei zusätzlich ein Beruhigungsmittel und können die Operation mitverfolgen und dabei über Kopfhörer Musik hören, ohne Schmerzen zu verspüren. Welche Methode sich in Ihrem Fall empfiehlt, bespricht Ihr Anästhesiearzt mit Ihnen.

Der gesamte Eingriff dauert in der Regel eineinhalb Stunden. Nicht unerwähnt bleiben sollten die Risiken, zum Beispiel Blutergüsse, Infektionen, Allergien, Blutungsgefahr und Thrombosen. Doch meist sprechen die Vorteile für einen Eingriff – auch bei älteren Patienten.

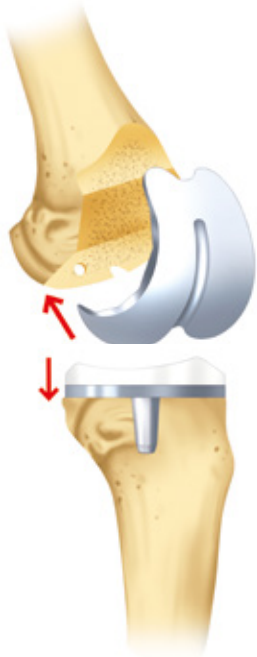
Ihr Arzt wird Sie zu Ihrem persönlichen Fall beraten.

Die einzelnen Operationsschritte



1 Während des Eingriffs liegen Sie auf dem Rücken. Ihr Knie ist angewinkelt. Der Operateur beginnt an der Knievorderseite mit einem Schnitt; das Kniegelenk wird dargestellt. Die zerstörten Gelenkflächen von Ober- und Unterschenkelknochen werden entfernt, ebenso wie verbliebene Meniskusreste und eventuell gereizte Schleimhaut.

2 Mittels Spezialschablonen werden die zerstörten Knorpel-/Knochenflächen von Oberschenkel und Schienbeinkopf präzise für die Implantation des neuen Kniegelenks vorbereitet.



3 Mit einem Probe-Implantat kontrolliert der Operateur noch einmal den korrekten Sitz, Größe, Stabilität und Bewegungsspielraum. Anschließend werden die Original-Femur- und Tibia-Komponenten implantiert. Auf die metallische Tibia-Komponente setzt der Arzt einen Polyethylen-Einsatz, der ein reibungsloses Gleiten der Komponenten ermöglicht.

4 Eventuell muss auch die Rückseite der Knie-scheibe ersetzt werden – je nachdem wie weit der Knorpelschaden fortgeschritten ist. Nach einer letzten Funktions- und Beweglichkeitsprüfung erfolgt die endgültige Fixierung des Gelenks. Die Wunde wird verschlossen und ein Kompressionsverband angelegt.



NACH DER OPERATION

Ihr stationärer Aufenthalt in der Klinik beträgt knapp eine Woche. Darauf folgen entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen, die ambulant oder in einer Reha-Klinik durchgeführt werden.

Sie wachen auf...

Ein speziell geschultes Pflegeteam betreut Sie nach der Operation im Aufwachraum und sorgt für Ihre sichere Überwachung. Ein leichter Wundschmerz im Kniebereich ist möglich. Je nach Bedarf werden Ihnen notwendige Infusionen und Medikamente verabreicht. Nachdem sich Ihr Allgemeinzustand stabilisiert hat, werden Sie in Ihr Krankenzimmer verlegt.

Schritt für Schritt bekommen Sie ein gutes Gefühl...

Noch am Tag der Operation planen wir mit Ihnen aufzustehen, erste Bewegungsübungen durchzuführen und Schritte zu gehen. Wenn möglich werden Sie zu diesem Zeitpunkt bereits wieder normal essen. Wenn gewünscht können Sie am Abend der Operation wieder Ihre eigene Kleidung tragen. Diese Frühmobilisation senkt das Risiko von Komplikationen ebenso wie regelmäßige Gymnastik und Blutverdünnungspräparate. Als Erstes lernen Sie vom Bett aufzustehen und sich wieder richtig zu setzen. Selbst alltägliche Bewegungsabläufe, wie das richtige Ein- und Aussteigen aus dem Auto oder das richtige Hinauf- und Hinabsteigen von Treppen, müssen wieder erlernt werden. Schützen Sie sich bitte in der ersten Rehabilitationsphase vor Stolper- oder gar Sturzereignissen.

Durch intensive Krankengymnastik werden Ihre Gehfähigkeit und der Muskelaufbau gefördert. Ziel ist, Ihre Oberschenkelmuskeln so zu trainieren, dass Sie voll von Ihrer wiedergewonnenen Beweglichkeit profitieren können.

Die zwischen Arzt und Physiotherapeut abgestimmten Rehabilitationsmaßnahmen haben große Bedeutung für den Erfolg der Operation und Ihre schnelle Genesung. Mit Ihrer aktiven Mitarbeit helfen Sie, das Ziel schnell zu erreichen.

Wieder zu Hause...

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Übungen auch zu Hause täglich wiederholen. Nach wenigen Monaten können Sie Ihr Leben wieder voll genießen – ob privat oder im Beruf. Gehen Sie Ihren Hobbys nach und treiben Sie Sport. Erlaubt sind alle gelenkschonenden Sportarten wie Schwimmen, Radfahren, Spazierengehen, Skilanglauf oder Gymnastik. Sie sollten Ihre Gelenke jedoch nicht überstrapazieren und auf extreme sportliche Belastungen verzichten. Ihre Aktivitäten bestimmen die Belastungen, denen Ihr künstliches Gelenk ausgesetzt ist, und beeinflussen damit seine Lebensdauer.

PRAKTISCHE RATSCHLÄGE FÜR ZU HAUSE

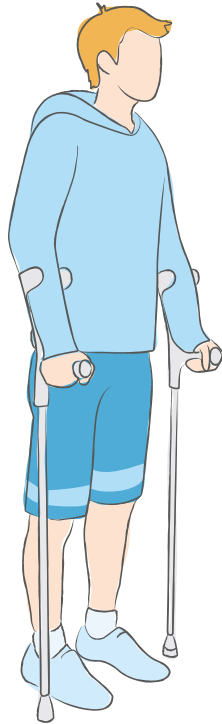
In den ersten sechs bis acht Wochen nach der Operation ist Ihr neues Gelenk noch relativ ungeschützt, bis die Muskulatur wieder gestärkt und aufgebaut ist. Sie gibt dem Gelenk die notwendige Stabilität und schützt es gegen falsche Bewegungen.

Auf den nächsten Seiten begleiten wir Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten und geben Ihnen Tipps, wie Sie Ihrem neuen Gelenk durch richtiges Verhalten den anfänglich nötigen Schutz bieten. Je aktiver Sie mitarbeiten, umso schneller erreichen Sie Ihr Ziel – und Sie werden belohnt mit dem wunderbaren Gefühl neu gewonnener Lebensqualität.

Einzelheiten zu Ihrer persönlichen Nachbehandlung und den zeitlichen Rahmen sollten Sie in jedem Fall mit Ihrem behandelnden Arzt abstimmen.

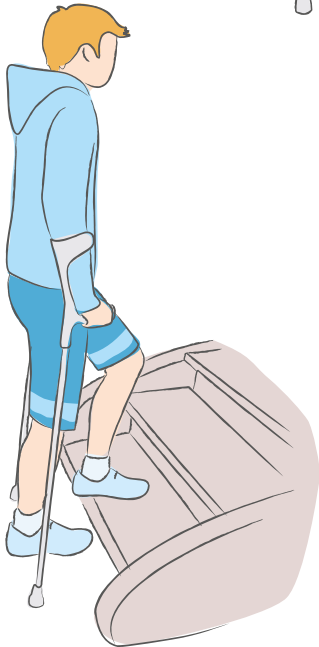
Die Überbelastung Ihres neuen Gelenks ist genauso ungünstig wie die übertriebene Schonung. Viele „ungünstige“ Bewegungen sind im Alltag schnell passiert, zum Beispiel wenn Sie Ihre Kräfte überschätzen oder nicht wissen, dass eine bestimmte Bewegung oder Haltung das Gelenk stark beansprucht.

Die folgenden Illustrationen veranschaulichen, worauf Sie achten sollten und wie Sie sich gelenkschonend bewegen.



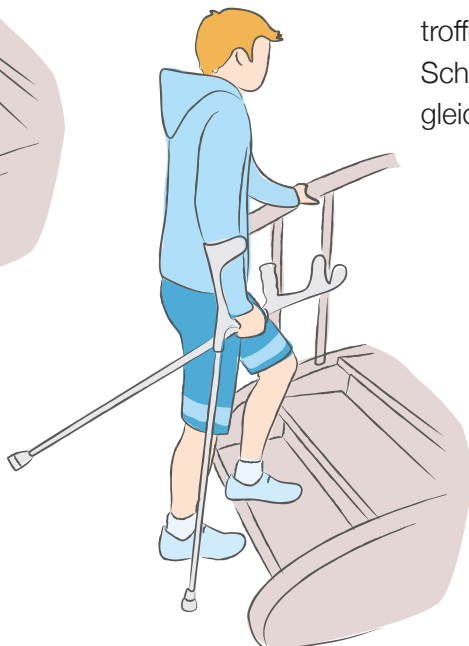
Die Gehstützen

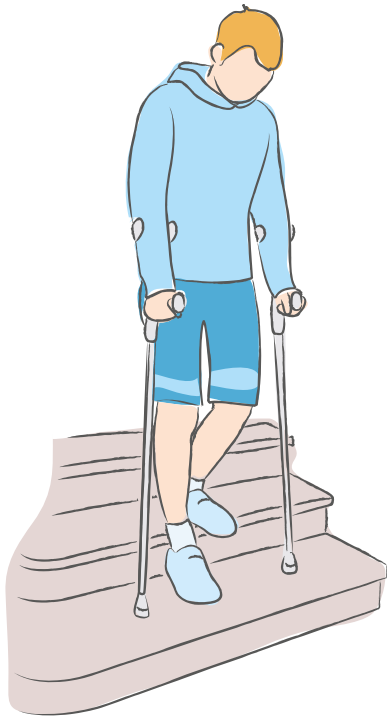
Stellen Sie beide Gehstützen etwas vor Ihre Füße und leicht seitlich versetzt auf, die Hüfte bleibt gerade. Stützen Sie sich mit etwas gebeugten Ellenbogen auf den Handgriffen ab. Tragen Sie das Gewicht mit den Händen und nicht mit den Unterarmen.



Treppauf gehen mit Gehstützen

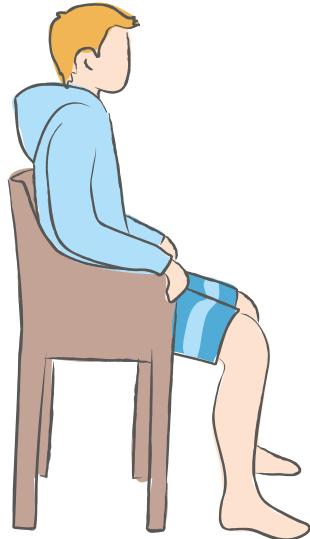
Auf die erste Stufe setzen Sie Ihr gesundes Bein, die Gehstützen befinden sich links und rechts vom betroffenen Bein. Nun stützen Sie sich mit beiden Händen auf die Handgriffe und heben so das betroffene Bein ebenfalls auf die erste Stufe. Diese Schritte wiederholen Sie nun Stufe für Stufe – das gleiche gilt, wenn die Treppe ein Geländer hat.





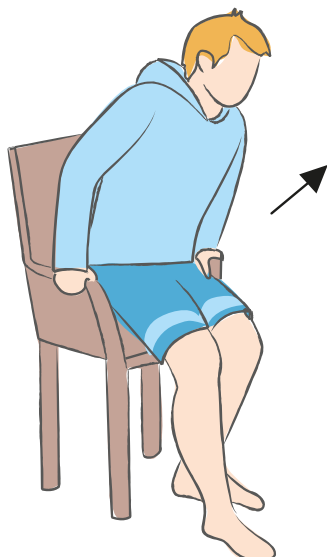
Treppab gehen mit Gehstützen

Zuerst stellen Sie beide Gehstützen auf die nächste tiefer gelegene Stufe, das betroffene Bein bringen Sie anschließend ebenfalls auf diese Stufe. Ihr Gewicht sollten Sie möglichst auf die Gehstützen verlagern. Anschließend bringen Sie auch Ihr gesundes Bein auf diese Stufe hinunter. Wiederholen Sie die Schritte, bis Sie unten angekommen sind.



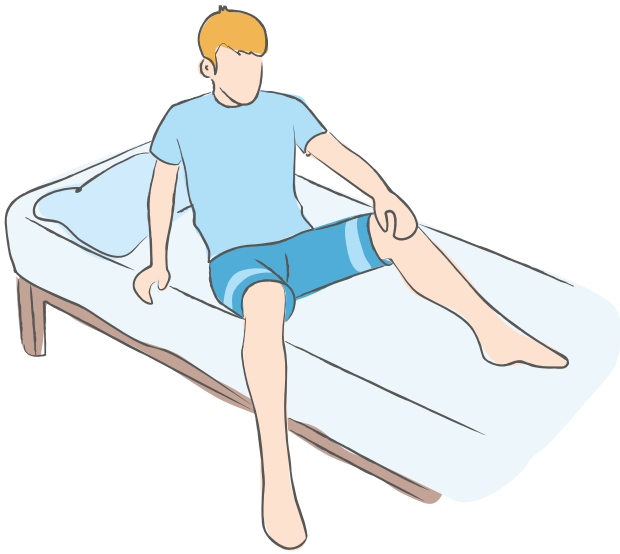
Sitzen

Am besten sitzen Sie aufrecht und auf hohen, stabilen Stühlen mit Armlehne. Die Beine stehen im stumpfen Winkel zum Körper, das bedeutet, die Hüfte ist etwas höher als die Knie.



Aufstehen

Zum Aufstehen rutschen Sie nach vorn und stützen sich mit Hilfe der Armlehne auf dem gesunden Bein ab. Das betroffene Bein steht eine Fußbreite vor dem gesunden. In der Übergangszeit ist ein erhöhter Toilettensitz hilfreich. Ein Haltegriff an der Wand erleichtert das Hinsetzen und Aufstehen.



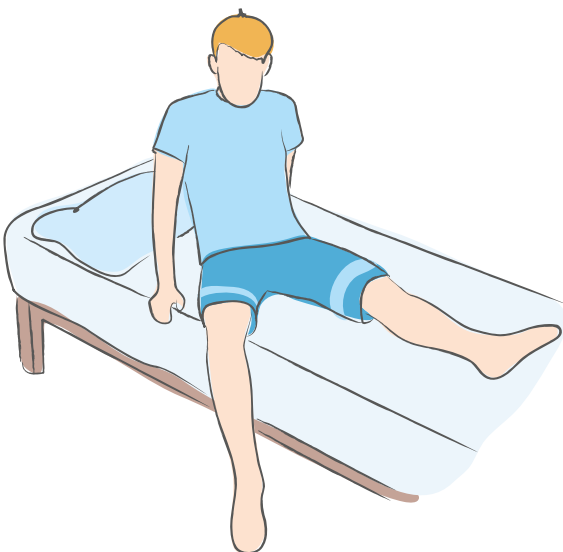
Ins Bett legen

Nacheinander heben Sie zuerst das gesunde, danach das betroffene Bein vorsichtig ins Bett. Der Oberkörper wird dabei leicht nach hinten geneigt, bleibt aber gerade. Anschließend können Sie sich auf den Rücken legen, die Beine bleiben immer leicht abgespreizt.



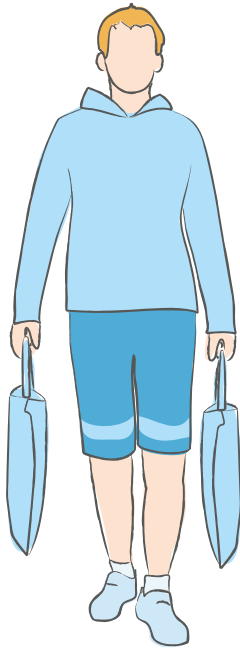
Schlafen

Empfehlenswert ist das Schlafen auf dem Rücken liegend mit leicht abgespreizten Beinen. Wenn Sie auf der Seite liegen, können Sie sich ein langes Kissen zwischen betroffenes und gesundes Bein legen.



Aus dem Bett aufstehen

Zunächst bringen Sie das Gesäß an die Bettkante, nacheinander heben Sie nun das betroffene und das gesunde Bein behutsam aus dem Bett. Das Bett sollte fest stehen und etwa 70 cm hoch sein. Wenn es zu niedrig ist, können Sie eine zweite, etwas härtere Matratze einlegen oder Ihr Bettgestell erhöhen.



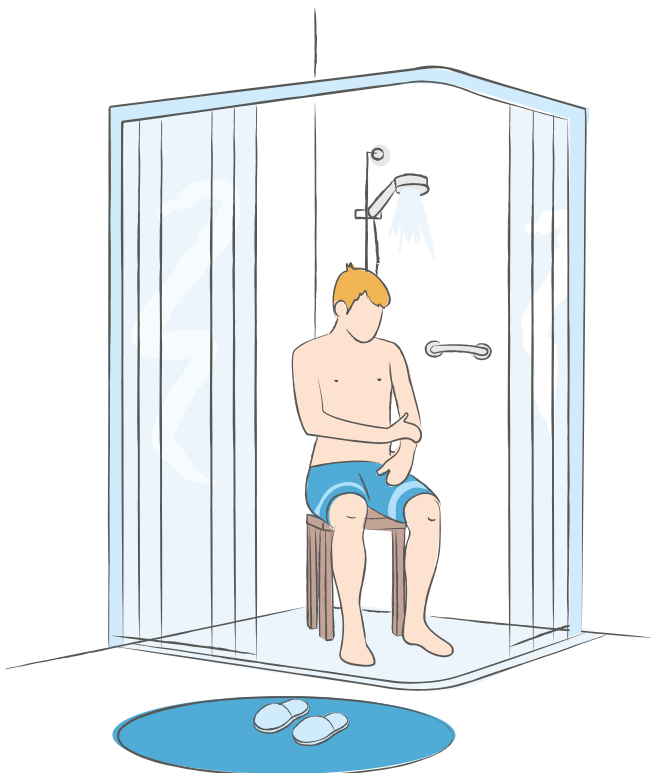
Tragen

Tragen Sie Ihre Lasten auf beiden Seiten gleichmäßig verteilt oder in einem Rucksack verstaut.



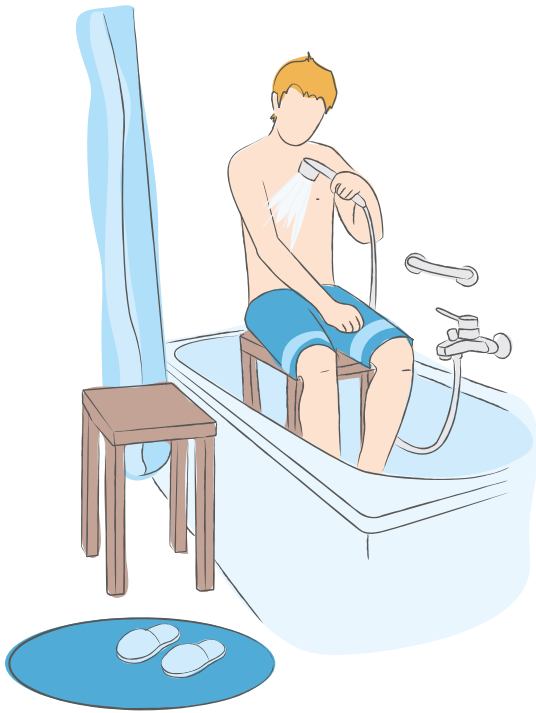
Aufheben

Stützen Sie sich mit einer Hand ab und gehen Sie mit dem gesunden Bein leicht in die Knie. Der Oberkörper neigt sich nach vorn, bleibt dabei aber gerade. Das betroffene Bein steht bei gestreckter Hüfte nach hinten außen.



Duschen

Gehen Sie mit rutschfesten Schuhen ins Badezimmer und stellen Sie sie vor der Dusche ab. Betreten Sie die Kabine mit dem gesunden Bein zuerst, beim Verlassen gehen Sie mit der betroffenen Beinseite zuerst heraus. Vor der möglichst ebenerdigen Dusche sollte eine rutschfeste Matte liegen. Ein Haltegriff an der Wand, ein standsicherer vierbeiniger Duschhocker und ein Schwamm mit langem Handgriff geben weitere Sicherheit.



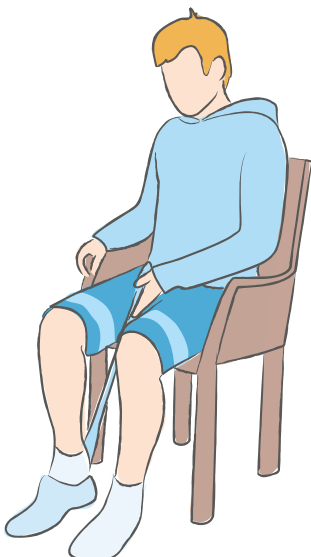
Baden

Baden Sie erst, wenn Sie sich sicher genug fühlen. Setzen Sie sich auf einen stabilen viereckigen Hocker, der etwas höher ist und direkt neben der Wanne steht. Heben Sie zuerst das gesunde, dann das betroffene Bein vorsichtig über den Wannenkantel. Ihre Hände umfassen dabei den Oberschenkel und tragen das Gewicht. Ein Badewannensitz, eine rutschfeste Unterlage und ein Haltegriff sind empfehlenswerte Hilfsmittel.



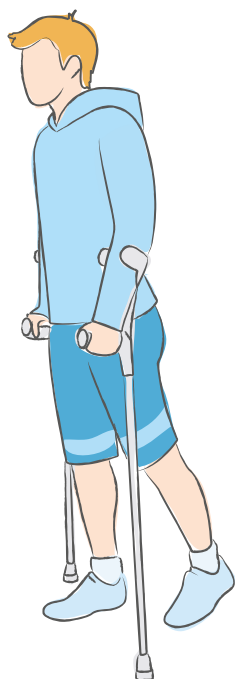
Kleidungsstücke anziehen

Lassen Sie sich in der ersten Zeit von einer Person helfen oder benutzen Sie einen so genannten Anziehstock als Hilfsmittel. Mit dessen Haken greifen Sie den Bund des Kleidungsstücks und ziehen Ihre Kleidung über das Knie des betroffenen Beins. Nun richten Sie sich mit der Gehstütze auf und ziehen die Kleidung bis ganz nach oben. Beim Ausziehen nehmen Sie zuerst das gesunde Bein aus der Kleidung. Für Strümpfe gibt es spezielle Strumpfanziehhilfen.



Schuhe anziehen

Tragen Sie flache, feste Schuhe mit einfachem Einstieg, am besten ohne Schnürsenkel. Verwenden Sie zum An- und Ausziehen einen Schuhlöffel mit extra langem Griff.



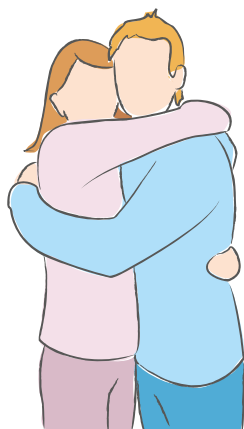
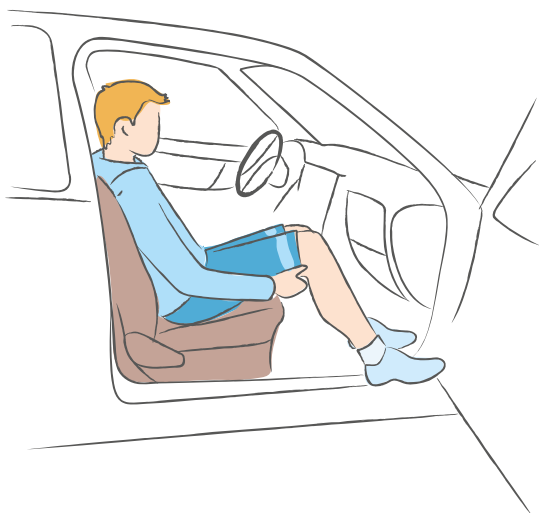
Spazieren gehen

Beginnen Sie frühzeitig mit regelmäßigen Spaziergängen auf gut ausgebauten Wegen. Zu Beginn genügt ein kurzer Spaziergang von fünf bis zehn Minuten. Steigern Sie allmählich Ihre Gehstrecke. Vermeiden Sie unebene, rutschige Wege und tragen Sie festes Schuhwerk.

Ins Auto einsteigen

Steigen Sie möglichst auf der Seite ein, wo Sie am meisten Beinfreiheit haben – in der Regel auf der Beifahrerseite.

Lassen Sie sich den Sitz ganz nach hinten schieben und hochstellen sowie die Gehstützen auf den Rücksitz legen. Dann setzen Sie sich rückwärts auf den Autositz nieder und heben Ihre Beine nacheinander ins Auto, indem Sie mit den Händen die Oberschenkel anheben. Achten Sie auf eine gleichmäßige Bewegung mit Becken und Beinen. Das Aussteigen erfolgt auf die gleiche Art und Weise.



Sexualität

Nach sechs bis zwölf Wochen ist Sex mit anfänglich eingeschränktem Bewegungsmuster erlaubt. Die Lage auf der nicht operierten Körperseite eignet sich dafür bei Mann und Frau gleichermaßen. Vermeiden Sie grundsätzlich Hüftbeugungen von mehr als 90 Grad. Das Gewicht des Partners sollte nicht auf Ihrem Hüftgelenk ruhen.

Was Sie noch beachten sollten

Operationsnarbe

Sobald Ihre Narbe trocken verbunden ist, dürfen Sie duschen gehen. Beim Abtrocknen bitte nicht trocken reiben, sondern sanft abtupfen. Sollten sich jedoch leichte Bläschen oder kleine Wundbereiche um die Narbe bilden, befragen Sie bitte noch einmal Ihren Arzt.

Ernährung

Es gibt keine besonderen Einschränkungen bezüglich der Ernährung. Bevorzugen Sie abwechslungsreiche Kost mit viel Obst und Gemüse und trinken Sie täglich sechs bis acht Gläser Wasser. Dies hilft die Verdauung zu fördern. Reduzieren Sie evtl. Übergewicht. Verzichten Sie auf Alkohol und Zigaretten.

Führen von Kraftfahrzeugen

Sie sollten erst wieder Auto fahren, wenn Sie sich verkehrssicher fühlen. Sie müssen beide Beine zur Bedienung der Pedale gut unter Kontrolle haben und sollten keine Gehhilfen mehr benötigen. Diese Vorschrift ist zu Ihrem eigenen Schutz und zu dem Ihrer Mitmenschen gedacht. Fahren Sie auch kein Auto, wenn Sie Schmerzmittel eingenommen haben.

Regelmäßige Nachuntersuchungen...

In den Monaten und Jahren nach Ihrer Operation sollten Sie das Angebot Ihres Arztes zu regelmäßigen Nachuntersuchungen unbedingt nutzen, auch wenn Sie beschwerdefrei sind. Sie geben Ihrem Arzt damit nicht nur Gelegenheit, Ihre Rehabilitation zu verfolgen, sondern auch eventuelle Komplikationen, die möglicherweise erst nach mehreren Jahren auftreten, frühzeitig zu erkennen.

So erreichen Sie uns

Mit öffentlichen Verkehrsmitteln aus Richtung Innenstadt

U4 in Richtung Untertürkheim

U9 in Richtung Hedelfingen

Haltestelle Karl-Olga-Krankenhaus

Mit dem Auto

Unser Krankenhaus liegt an der Hackstraße im Stadtteil Stuttgart Ost. Die Hackstraße erreichen Sie aus der Innenstadt über die Neckarstraße in Richtung Bad Cannstatt. Am Stöckach biegen Sie rechts ab. Aus Degerloch kommend orientieren Sie sich am einfachsten über die Schwarzenbergstraße.

Parken

Parkmöglichkeiten finden Sie im Parkhaus gegenüber dem Haupteingang.



Karl-Olga-Krankenhaus GmbH

Baumann-Klinik Orthopädie

Hackstraße 61

70190 Stuttgart

Tel. 0711 2639 - 6119

orthopaedie@baumann-klinik.de

www.karl-olga-krankenhaus.de

Ein Haus der Sana Kliniken AG

www.sana.de