

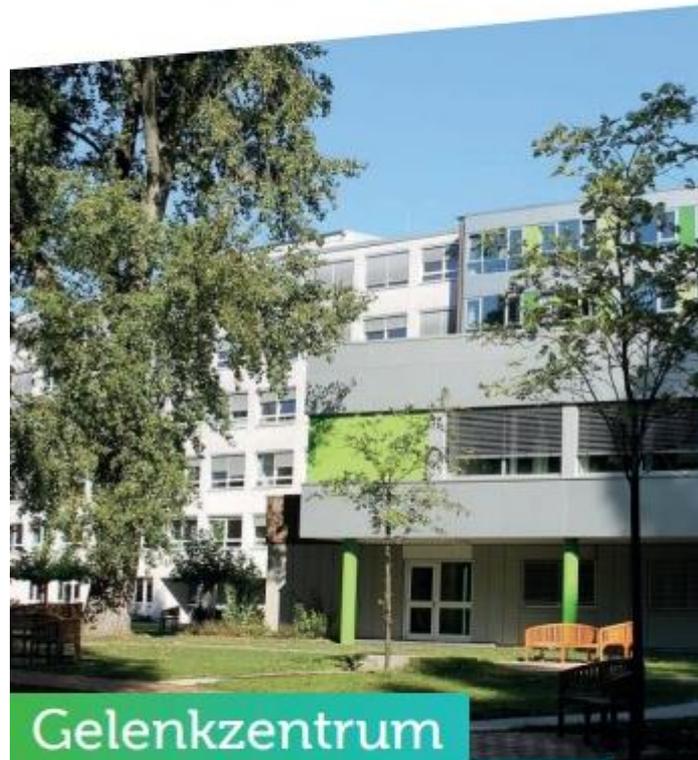


Chefarzt: Prof. Dr. Christian H. Siebert

KLINIK FÜR
ORTHOPÄDIE UND
SPORTTRAUMATOLOGIE

**PARACELSUS-KLINIK
AM SILBERSEE**

HANNOVER-
LANGENHAGEN



Gelenkzentrum 7. Gelenksymposium

Abschiedssymposium zu Ehren von
Dr. med. Hans-Jörg Winnecken

Wer braucht was ?

Die korrekte Indikation zur Knie-Totalendoprothese

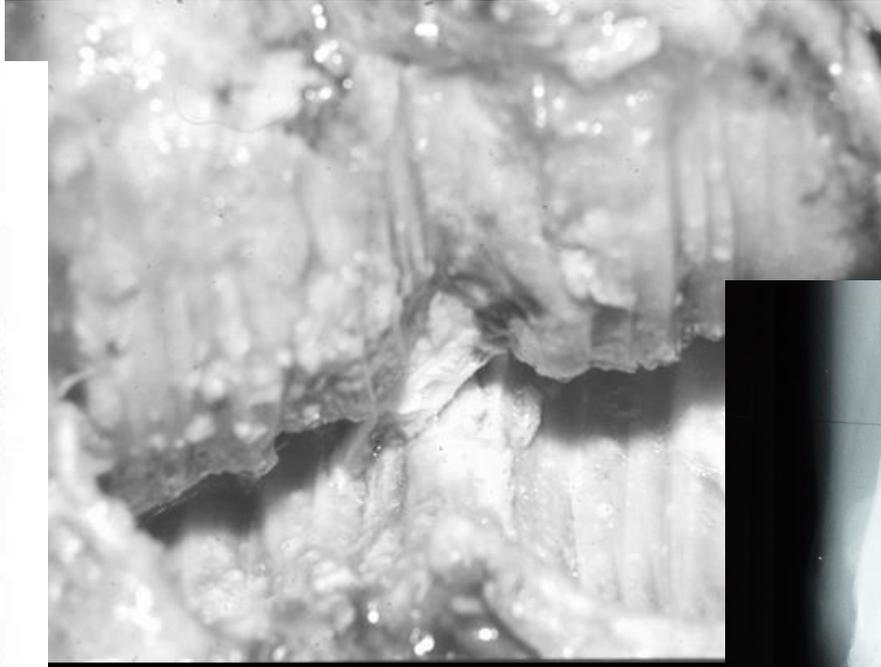
7. Gelenksymposium
18.09.2021

Prof. Dr. med. Christian H. Siebert
Chefarzt

Folgen der Arthrose

- Untergang von Knorpelzellen
- Freisetzung von „schädlichen Stoffen“
- Reizung der Gelenkschleimhaut
- Gelenkergussbildung
- Schwellung
- Schmerz
- Bewegungseinschränkung
- Deformität
- Funktionsverlust

Gonarthrose



Knie-Total-Prothese



Gonarthrose

- Degenerative Veränderung des Kniegelenkes
- Knorpelverschleiß (lokalisiert / generalisiert)
- Arthrosezeichen ab 65. Lebensjahr bei 100% der Bevölkerung
- Zwischen 30. und 50. Lebensjahr bereits bei 50% der Bevölkerung

Kniegelenkarthrose

Wann ist der richtige Operationszeitpunkt?

- Entscheidungskriterien:
 - Schmerz
 - Einschränkungen der Lebensqualität
 - Verschlechterung der Beweglichkeit
 - Verschlechterung der muskulären Situation?
 - Verschlechterung der knöchernen Situation?
 - (Lebensalter)

- individueller Leidensdruck

Kniegelenkersatz

- ...
- Teilersatz
- (Bi-)CR versus PS
- Ungekoppelt versus gekoppelt
- Mit oder ohne Patellaersatz
- OP-Technik – Zement / Zugang / Alignment

Patientenspezifische

Instrumente

&

Implantate



Neue Technologien

Robotik; Custom made; PSI

Pro [Meier al.]

- Personalisierte Medizin
- Passform / Präzision
- Weniger
 Weichteiltrauma
- Bandspannung/
 Spannungsverlauf (?)
- Weniger Fehler/
 Frührevisionen
- Marketing

Outcome /
Überlebensrate

Contra [Merle, Aldinger]

- PräOP MRT / CT bei Image
 -Guided Verfahren
- Kosten / Mehraufwand /
 Support
- Längere OP-Zeiten (?)
- Indikation /
 Operationshäufigkeit
 wichtiger
- Gefährdet Ausbildung
 Nicht refinanziert

Wer braucht was ?

Wer operiert was ?

Schlittenendoprothesen-Operateur

**UKA =20% Knieendoprothetik
oder
(12-) 30 UKA/Jahr**

Liddle et al.; Bone Joint J, 97; 2015
Murray DW, Parkinson RW; Bone Joint J, 100: 2018

Gonarthrose



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORTHOPÄDIE UND
ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

Evidenz- und konsensbasierte
Indikation Totalendoprothese

EKIT-Knie

Gonarthrose

Langfassung: S2k-LL Indikation Knieendoprothese (AWMF Registernummer: 033-052)

Lützner J, Lange T, Schmitt J, Kopkow C, Aringer M, Böhle E, Bork H, Dreinhöfer K, Friederich N, Gravius S, Heller K-D, Hube R, Gromnica-Ihle E, Kirschner S, Kladny B, Kremer M, Linke M, Malzahn J, Sabatowski R, Scharf H-P, Stöve J, Wagner R, Günther K-P

Federführende Fachgesellschaft:

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC)

Gonarthrose

3.4 Medizinische Indikationsstellung:

Die Anwendung konsentrierter Indikationskriterien sowie der Ablauf der Indikationsstellung des elektiven Eingriffes bis hin zur partizipativen Entscheidung für bzw. gegen eine Knie-TEP werden in Abbildung 2 dargestellt und anschließend beschrieben.

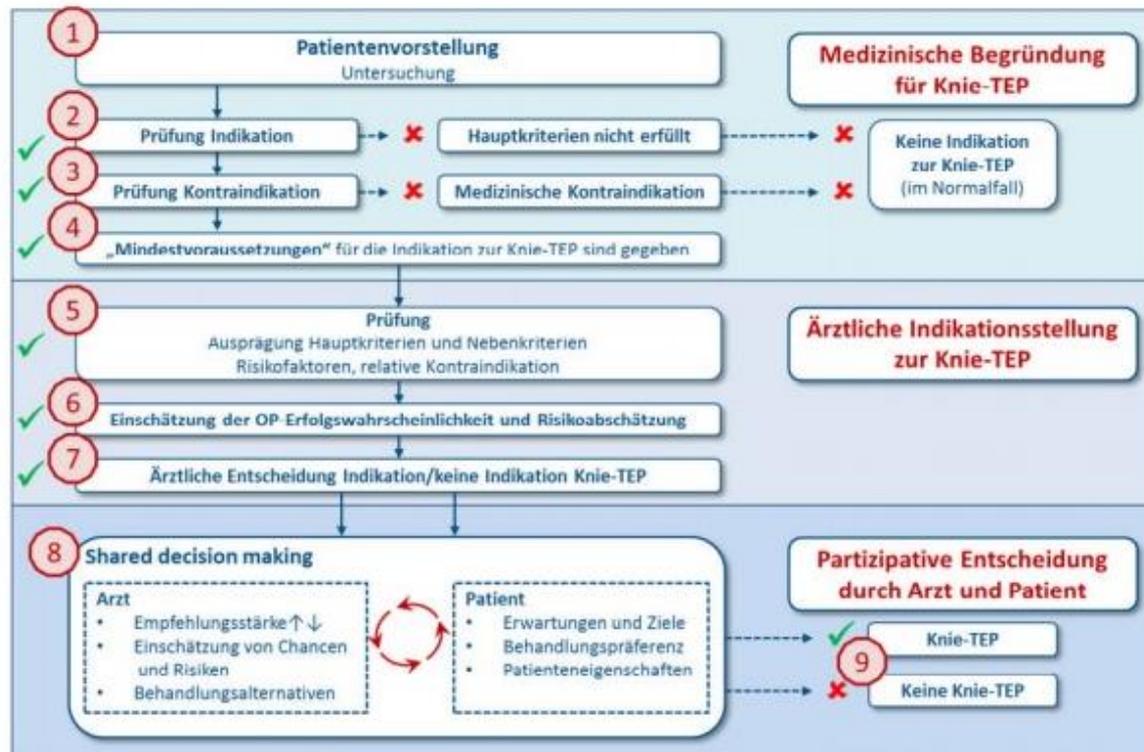


Abbildung 2: Modell zur Indikationsstellung, adaptiert aus [3]

Gonarthrose

Tabelle 5: Hauptkriterien die für die Indikation zur Knie-TEP vorliegen sollen

Empfehlung	Konsens
<p data-bbox="63 611 1103 644"><i>Folgende Hauptkriterien sollen für die Indikation zur Knie-TEP vorliegen:</i></p> <ul data-bbox="137 665 1257 905" style="list-style-type: none"><li data-bbox="137 665 388 698">▪ Knieschmerz<li data-bbox="137 715 1039 748">▪ Nachweis eines Strukturschadens (Arthrose, Osteonekrose)<li data-bbox="137 765 846 798">▪ Versagen konservativer Therapiemaßnahmen<li data-bbox="137 815 1257 848">▪ Auf die Kniegelenkerkrankung bezogene Einschränkung der Lebensqualität<li data-bbox="137 865 1141 898">▪ Auf die Kniegelenkerkrankung bezogener subjektiver Leidensdruck	100% (20 von 20)

Gonarthrose

Tabelle 6: Spezifikation der Hauptkriterien die für die Indikation zur Knie-TEP vorliegen sollen

Empfehlung	Konsens
<p>Knieschmerzen sollen für die Indikation zur Knie-TEP über mindestens 3-6 Monate vorliegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Schmerzstärke ist von Bedeutung für die Therapieentscheidung. Sie drückt sich in Schmerzdauer, Schmerzhäufigkeit und Ansprechen auf konservative Therapie aus: Die Dauer der Schmerzen sollte mindestens 3-6 Monate betragen, um die Indikation zur Knie-TEP zu stellen. Ein mehrfach wöchentlich intermittierend auftretender Schmerz oder kontinuierlicher Schmerz ist eine Voraussetzung für die Indikation zur Knie-TEP. 	100% (19 von 19)
<p>Für die Indikation zur Knie-TEP soll der Nachweis eines Strukturschadens (Arthrose, Osteonekrose) vorliegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Der Nachweis erfolgt mittels Röntgen: Bei einer unter Belastung durchgeführten Röntgenaufnahme sollte eine eindeutige Gelenkspaltverschmälerung bestehen. 	100% (19 von 19)
<p>Für die Indikation zur Knie-TEP soll das Versagen konservativer Therapiemaßnahmen über mindestens 3-6 Monate dokumentiert sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine konservative Therapie sollte über mindestens 3-6 Monate erfolglos durchgeführt worden sein. Voraussetzung für die Indikationsstellung zur Knie-TEP ist ein nicht ausreichendes Ansprechen auf die Kombination von medikamentöser und nicht-medikamentöser konservativer Therapie in diesem Zeitraum. 	100% (19 von 19)
<p>Für die Indikation zur Knie-TEP soll eine auf die Kniegelenkerkrankung bezogene Einschränkung der Lebensqualität über mindestens 3-6 Monate vorliegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine durch die Kniegelenkerkrankung bedingte Einschränkung der Lebensqualität ist Voraussetzung für die Indikation zur Knie-TEP. Die Einschränkung sollte mindestens einen Zeitraum von 3–6 Monaten umfassen. 	100% (20 von 20)
<p>Für die Indikation zur Knie-TEP soll ein auf die Kniegelenkerkrankung bezogener subjektiver Leidensdruck vorliegen.</p>	100% (20 von 20)

“Konservative” Behandlungsmöglichkeiten

- Nicht steroidale Entzündungshemmer (NSAID)
aber: Nebenwirkungen insbes. Magengeschwür
- Therapeutische Übungen und physikalische Maßnahmen
- Gehhilfen, (Pufferabsätze?)
- Gewichtsabnahme
- Injektionstherapien (Hyalat, IL-2 Antagonisten, PRP, Cortison, ...)
- Alternative Methoden (Teufelskralle, Glutamin (Dona), ...)

Gonarthrose

Tabelle 8: Kontraindikationen die für die Indikation zur Knie-TEP berücksichtigt werden sollen

Empfehlung	Konsens
<p><i>Folgende absolute Kontraindikation sollen bei der Indikationsstellung zur Knie-TEP berücksichtigt werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Absolute Kontraindikation für eine Knie-TEP ist eine floride Infektion im Kniegelenk. Weitere absolute Kontraindikationen sind solche, die typischerweise auch für andere elektive Eingriffe gelten (z. B. Infekt, akutes kardiovaskuläres Ereignis).	100% (20 von 20)
<p><i>Folgende relative Kontraindikationen sollen für die Indikationsstellung zur Knie-TEP berücksichtigt werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ Deutlich verkürzte Lebenserwartung aufgrund von Begleiterkrankungen▪ Sehr hoher BMI (≥ 40)	100% (17 von 17)

Medizinischer Versorgungsstandard Endoprothetik Körpergewicht

Geltungsbereich: Orthopädie, Chirurgie, Anästhesie

Gemäß der S2k-LL Indikation zur Knieendoprothese (AWMF Registernummer: 033-052) und Hüftendoprothese (AWMF Registernummer: 187-001) besteht eine relative Kontraindikation für die Indikationsstellung zur Hüft- und Knieendoprothese **bei Patient*innen mit einem BMI von $\geq 40 \text{ kg/m}^2$.**

Somit sind **diese adipösen** Patient*innen, die eine mindestens 6 Monate lange, erfolglose konservative Therapie der Gonarthrose und **einen entsprechenden** Leidensweg hinter sich haben, im Vorfeld des Gelenk-Eingriffes einer Diätberatung und ggf. einer Adipositas-Chirurgie zuzuführen.

Eine Wiedervorstellung bzw. ein Op.-Termin sollte frühestens nach 3 Monaten vereinbart und im Ambulanzbrief die **angestrebte** Gewichtsreduktion definiert werden.

Gonarthrose

1. Patientenvorstellung: Der Patient stellt sich mit Kniegelenksbeschwerden beim Arzt vor und dieser erhebt und objektiviert in Anamnese, klinischer Untersuchung und Röntgen (ggf. weitere Diagnostik) die patientenspezifischen Beschwerden.
2. Prüfung der Hauptkriterien zur Indikation Knie-TEP: Anhand der festgestellten Befunde prüft der Arzt folgend ob eine Knie-TEP grundsätzlich gerechtfertigt ist um die Beschwerden zu behandeln.
3. Prüfung Kontraindikation: Prüfung, ob eine medizinische Kontraindikation vorliegt.
4. Sind alle Hauptkriterien hinsichtlich der Indikationsstellung erfüllt und liegt gleichzeitig keine medizinische Kontraindikation vor, sind die „Mindestvoraussetzungen“ erfüllt und die Knie-TEP ist grundsätzlich näher in Erwägung zu ziehen.
5. Prüfung der Ausprägungen der Haupt- und Nebenkriterien, und evtl. vorliegender Risikofaktoren.
6. Anhand der Ausprägung der Haupt- und Nebenkriterien und Risikofaktoren schätzt der Arzt die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Knie-TEP beim Patienten ein.
7. Ärztliche Entscheidung für oder gegen die Indikation zur Knie-TEP.
8. Der Arzt informiert den Patienten bzgl. Chancen und Risiken der Knie-TEP, zeigt Behandlungsalternativen auf und gibt seine Empfehlung. Im Gespräch von Arzt und Patient äußert der Patient seine Erwartungen und Ziele an die Behandlung und zudem seine Behandlungspräferenz. Darüber hinaus fließen die psychischen und physischen Patienteneigenschaften (z. B. Berufstätigkeit, sportlicher Leistungsanspruch, Compliance, Komorbiditäten) in die partizipative Entscheidungsfindung ein. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung kann sich die Stärke der Empfehlung zur Knie-TEP durch den Arzt verändern.
9. Ergebnis der partizipativen Entscheidungsfindung ist die Entscheidung für oder gegen die Durchführung einer Knie-TEP.

Gonarthrose

8 Checkliste Indikation Knie TEP



Patient: _____

Hauptkriterien zur Indikation	Ja	Nein
Strukturschaden (mind. eindeutige Gelenkspaltverschmälerung) <ul style="list-style-type: none"> Arthrograd n. Kelgren&Lawrence: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz <ul style="list-style-type: none"> Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> bei Belastung <input type="checkbox"/> in Ruhe <input type="checkbox"/> nachts Häufigkeit: _____ Stärke: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservative Therapie <ul style="list-style-type: none"> Seit wann: _____ <input type="checkbox"/> Medikamentös <input type="checkbox"/> Nicht-medikamentös 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschränkung der Lebensqualität durch Knie <ul style="list-style-type: none"> Wie gemessen (Ggf. Score Wert): _____ Wodurch: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subjektiver Leidensdruck durch Knie <ul style="list-style-type: none"> Wodurch: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante Nebenkriterien (fakultativ, obligatorisch falls Hauptkriterien nicht vollständig erfüllt) <ul style="list-style-type: none"> Welche: _____ Welche: _____ Welche: _____ 		
Kontraindikationen	Ja	Nein
Florider Infekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI > 40 (kg/m²) <ul style="list-style-type: none"> BMI?: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutlich verkürzte Lebenserwartung <ul style="list-style-type: none"> Wodurch?: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Kontraindikationen gegen OP <ul style="list-style-type: none"> Welche?: _____ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indikation zur Knie TEP? Ja Nein

- Zweitmeinungsverfahren
- IQWiG /
gesundheitsinformation.de

Zweitmeinungsverfahren



[Startseite](#) // [Themen](#) // [Qualitätssicherung](#) // [Vorgaben zur Qualitätssicherung](#) // [Zweitmeinung](#)

Patientenmerkblatt

Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen

Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen – Was ist das?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen einen bestimmten Eingriff empfohlen und Sie über Ihren Anspruch auf eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung informiert.

Falls Sie nach der Empfehlung des Eingriffs noch offene oder neu entstandene Fragen haben, bietet Ihnen eine „zweite Meinung“ die Möglichkeit, diese Fragen mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit der Durchführung des Eingriffs oder alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Da es sich in Ihrem Fall um einen geplanten Eingriff und nicht um einen Notfall handelt, haben Sie auch die Zeit, sich Ihre Entscheidung gut und in Ruhe zu überlegen.

Die Details des Zweitmeinungsverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf gesetzlicher Grundlage (§ 27b SGB V) geregelt, etwa

- für welche Eingriffe diese Bestimmungen gelten,
- über welche Qualifikation zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte („Zweitmeiner“) verfügen müssen, und
- wie sichergestellt werden kann, dass die Zweitmeiner Sie neutral beraten und Sie auch über ggf. bestehende eigene Interessenkonflikte aufklären.

Die Regelungen des G-BA (www.g-ba.de/richtlinien/107) gelten unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen

Im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, offene Fragen zu einem empfohlenen Eingriff mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit des Eingriffs und über alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, in einer Richtlinie zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht, und Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung festzulegen. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht aktuell bei den folgenden Eingriffen:

- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Gelenksspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie)
- **Implantation einer Knieendoprothese**

Zweitmeinungsverfahren



[Startseite](#) // [Themen](#) // [Qualitätssicherung](#) // [Vorgaben zur Qualitätssicherung](#) // [Zweitmeinung](#)

Patientenmerkblatt

Zweitmeinungsverfahren bei geplanten Eingriffen



Zweitmeinungsverfahren gemäß § 27b SGB V bei geplanten Eingriffen – Was ist das?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt hat Ihnen einen bestimmten Eingriff empfohlen und Sie über Ihren Anspruch auf eine sogenannte ärztliche Zweitmeinung informiert.

Falls Sie nach der Empfehlung des Eingriffs noch offene oder neu entstandene Fragen haben, bietet Ihnen eine „zweite Meinung“ die Möglichkeit, diese Fragen mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit der Durchführung des Eingriffs oder alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Da es sich in Ihrem Fall um einen geplanten Eingriff und nicht um einen Notfall handelt, haben Sie auch die Zeit, sich Ihre Entscheidung gut und in Ruhe zu überlegen.

Die Details des Zweitmeinungsverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf gesetzlicher Grundlage (§ 27b SGB V) geregelt, etwa

- für welche Eingriffe diese Bestimmungen gelten,
- über welche Qualifikation zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte („Zweitmeiner“) verfügen müssen, und
- wie sichergestellt werden kann, dass die Zweitmeiner Sie neutral beraten und Sie auch über ggf. bestehende eigene Interessenkonflikte aufklären.

Die Regelungen des G-BA (www.g-ba.de/richtlinien/107) gelten unabhängig davon, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse Sie versichert sind.

Zweitmeinungsverfahren bei planbaren Eingriffen

Im Rahmen eines Zweitmeinungsverfahrens haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, offene Fragen zu einem empfohlenen Eingriff mit einer Ärztin oder einem Arzt mit besonderen Fachkenntnissen und Erfahrungen zu besprechen. Sie können sich dabei über die Notwendigkeit des Eingriffs und über alternative Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Der G-BA ist gesetzlich beauftragt, in einer Richtlinie zu konkretisieren, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht, und Anforderungen an die Abgabe der Zweitmeinung festzulegen. Ein rechtlicher Zweitmeinungsanspruch besteht aktuell bei den folgenden Eingriffen:

- Amputation beim diabetischen Fußsyndrom
- Eingriff an Gaumen- oder Rachenmandeln (Tonsillektomie, Tonsillotomie)
- Gebärmutterentfernung (Hysterektomie)
- Gelenkspiegelungen an der Schulter (Schulterarthroskopie)
- Implantation einer künstlichen Hüfte

IQWiG / gesundheitsinformation.de



The screenshot shows a web browser window displaying a page from IQWiG. The browser's address bar shows the URL: `iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_39107.html`. The page header is dark blue with the IQWiG logo and navigation links: ÜBER UNS, PROJEKTE, SICH EINBRINGEN, VERANSTALTUNGEN, PRESSECENTER, and KONTAKT. The main content area has a breadcrumb trail: PRESSECENTER > PRESSEMITTEILUNGEN > KNIEMARTHROSE: WANN KOMMT EIN GELENKERSATZ INFRAGE? GIBT ES ALTERNATIVEN? IQWiG LEGT ENTSCHEIDUNGSHILFE VOR. The article is dated 09.06.2021 and has the title: Kniearthrose: Wann kommt ein Gelenkersatz infrage? Gibt es Alternativen? IQWiG legt Entscheidungshilfe vor. Below the title is a sub-headline: Unterstützung für Betroffene bei der Entscheidung für oder gegen eine Gelenkersatzoperation. The article features a portrait of Roland Büchter, an IQWiG expert, and a text box with the following content: 'Ein Gelenkersatz kann fortgeschrittene Kniearthrose meist wirksam lindern, aber natürlich birgt so ein Eingriff auch Risiken. Zudem kann eine gute konservative Behandlung eine Operation um mehrere Jahre hinauszögern und manchmal sogar ganz vermeiden. Unsere Entscheidungshilfe zeigt die Alternativen auf und soll das ausführliche Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt unterstützen.' The author's name and title are listed below: Roland Büchter, IQWiG-Ressort Gesundheitsinformation, 6'2021. The Windows taskbar at the bottom shows the search bar, task icons, and system tray with weather (12°C Regen) and time (18:29, 16.08.2021).

Kniearthrose: Wann kommt ein Gelenkersatz infrage? Gibt es Alternativen? IQWiG legt Entscheidungshilfe vor

09.06.2021

Kniearthrose: Wann kommt ein Gelenkersatz infrage? Gibt es Alternativen? IQWiG legt Entscheidungshilfe vor

Unterstützung für Betroffene bei der Entscheidung für oder gegen eine Gelenkersatzoperation.

Ein Gelenkersatz kann fortgeschrittene **Kniearthrose** meist wirksam lindern, aber natürlich birgt so ein Eingriff auch Risiken. Zudem kann eine gute konservative Behandlung eine Operation um mehrere Jahre hinauszögern und manchmal sogar ganz vermeiden.

Unsere Entscheidungshilfe zeigt die Alternativen auf und soll das ausführliche **Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt unterstützen**.

*Roland Büchter,
IQWiG-Ressort Gesundheitsinformation
6'2021*

Gonarthrose

PERSÖNLICHE ENTSCHEIDUNG

Bei der Entscheidung für oder gegen eine Knieoperation spielen vielen Faktoren eine Rolle. Dazu gehören das Alter, die Stärke und Dauer der Beschwerden, der Erfolg anderer Behandlungen, die gesundheitlichen Voraussetzungen und die persönlichen Ziele und Erwartungen. Diese Entscheidungshilfe stellt die Vor- und Nachteile von Gelenkersatz und konservativer Behandlung gegenüber. Sie enthält aber nicht alle Informationen, die für eine Entscheidung wichtig sind. Sie soll das Arztgespräch unterstützen, nicht ersetzen. Hinweise auf ausführlichere Informationen finden Sie auch auf der letzten Seite.

WICHTIG: Lassen Sie sich bei Ihrer Entscheidung nicht unter Druck setzen! Sie können sich die Zeit nehmen, die Sie brauchen und sich in Ruhe informieren. Sie haben auch das Recht, sich eine zweite Meinung einzuholen.

Gonarthrose

Für wen kommt die Behandlung infrage?

- Für die meisten Menschen mit Kniearthrose.
- Vor allem leichte bis mittelstarke Beschwerden werden konservativ behandelt.
- Für Menschen mit bestimmten Begleiterkrankungen wie einer chronischen Nierenerkrankung kommt die Einnahme von entzündungshemmenden Schmerzmitteln möglicherweise nicht infrage.

Ein Gelenkersatz erfordert eine große Operation und hat verschiedene Risiken. Er wird in der Regel erwogen, wenn

- das Knie über Monate an mehreren Tagen in der Woche stark schmerzt,
- andere wirksame konservative Behandlungen auch nach mehreren Monaten keine ausreichende Linderung verschafft haben und
- die Lebensqualität durch die Beschwerden stark beeinträchtigt ist – zum Beispiel wegen fehlender Mobilität oder Selbstständigkeit.

Berufe, bei denen man viel kniet, hockt oder auf unebenem Boden arbeitet, lassen sich mit einem künstlichen Knie nicht gut ausüben. Wenn Sie berufstätig sind, sprechen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt darauf an.



ENTSCHEIDUNGSHILFE

Kniearthrose:

Wann kommt ein Gelenkersatz infrage und welche Alternativen gibt es?

Vielleicht hat Ihre Ärztin oder Ihr Arzt Ihnen zu einem künstlichen Kniegelenk geraten, um ihre Beschwerden zu lindern. Es gibt aber auch verschiedene andere Behandlungen, die helfen können. Mit ihrer Hilfe lässt sich eine Operation manchmal hinauszögern oder sogar vermeiden. Diese Entscheidungshilfe soll Sie dabei unterstützen, sich für eine geeignete Behandlung zu entscheiden.

Kniearthrose entsteht, wenn sich der Knorpel im Kniegelenk abnutzt. Heilen lässt sich Arthrose nicht – es gibt aber verschiedene Möglichkeiten, um die Beschwerden zu lindern. Wichtig ist, aktiv zu bleiben: Gut ausgebildete Muskeln stabilisieren und schützen das Gelenk. Außerdem braucht der Knorpel Bewegung: Die Nährstoffe aus der Gelenkflüssigkeit erreichen den Knorpel nur durch Druck, der zum Beispiel beim Gehen oder durch gezieltes Training ausgeübt wird.

Kniearthrose kann unterschiedlich verlaufen. Meist nehmen die Beschwerden über viele Jahre langsam zu oder bleiben stabil. Sie können auch in Schüben auftreten – dann wechseln sich Phasen stärkerer Beschwerden mit beschwerdefreien oder -armen Phasen ab.

Fragen zum Kunstgelenk

- Wann ist der richtige Operationszeitpunkt?
- Welche Prothese ist die Richtige?
- Wie ist das mit den modernen Implantaten?
- Was kann ich vor der Operation tun?
- Wie läuft die Operation ab?
- Brauch ich eine Roboter-gestützte Operation

Fragen zum Kunstgelenk

- Was erwarte ich von den Kniegelenkersatz?
- Wie ist meine berufliche Situation?
- Leben mit dem Kunstgelenk
 - Wann fahre ich wieder Auto?
 - Was darf ich an Sport machen?
 - Wie sieht es mit kniender Tätigkeit aus?

Was ist nach der Operation?

- Postoperative interdisziplinäre Überwachung
- Schmerzbehandlung
- Frühe postoperative Mobilisation
- Physikalische Therapie
- Ambulante / Stationäre Anschlussheilbehandlung
- Kräftigung in Eigenregie / Sportgruppe
- Zunehmende “normale” Aktivitäten

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**