



DIAKOVERE
ANNASTIFT

Am Anfang ist der Mensch

MHH

Medizinische Hochschule
Hannover



RATGEBER HÜFTGELENK

Behandlungsmöglichkeiten für Patient*innen

A photograph of a brick building facade. At the top, a white cross is mounted on the brickwork. Below it is a large, arched window with a pointed top. Underneath this are three smaller, arched windows, each with a pointed top and a decorative stone surround. The central window is slightly larger than the two flanking it. Below the windows, the text "ANNA=STIFT." is written in a bold, black, serif font on a light-colored rectangular background. At the bottom of the image, there are three small, circular windows, each set within a decorative brick arch. The building has a red brick roof with a tiled pattern. Green leaves are visible in the upper right corner, partially obscuring the sky.

✻ ANNA=STIFT. ✻

INHALTSVERZEICHNIS

Kontakt	4	Wie betreut Sie der/die Narkoseärzt*in vor, während und nach Ihrer Operation	19
Vorwort	5	Anästhesievorbereitung	19
Das Hüftgelenk	6	Anästhesieverfahren auswählen	19
Was ist Arthrose?	7	Bluttransfusionen	19
Wie entsteht Arthrose?	8	Betreuung auf der Intensivstation	19
Hinweise auf eine beginnende Arthrose – worauf Sie achten sollten:	8	Schmerztherapie	19
Behandlungsmöglichkeiten beim Verschleiß des Hüftgelenks	9	Wie läuft die Hüft-TEP-Operation ab?	19
Konservative Therapie – Behandlung ohne Operation	9	Was Sie in die Klinik mitbringen sollten	19
Bewegung	9	Ist eine minimalinvasive Operation möglich?	21
Medikamente, Spritzen	9	Müssen Sie mit Komplikationen rechnen?	21
Akupunktur, Homöopathie, Stoßwellentherapie ...	9	Allgemeine Risiken der Operation	21
Physiotherapeutische Behandlung	9	Wie erleben Sie die ersten Tage und Wochen nach der Operation?	22
Orthopädische Hilfsmittel	9	Leben mit dem Kunstgelenk	23
Gelenkerhaltende Operationen	10	Wie können Sie Ihr Zuhause optimal vorbereiten?	21
Die Hüft-Arthroskopie und Mini-Open-Technik	10	Was können Sie bereits, wenn Sie nach Hause kommen?	23
Die periacetabuläre Beckenosteotomie nach Ganz (PAO)	10	Sport – was ist erlaubt?	23
Das künstliche Hüftgelenk	11	Wie lange hält das Gelenk?	23
Wann ist der richtige Operationszeitpunkt?	11	Neues Gelenk – neue Lebensfreude	25
Wie ist eine Hüftprothese aufgebaut?	12	Tipps und Tricks für die Zukunft	25
Der Schaft	12	Empfehlungen für gelenkschonende Aktivitäten ..	25
Der Kopf	12	Der Alltag mit einem künstlichen Hüftgelenk	26
Die Pfanne	12	Wie Sie das „Herausspringen“ der Hüfte vermeiden	26
Der Einsatz (Inlay)	12	Sitzen und Aufstehen	26
Welche Prothese ist die richtige?	13	Liegen und Schlafen	26
Die Verankerung im Knochen	13	Bücken	26
Gleitpaarungen	13	Körperpflege und Anziehen	27
Das seitliche Hüftschmerzsyndrom	14	Im Bad	27
Schneller mobil mit OPTI-TRACK	16	Haushalt	27
Das OPT-TRACK-Verfahren	17	Gartenarbeit	27
Was können Sie bereits vor der Operation tun?	18	Einsteigen ins Auto	27
Training der Muskulatur	18	Gehen	27
Informationen zum Ablauf der Operation	18	Geschlechtsverkehr	27
Infektionsschutz	18	Vor der Operation: Ihr persönliches Trainingsprogramm für zu Hause	28
Allergien und weitere Erkrankungen	18	Impressum	31
Tipps von unseren Physio-/Ergotherapeut*innen ...	18		

KONTAKT

DIAKOVERE Annastift

Orthopädische Klinik der
Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)
Anna-von-Borries-Straße 1-7
30625 Hannover/Kleefeld

Sekretariat

Telefax 0511 5354-682
Terminvergabe zur ambulanten Vorstellung
Telefon 0511 5354-333

Privatsprechstunde/Terminvergabe Gelenkerhaltende Maßnahmen und Endoprothetik

Telefon 0511 5354-340
E-Mail endoprothetik.dka@diakovere.de

Annastift Fachabteilungen



Annastift Department Endoprothetik





Univ.-Prof. Dr. med. Henning Windhagen



SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

beim Bewegungsablauf des menschlichen Körpers spielt das Hüftgelenk eine zentrale Rolle. Probleme an diesem Gelenk verursachen meist früher oder später Beschwerden und als Folge häufig Einschränkungen in der Mobilität. Gründe kann es dafür viele geben. Sie reichen von der Veranlagung über Fehlstellungen bis hin zur chronischen Überlastung.

Liegt ein Hüftgelenksleiden vor, so ist das Spektrum einer Erkrankung in diesem Bereich vielfältig und bedarf einer individuellen Diagnostik und Therapie. Mit dieser Broschüre möchten wir Sie über Beschwerden und Behandlungsmöglichkeiten an der Hüfte informieren.

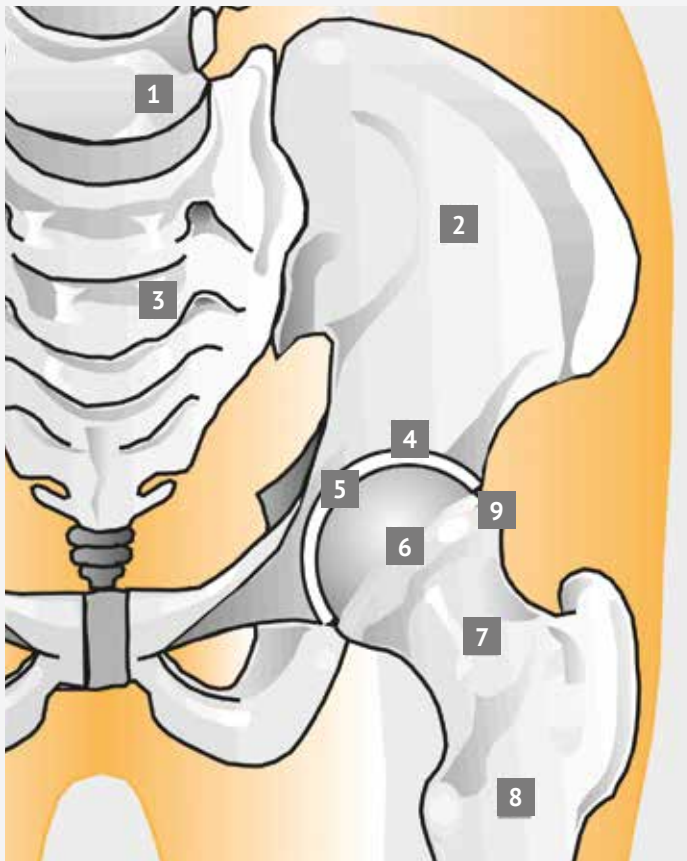
Das Hüft-Team der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im DIAKOVERE Annastift steht Ihnen für eine individuelle Beratung und Behandlung insbesondere auch in schwierigen Fällen kompetent zur Seite. Unser Bestreben ist es, alle konservativen Möglichkeiten, d.h. zunächst Behandlungen ohne eine Operation, auszuschöpfen, und wir operieren wenn möglich minimal-invasiv, damit wichtiges Gewebe geschont wird.

Gelenkerhaltende Operationsmethoden entwickeln sich ständig weiter, und beim Einsatz eines Kunstgelenks (Endoprothese) wird zu Recht zum Wohle der Patient*innen immer mehr eine besonders hohe Präzision gefordert.

Das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung ENDOC^{max} im Annastift unterliegt strengen Sicherheitsanforderungen und höchsten Qualitätsmechanismen. Hier kommen nur erfahrene Operateur*innen zum Einsatz, die eine hohe Anzahl an Operationen vorweisen können und sich einem ständig agierenden Kontrollsystem unterziehen. Damit haben wir optimale Voraussetzungen für ein neues Gelenk und die somit verbundene neue Lebensfreude für Sie geschaffen.

Ihr

Univ.-Prof. Dr. med. Henning Windhagen,
Direktor der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im DIAKOVERE Annastift sowie ärztlicher Leiter des Departments Endoprothetik und Rekonstruktive Gelenkchirurgie Hüfte/Knie



Aufbau des Hüftgelenks

- 1 *Wirbelsäule*
- 2 *Becken*
- 3 *Kreuzbein*
- 4 *Hüftpfanne*
- 5 *Knorpelschicht und Gelenkflüssigkeit*
- 6 *Hüftkopf*
- 7 *Oberschenkelhals*
- 8 *Oberschenkelknochen*
- 9 *Gelenkklippe (Labrum)*

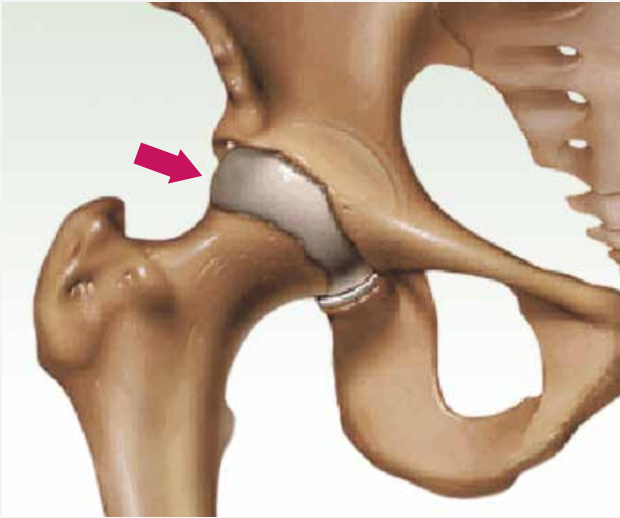
DAS HÜFTGELENK

Unser Hüftgelenk ist ein komplexes Gefüge. Es ist von einer kräftigen Gelenkkapsel umgeben und verbindet den Rumpf mit den Beinen. Die Hüftpfanne des Beckens und der runde Hüftkopf des Oberschenkelknochens, der wie eine Kugel in der Hüftpfanne liegt, sind mit einer glatten Knorpelschicht überzogen. Bewegungen wie Drehen, Beugen, Strecken sowie An- und Abspreizen sind so problemlos möglich.

Zwischen den beiden mit Knorpel überzogenen Gelenkflächen befindet sich eine viskose Flüssigkeit, die sogenannte Gelenkschmiere (Synovia). Sie dient der Ernährung des Gelenkknorpels sowie der Schmierung der Gelenkflächen und trägt gemeinsam mit dem Gelenkknorpel zur Stoßdämpfung in den Gelenken bei. Der Gelenkknorpel ermöglicht als elastisches, wasserhaltiges Gewebe einen reibungsarmen, gleitenden Bewegungsablauf.

Stabilität erhält das Gelenk durch die Gelenkkapsel, die knöcherne Formgebung, kräftige Bänder und die umgebende Muskulatur.





Bei einem gesunden Hüftgelenk mit intaktem Knorpelüberzug (→) wirkt die elastische Knorpelsubstanz bei den ständigen körperlichen Belastungen wie ein Stoßdämpfer.



Im Alter lässt die Versorgung des Knorpelgewebes nach, es können sich Risse bilden (→) und die Knorpelsubstanz kann abgerieben werden. Es kommt zur Arthrose. Ein zerstörtes Knorpelgewebe wird vom Körper nicht nachgebildet.

WAS IST ARTHROSE?

Abnutzungen am Gelenkknorpel sind natürliche Alterserscheinungen, die einen Gelenkverschleiß zur Folge haben können. Im Gegensatz zu anderen Gewebearten des menschlichen Körpers, wie z.B. der Haut, besitzt der Gelenkknorpel nicht die Fähigkeit zur Selbstheilung oder Reparatur. Ein verletzter oder verbrauchter Gelenkknorpel ist für immer verloren. Dieser Verlust der Oberflächenschicht des Gelenks führt zu einer schmerzhaften Funktionseinschränkung.

Ein Arthroseprozess verläuft häufig schleichend und über mehrere Jahre. Durch das Absterben einzelner Knorpelzellen entstehen Furchen und Risse. Der Knorpel wird dadurch rau, fasert auch bei normalen Belastungen immer weiter auf, und es können sich zerstörte Knorpelteilchen ablösen, die die Gelenkschleimhaut reizen. Eine Gelenkentzündung und ein Gelenkerguss sind die Folgen. Die Bewegungsfähigkeit verschlechtert sich kontinuierlich und der Betroffene leidet unter immer stärkeren Schmerzen.

Zusätzlich können am Gelenk Knochensporne und Knochenneubildungen (Osteophyten) entstehen. Der Körper versucht damit, eine weitere Knorpelschädigung durch eine Vergrößerung der Auflagefläche des Gelenks zu verhindern. Dieser Prozess bleibt allerdings leider ohne Wirkung.

Hauptsymptom der Arthrose ist der Schmerz. Er tritt als sogenannter „Anlaufschmerz“ oder später als Belastungsschmerz

auf. Oft führt dieser Schmerz dazu, dass das Gelenk geschont wird. Dieses wiederum verschlechtert den Zustand des Knorpels, da dieser Bewegung und den damit verbundenen Flüssigkeitsaustausch für seine Ernährung benötigt.

Eine häufige Form der Hüftarthrose ist die idiopathische oder primäre Arthrose, ein Gelenkverschleiß unbekannter Ursache. Sie gilt heute als eine typische Alterserscheinung. Die Krankheit nimmt einen langsamen Verlauf, der sich über Jahre entwickelt. Treten Schmerzen und Bewegungseinschränkungen auf, ist der Knorpel meistens bereits unheilbar geschädigt. Häufig sind Fehlstellungen die Ursache der Hüftgelenksarthrose. Hierzu zählen die unzureichende Überdachung des Hüftkopfes (Hüftdysplasie), die vermehrte Überdachung (Pincer-Impingement) oder ein Buckel am Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals (CAM-Impingement). Ferner kann eine fortgeschrittene Durchblutungsstörung im Hüftkopf (Hüftkopfnekrose) zum Einbruch der Gelenkfläche führen.

Zu den gleichen Beschwerden, allerdings mit anderen Ursachen, kann die chronische Polyarthrit (Gelenkrheuma) führen, die oftmals mehrere Gelenke betrifft. Der Körper bildet als Abwehrreaktion Substanzen, welche die Gelenkschleimhaut anschwellen lassen und zu einer chronischen Gelenkentzündung mit fortschreitendem Zerstörungsprozess führen. Die Orthopäden sind in der Lage, die Symptome zu behandeln, eine Heilung ist bis heute nicht möglich.



*Wenn lieb gewonnene Tätigkeiten zur Qual werden, ist die Zeit reif für eine Entscheidung zur Operation. Diese Entscheidung treffen ganz allein Sie als Patient*in, wenn Sie den Leidensdruck als nicht mehr erträglich empfinden. Arthrose und die damit verbundenen Schmerzen schränken die Bewegungsfreiheit stark ein. Inaktivität und die Isolation sind die Folgen. Wenn die traditionellen Behandlungsmethoden keinen Erfolg mehr bringen, ist ein neues Hüftgelenk eine Möglichkeit, die Lebensqualität zurück zu gewinnen.*

WIE ENTSTEHT ARTHROSE?

Die knöcherne Formgebung der Hüftgelenkpfanne und des Hüftkopfes muss gut aufeinander abgestimmt sein. Störungen in diesem System fördern die Entstehung einer Arthrose. Grundsätzlich kann jede Erkrankung des Gelenkknorpels, der Gelenkschleimhaut oder der Gelenkschmiere zur Arthrose führen. Der komplexe Prozess der Entstehung einer Arthrose ist nicht vollständig geklärt.

Einige Aspekte können jedoch die Entwicklung beschleunigen. Ein erhöhtes Arthrosrisiko besteht unter anderem durch:

- **Übergewicht**

Ein Übergewicht überlastet Knie- und Hüftgelenke.

- **Sportliche und berufliche körperliche Belastungen**

Falsche oder übermäßige Belastung bei sportlichen oder beruflichen Aktivitäten, wie z.B. Stoßbelastungen. Die ständige Tätigkeit am Presslufthammer fördert beispielsweise eine Arthrose des Ellenbogens.

- **Gelenkfehlstellungen, Stoffwechselstörungen**

Anlagebedingte oder erworbene Veränderungen wie Gelenkfehlstellungen, Stoffwechselstörungen (z. B. Diabetes, Gicht) und entzündliche Erkrankungen (Rheuma).

- **Einblutungen in die Gelenke**

Bluter erleiden aufgrund von Einblutungen eine sehr frühe und schnell verlaufende Arthrose aller großen Gelenke.

- **Verletzungen**

Verletzungsfolgen, wie z. B. Verrenkungen oder hüftgelenksnahe Knochenbrüche, mit verbleibenden Fehlstellungen oder Knorpelschädigungen. Diese werden als präarthrotische Deformität bezeichnet.

Hinweise auf eine beginnende Arthrose – worauf Sie achten sollten:

- **Morgensteifigkeit bzw. Anlaufschmerz (bei beginnender Bewegung)**
- **Schmerz bei Belastung bis hin zum Ruheschmerz, Nachtschmerz**
- **Einschränkung der Bewegungsfähigkeit**
- **Gelenkschwellung**
- **Überwärmung des Gelenks**
- **Veränderung der Beinstellung (z.B. O-Bein oder X-Bein)**



BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN BEIM VERSCHLEISS DES HÜFTGELENKS

Konservative Therapie – Behandlung ohne Operation

Entsprechend den vorangenannten Ursachen für einen Gelenkverschleiß sollte zunächst versucht werden, diese ursächlich zu behandeln. Eine kontrollierte Gewichtsabnahme bei Übergewichtigen, entzündungshemmende, schmerzlindernde Medikamente bei Rheumapatient*innen oder die Behandlung z. B. von Stoffwechselerkrankungen seien hier beispielhaft genannt.

Bewegung

Auch das verschlissene Gelenk braucht Bewegung. Dabei sollte eine Überlastung vermieden werden. Schwimmen und Fahrradfahren sind sehr gut geeignet, da hier eine Entlastung des Hüftgelenks vom Körpergewicht erfolgt.

Medikamente, Spritzen

Auch Spritzen in das Gelenk können helfen. Dabei muss zwischen der Verabreichung verschiedener Medikamente unterschieden werden. Kortison kann helfen, einen schmerzhaften Reizzustand in den Griff zu bekommen. Manchmal werden Spritzen mit z. B. Hyaluronsäure angeraten. Diese sollen zu einer teilweisen Verbesserung des Knorpelzustandes führen und müssen meist von den Patient*innen selbst bezahlt werden.

den. Die in den Medien häufiger beschriebene „Knorpelaufbauspritze“ existiert aus unserer Sicht bisher leider nicht.

Akupunktur, Homöopathie, Stoßwellentherapie

Die drei genannten Therapien können hilfreich sein, werden allerdings nicht von allen Krankenkassen übernommen.

Physiotherapeutische Behandlung

Begleitend kann eine physiotherapeutische Behandlung Reizzustände verringern, Schmerzen reduzieren und verkürzte Bänder und Muskeln kräftigen, entspannen oder dehnen. Sie kann allerdings nur Symptome lindern, nicht aber die Ursachen bekämpfen.

Orthopädische Hilfsmittel

Orthopädietechnische Maßnahmen, wie beispielsweise das Benutzen von Unterarmgehstützen, sowie weiche Sohlen oder Pufferabsätze, können die Schmerzen lindern. Die Kosten für Pufferabsätze werden von den gesetzlichen Krankenkassen leider nicht übernommen, d.h. diese müssen privat bezahlt werden.

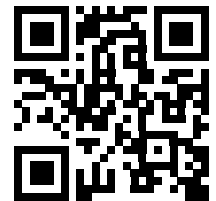


Röntgenaufnahme einer Hüftdysplasie beidseits mit unzureichender Überdachung der Hüftköpfe aufgrund der Hüftdysplasie.



Röntgenaufnahme nach periacetabulärer Beckenosteotomie mit einer Fixierung durch zwei Schrauben. Hier zeigt sich eine normale Überdachung des Hüftkopfes.

Einen Film zum Thema finden Sie hier:



Gelenkerhaltende Operationen

Die Hüft-Arthroskopie und Mini-Open-Technik

Es gibt einige gelenkerhaltende Operationen, wie z. B. die Hüft-Arthroskopie (Schlüssellochtechnik) oder die sogenannte Mini-open-Technik. Hierbei kann bei beginnenden arthrotischen Veränderungen durch eine Gelenkspülung, eine lokale Knorpeltherapie, das Abtragen von knöchernen Überständen oder knöcherner Korrekturen eine Schmerzlinderung und Verbesserung der Beweglichkeit erzielt werden. Dies ist meistens jedoch nur im Anfangsstadium einer Arthrose sowie bei kleinen Knorpelschäden und somit bei jüngeren Patient*innen erfolgversprechend. Bei der angeborenen Hüftdysplasie (meistens Patient*innen zwischen 15 und 35 Jahren) kommen dreidimensionale Beckenkorrekturen in Betracht (periacetabuläre Osteotomie nach GANZ), um eine frühzeitige Arthroseentwicklung zu verhindern.

Die periacetabuläre Beckenosteotomie nach Ganz (PAO)

Die angeborene unzureichende knöcherner Überdachung des Hüftgelenks (Hüftdysplasie) oder eine anderweitige Fehlstellung der Hüftgelenkpfanne (z. B. Retroversion) stellen Präarthrosen dar.

Das heißt, es kann aufgrund der Fehlveranlagungen langfristig mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Schädigung

des Hüftgelenkknorpels (Koxarthrose) kommen. Häufig ist es möglich, im jungen Erwachsenenalter diese knöchernen Fehlstellungen zu korrigieren, um das Risiko einer späteren Arthrose zu mindern oder die Entstehung eines Knorpelschadens zumindest zu verzögern.

Bei der periacetabulären Beckenosteotomie nach GANZ (PAO) wird die Hüftpfanne unter Schonung der Weichteilstrukturen durch mehrere Knochenschnitte mobilisiert, in die korrekte Position geschwenkt und abschließend mit Schrauben fixiert. Unter einer Teilbelastung von etwa 4 bis 6 Wochen kommt es in der Regel nach 8 bis 12 Wochen zur vollständigen Heilung der Knochenschnitte.

Fehlstellungen der Gelenkpfanne, wie die Hüftdysplasie, können auch mit Fehlausrichtungen der Schenkelhalse kombiniert vorliegen (sog. Torsionsfehler). Auch Fehlstellungen der Schenkelhalse können operativ korrigiert werden (Korrekturosteotomie des Oberschenkelknochens). Die Wichtigkeit der Schenkelhalsausrichtung und das Zusammenspiel mit der Pfannen-anatomie ist erst in den letzten Jahren zunehmend verstanden worden, sodass häufig eine solche Fehlstellung noch nicht adäquat abgeklärt ist.



DAS KÜNSTLICHE HÜFTGELENK

Ist der Verschleiß zu weit fortgeschritten oder die vorgeannten Behandlungsmethoden versagen, bleibt nur die Möglichkeit, ein künstliches Hüftgelenk (Totalendoprothese, Hüft-TEP) zu implantieren. Der künstliche Hüftgelenkersatz ist eine der großen Innovationen und Erfolgsgeschichten des letzten Jahrhunderts. Pro Jahr werden mittlerweile etwa 200.000 Operationen in Deutschland durchgeführt. Die Implantation einer Hüftendoprothese hat das Ziel, die Schmerzfreiheit, die Bewegungs- und Gehfähigkeit wiederherzustellen.

Vor der Kunstgelenkoperation stellt sich eine ganze Reihe von Fragen, die wir nachfolgend gern beantworten.

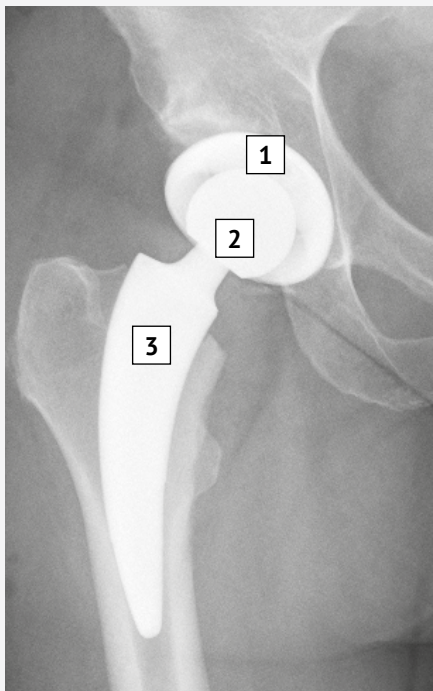
- Wann ist der richtige Operationszeitpunkt?
- Wie ist eine Hüftprothese aufgebaut?
- Welche Prothese ist die richtige?
- Was ist das seitliche Hüftschmerzsyndrom?
- Was können Sie bereits vor der Operation tun?
- Wie erfolgt die Betreuung durch den/die Narkoseärzt*in?
- Wie läuft die Operation ab?
- Ist eine minimalinvasive Operation möglich?
- Müssen Sie mit Komplikationen rechnen?
- Wie erleben Sie die ersten Tage und Wochen nach der Operation?
- Wie leben Sie mit dem Kunstgelenk?

Ein künstliches Gelenk kann allerdings nie vollständig die Perfektion eines natürlichen Gelenkes ersetzen.

Wann ist der richtige Operationszeitpunkt?

Entscheidend für den richtigen Operationszeitpunkt ist der individuelle Leidensdruck eines Patienten bzw. einer Patientin. Schmerzen und eine eingeschränkte Lebensqualität können eine Rolle spielen. Die früher bestehenden Bedenken bezüglich des Alters der Patient*innen im Hinblick auf „zu jung“ oder „zu alt“ sind bei der modernen Kunstgelenkchirurgie in den Hintergrund gerückt.

Die Muskulatur hat nach heutigen Erkenntnissen eine zentrale Bedeutung für den Erfolg einer Operation. Ein zu langes Hinausschieben der Operation kann aufgrund von Schonhaltungen und Bewegungsmangel bereits vor der Operation zu einer erheblichen Mitschädigung der Muskulatur führen. Im Gelenkbereich wird der Knochen in seiner Qualität schlechter und kann sogar teilweise einbrechen. Dadurch kann eine Verankerung des Kunstgelenks erschwert werden. Moderne Implantate können dann häufig keine Anwendung mehr finden. Nicht in jedem Fall sollten demzufolge die Beschwerden bis zum Äußersten ausgereizt werden.



- 1 Hüftpfanne
- 2 Prothesenkopf
- 3 Prothesenschaft

Auf dem Röntgenbild sind die drei Teile eines Kunstgelenks nach der Implantation zu erkennen.



Kurzschafthüftprothese, zur Veranschaulichung in einem künstlichen Knochenmodell platziert.

WIE IST EINE HÜFTPROTHESE AUFGEBAUT?

Ein komplettes Kunstgelenk (Endoprothese) an der Hüfte besteht aus vier Teilen.

Der Schaft

Der Prothesenschaft wird im Oberschenkelknochen verankert. Der obere Teil des Schaftes besitzt ein Verbindungsstück in Form eines Kegelstumpfes, auf dem der Prothesenkopf fest verklemt wird. Es gibt verschiedene Schaftmodelle. Man unterscheidet insbesondere die Varianten Kurzschafthüftprothese, kürzerer Geradschaft und Geradschaftprothesen. Welche Prothese zum Einsatz kommt, hängt von den anatomischen Gegebenheiten bzw. dem Schaden am knöchernen Hüftgelenk des Patienten ab.

Der Kopf

Der Kopf der Endoprothese besteht aus Keramik oder Metall. Sein Durchmesser beträgt in der Regel 32 oder 36 mm. Er besitzt eine hochpolierte Oberfläche, so dass er sich sehr gut und reibungsarm in der neuen Hüftpfanne bewegen kann.

Die Pfanne

Sie wird in der natürlichen Hüftpfanne verankert und ersetzt diese vollständig. Die neue Hüftpfanne besteht aus einer Metallschale mit einem Kunststoff-, Metall- oder Keramik-einsatz.

Der Einsatz (Inlay)

Der Kunststoff- oder Keramikeinsatz wird in der Pfanne verklemt – er passt optimal zum neuen Hüftkopf.

Die Vielzahl der uns zur Verfügung stehenden Prothesengruppen und Verankerungsmöglichkeiten sowie das langjährige bewährte Zusammenarbeiten mit Herstellern, die kontinuierlich allerbeste Materialien entwickeln, erlauben uns, je nach Alter des Patienten sowie Form und Qualität des Knochens, das für den/die Patient*in bestmögliche individuelle Kunstgelenk zu implantieren. Vor dem Eingriff werden Sie über die bei Ihnen geplante Vorgehensweise informiert.

Eine endgültige Entscheidung, welches individuelle und somit optimal für Sie geeignete Kunstgelenk verwendet werden sollte, wird erst während der Operation getroffen. Für Sie als Patient*in ist es daher ein wichtiges Kriterium, dass in Ihrer bevorzugten Klinik eine große Auswahl an Kunstgelenkmodellen, die alle wesentlichen oben genannten Optionen abdecken, kontinuierlich zur Verfügung steht und das Implantieren dieser Spezialmodelle außerdem von einem/einer erfahrenen Operateur*in beherrscht wird.



Beispiel zweier Kunstgelenke einer Kurzschaftprothese sowie die dazugehörige Pfanne (kleines Bild).



Prothesenbeispiel mit einem kürzeren Geradschaft. Verschiedene Implantatvarianten stehen für eine individuelle Gelenkrekonstruktion zur Verfügung.



Röntgenaufnahme der nebenstehenden Prothese nach der Implantation.

WELCHE PROTHESE IST DIE RICHTIGE?

Ihr/Ihre Ärzt*in wird Ihnen nach der Untersuchung genau sagen, welche operative Variante und welches Implantat bei Ihnen sinnvollerweise einzusetzen ist. Dabei muss dem/der Operateur*in eine Entscheidung während des chirurgischen Eingriffs vorbehalten bleiben.

Die Verankerung im Knochen

Eine Verankerung im Knochen kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Eine Möglichkeit ist die Verwendung eines Kunststoffklebers, dem sogenannten Knochenzement. Alternativ kann das Kunstgelenk auch im Knochen passgerecht verklemt werden (zementfreie Implantation).

Kunstpfannen werden beispielsweise auch durch sogenannte Press-Fit-Verfahren sicher fixiert. Diese haben von Anfang an eine sehr hohe Stabilität.

Nach der Operation kommt es zu einem Anwachsen des Knochens an das Kunstgelenk.

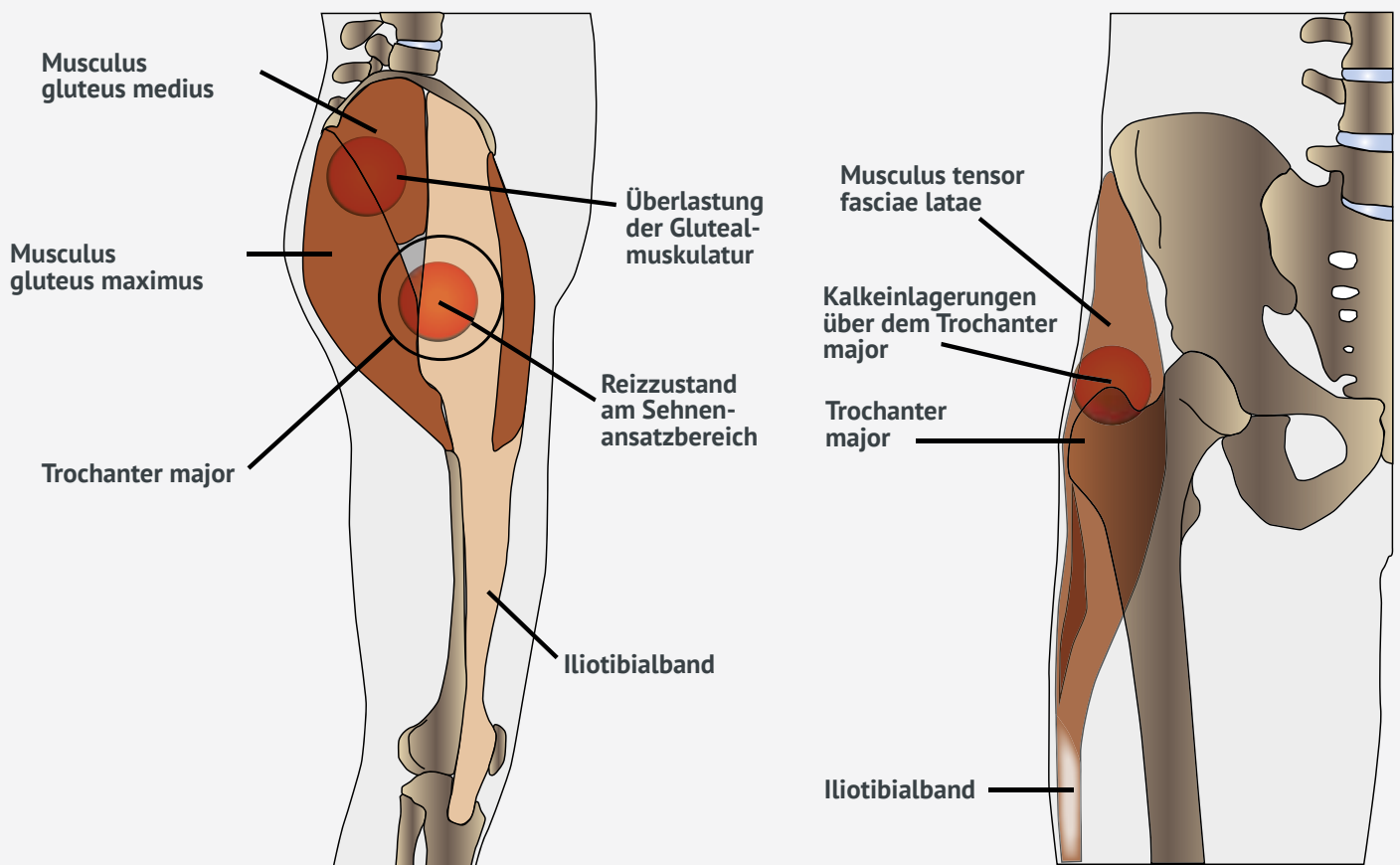
Eine Vollbelastung nach der Operation ist in den meisten Fällen möglich. In seltenen Fällen kann es allerdings doch nötig sein, dass über einen begrenzten Zeitraum hinweg eine Belastungslimitierung eingehalten werden muss.

Das bedeutet, wie schnell Sie das neue Gelenk wieder belasten können, hängt z. B. auch von Ihrer Konstitution ab (siehe Informationen zum OPTI-Track auf Seite 16).

Gleitpaarungen

Der gelenkige Kontakt findet zwischen dem Prothesenkopf und der Auskleidung der Pfanne (Inlay) statt. Hierbei finden verschiedene Materialien (Gleitpaarungen) Anwendung. In unserer Klinik kommen am häufigsten Polyethylen, Keramik und gelegentlich Metall als Gleitpartner zum Einsatz. Auch hier gibt es für jede Gleitpaarung Vor- und Nachteile im Hinblick auf das Verhalten von Abrieb, Verschleiß und Stabilität.

Je nach Alter des Patienten sowie Form und Qualität des Knochens gibt es für jede Patientin bzw. jeden Patienten ein individuelles Kunstgelenk. Vor dem Eingriff werden Sie über die bei Ihnen geplante Vorgehensweise informiert. Sie können sicher sein, dass das DIAKOVERE Annastift, d.h. die Orthopädische Klinik der MHH, eine umfangreiche Palette an hochwertigen Implantaten für alle erdenklichen anatomischen Verhältnisse am Hüftgelenk zur Verfügung hat.



DAS SEITLICHE HÜFTSCHMERZSYNDROM

Bei dem seitlichen Hüftschmerzsyndrom oder auch Greater Trochanteric Pain Syndrom (GTPS) handelt es sich um eine Erkrankung, bei der langanhaltende Beschwerden der Hüftaußenseite, der Oberschenkelaußenseite und/oder Gesäßschmerzen entstehen. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Vierte im Laufe des Lebens davon betroffen ist. Häufig kommt es zu chronischen Schmerzen, die durch Druck auf den großen Rollhügel, bei Lage auf der Seite, längerem Stehen und Gehen zunehmen, sodass Betroffene ein hinkendes Gangbild entwickeln können.

In den meisten Fällen liegt eine chronische Überlastungsreaktion durch funktionelle Störungen vor.

- Sehnenansatzreizung (Tendinopathie/Sehnenläsion)
- Schleimbeutelentzündungen (Bursitis trochanterica)
- Schnappende Hüfte (Coxa saltans)

Die Therapiestrategien sind vielfältig und hängen maßgeblich von der Erkrankungsursache ab. Zu Beginn kann die Behandlung mit physikalischer und manueller Therapie, nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), Eis, Gewichtsreduktion, Physiotherapie, Stretching, Kräftigung und Aktivitätsmodifikationen erfolgen. In unterschiedlichsten Kombinationen liegen die Erfolgsraten zwischen 40 % und 83 %.

Kortikosteroidinjektionen (meist mit einem Lokalanästhetikum als Trägersubstanz) zeigten mit oder ohne begleitende multimodale physiotherapeutische Behandlung eine Erfolgsquote von 49–100 %, mit etwa 60 % beschwerdefreien Patient*innen nach 6 Monaten.

Bei chronischen, therapieresistenten Sehnenreizungen besteht die Gefahr der fortschreitenden Schwächung der Sehne und des Übergangs zum Muskel bis hin zum kompletten Abriss mit einem folgenden irreversibel verfettenden Umbau des Muskels.



MRT einer 42-jährigen Patientin vor der Operation mit Bursitis trochanterica (Entzündung des Schleimbeutels am Trochanter major) und beginnender Sehnedegeneration sowie Teilabriss der Sehne.



MRT zwei Jahre nach der Operation und nachdem ein Jahr lang konservative Therapien mit Kortisoninfiltrationen, Stoßwellentherapie und Querfriktionsmassagen vorgenommen wurden. Es erfolgte eine vollständige Ausheilung.

Sollte daher ein konservativer Therapieerfolg nach Ausreizung der Maßnahmen ausbleiben, wäre eine offene oder arthroskopische Sehnennaht mit Nahtankern und/oder Entfernung des Schleimbeutels zu empfehlen.

Bei kernspintomografisch gesichertem Teil- oder Komplettabriss ist eine direkte operative Therapie zu empfehlen. Diese kann ebenfalls offen oder arthroskopisch mit Sehnenrefixation mit Hilfe von Nahtankern erfolgen.

Bei langfristig bestehenden Sehnenrissen des M. gluteus medius und -minimus kann es zu einer zunehmenden irreversiblen Muskelverfettung kommen. Dadurch verliert der Muskel seine Funktion, wodurch eine Refixation der Sehne keine Beschwerdelinderung mehr erbringen würde.

In diesen Fällen ist ein Transfer eines Teils des großen Gesäßmuskels (M. gluteus maximus) zu empfehlen (Gluteusmaximus-Transfer), wodurch der transferierte Teil die fehlende Funktion zum Teil übernimmt und eine Beschwerdelinderung erreicht werden kann.

Nachbehandlung:

Nach einer Refixation der Sehne oder nach dem Gluteusmaximus-Transfer wird eine sechswöchige Teilbelastung an Unterarmgehstützen, die Anlage einer Spezialorthese sowie Physiotherapie empfohlen.

SCHNELLER MOBIL MIT OPTI-TRACK

Gute Genesung durch rasche Mobilisation

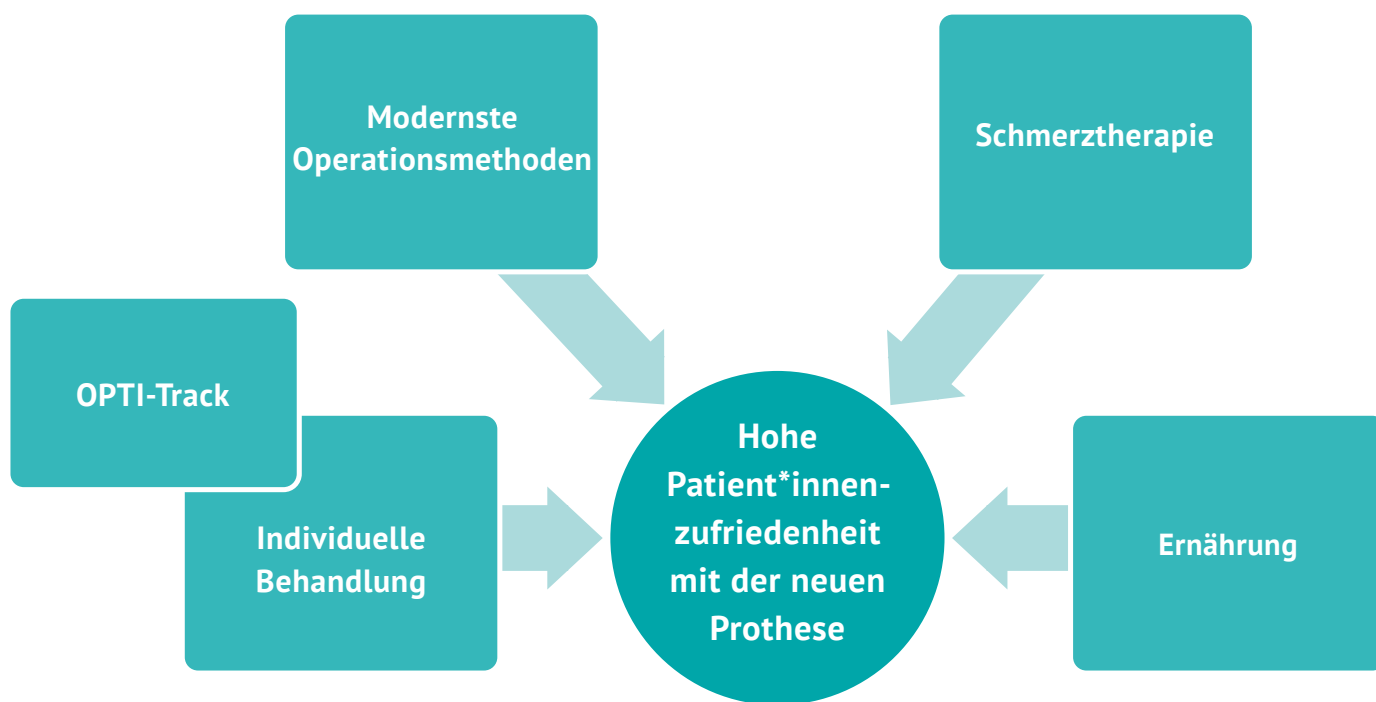
Die zügige Mobilisation nach der Operation senkt das Risiko für schwerwiegende Komplikationen wie beispielsweise Thrombosen, Lungenarterienembolien oder Schlaganfälle deutlich. Die schnelle Erholung trägt dazu bei, dass das Kunstgelenk besser funktioniert und Sie ein besseres Ergebnis erzielen. Als positiver Nebeneffekt ist eine verkürzte Krankenhausverweildauer möglich. Sie können schneller wieder in Ihre vertraute häusliche Umgebung zurückkehren oder zügiger Ihre ambulante bzw. stationäre Anschlussheilbehandlung antreten. Selbstverständlich bleibt jede(r) Patient*in so lange dies erforderlich ist in unserer Klinik.

Unser Konzept basiert auf Ihrer aktiven Teilnahme und Ihrer Vorbereitung zu Hause für die Zeit vor und nach der Operation.

Durch gezielte Übungen, die Sie im Vorfeld durchführen, stärken Sie bedeutende Muskeln und bereiten Ihren Körper optimal auf den bevorstehenden Eingriff vor. Des Weiteren spielt Ihre Ernährung bzw. Ihr Ernährungszustand eine wichtige Rolle.

Das bedeutet, durch eine bestmögliche Vorbereitung und Ernährung sowie mit der richtigen Weiterbehandlung nach der Operation, kann eine gute Wundheilung, rasche Mobilität, Stabilität, Athletik und ein Return-to-Sports erreicht werden. Gern informieren wir Sie gesondert mit unserem Informationsflyer „Essen Sie sich fit für Ihre Operation“ zu diesem Thema.

Woraus besteht der OPTI-TRACK?



Rasche Mobilisation = Schnelle Genesung



Mit dem **OPTI-TRACK**-Verfahren betrachten wir im Vorwege sehr genau Ihre **individuelle körperliche Leistungsfähigkeit**, um Sie optimal auf die Operation vorzubereiten und zu betreuen.



Patientenorientierte Versorgung

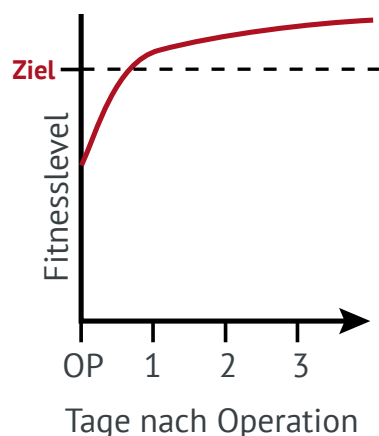
Körperlich fitte Patient*innen

→ Eine schnelle Mobilisation und schnelle Rückkehr in den Alltag kann erfolgen

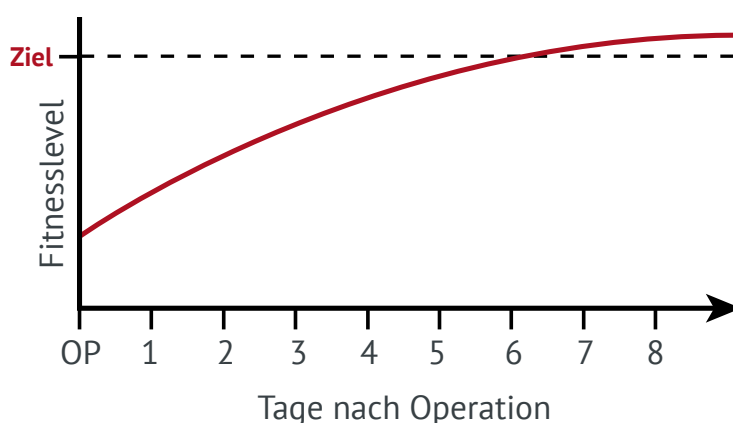
Körperlich eingeschränkte Patient*innen

→ Eine bedarfs- und zeitgerechte Mobilisation wird sichergestellt

OPTI-TRACK



Klassische Operation





WAS KÖNNEN SIE BEREITS VOR DER OPERATION TUN?

Training der Muskulatur

Soweit möglich, sollte die Muskulatur bereits vor der Operation trainiert werden. Dabei können Schmerzmittel helfen. Auch das Üben des Gehens mit Unterarmgehstützen und das damit verbundene Training der Armkraft erleichtern die ersten Tage nach der Operation.

Informationen zum Ablauf der Operation

Eine umfassende Information über den Ablauf einer Operation reduziert Unsicherheiten und Ängste während eines Krankenhausaufenthaltes. Dies trägt erheblich zu einem positiven Heilungsprozess bei. Unsere Veranstaltungsreihe **Patient*innenforum** zu speziellen orthopädischen Themen leistet hierzu als Informationsveranstaltung für Betroffene, Interessierte und Angehörige einen wichtigen Beitrag. Die genauen Themen und Termine finden Sie jeweils im Internet unter „Veranstaltungen“ unter www.diakovere.de

Infektionsschutz

Um Sie bestmöglich vor einer Infektion zu schützen, wird Ihnen bei der Vereinbarung des Operationstermins ein Set, bestehend aus Waschlotion und Nasengel, zur präoperativen Dekontamination der Haut, Haare und Nasenvorhöfe, ausgehändigt. Beide Präparate wenden Sie bitte bereits 5 Tage vor der Operation zu Hause an. Waschen Sie sich täglich von Kopf bis Fuß mit der Waschlotion und applizieren Sie

das Nasengel, um einer eventuellen Infektion bestmöglich vorzubeugen. Detaillierte Anwendungshinweise liegen der Lotion und dem Gel bei.

Allergien und weitere Erkrankungen

Sind Sie von Allergien betroffen, teilen Sie diese Ihrem behandelnden Arzt mit. Es geht dabei nicht nur um Metallallergien, sondern auch um Reaktionen auf Medikamente oder synthetische Stoffe (z. B. Latex).

Befinden Sie sich wegen anderer Erkrankungen in Behandlung, sollten Sie mit Ihrem Hausarzt besprechen, ob diese im Hinblick auf die bevorstehende Operation zurzeit bestmöglich behandelt sind. Teilen Sie diese Erkrankungen und Behandlungen ebenfalls Ihrem/Ihrer behandelnden Ärzt*in der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im DIAKOVERE Annastift mit.

Tipps von unseren Physio- und Ergotherapeut*innen

Die Streckfähigkeit des Gelenks ist besonders wichtig. Lagern Sie Ihr Bein der betroffenen Hüftseite ab sofort so gestreckt wie möglich. Legen Sie sich häufiger auf den Bauch, gegebenenfalls mit einem Kissen unter dem Bauch zur Erleichterung. Führen Sie regelmäßig Ihr „Trainingsprogramm für zu Hause“ durch (siehe Anhang ab Seite 26).



DIE BETREUUNG DURCH DEN/DIE NARKOSEÄRZT*IN VOR, WÄHREND UND NACH IHRER OPERATION

Anästhesievorbereitung

Wir möchten Sie sicher und schonend durch die Zeit Ihrer Operation begleiten. In manchen Fällen vereinbaren wir mit Ihnen daher etwa vier Wochen vor der geplanten Operation einen Termin in unserer Anästhesieambulanz zur Abklärung aller medizinischen Befunde. Hier haben Sie die Gelegenheit, alle gesundheitlichen Probleme, die neben Ihrem Hüftleiden bestehen, mit einer Ärztin/einem Arzt des Departments Anästhesiologie und Intensivmedizin zu besprechen. Bitte bringen Sie dazu die Untersuchungsbefunde, Berichte, Medikamentenlisten und weitere Unterlagen Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärzt*in, Internist*in oder eines anderen Facharztes/einer anderen Fachärzt*in mit. Wenn Sie Fragen haben, richten Sie diese gern per E-Mail unter **anaeamb.dka@diakovere.de** an unsere Anästhesieambulanz.

Anästhesieverfahren auswählen

Hüftoperation werden in Allgemeinanästhesie (Vollnarkose) oder in Teilbetäubung (Spinalanästhesie) durchgeführt. Die Vor- und Nachteile der Verfahren werden Ihnen beim Vorgespräch ausführlich erklärt. Dabei gehen wir gern auch auf Ihre Fragen, Wünsche und Vorstellungen ein.

Ein wesentliches Ziel der anästhesiologischen Betreuung ist es, dass Sie Ihre eigenen Fähigkeiten so schnell wie möglich

wiedererlangen und sich an der Frührehabilitation nach der Operation aktiv beteiligen können.

Bluttransfusionen

Oft können wir auf Fremdblutübertragungen verzichten, weil unsere Verfahren auf einen geringen Blutverlust ausgerichtet sind. In manchen Fällen sammeln wir das angefallene Wundblut, das wir reinigen und Ihnen ggf. wieder zurückgeben können.

Betreuung auf der Intensivstation

Nach dem Eingriff werden Sie von uns noch mehrere Stunden auf unserer Wach- oder Intensivstation betreut. Ihre Angehörigen können sich dort gerne nach Ihnen erkundigen oder Sie abends besuchen, wenn Sie das wünschen.

Schmerztherapie

Sie müssen in den ersten Tagen nach Ihrer Operation mit Schmerzen im Wundgebiet rechnen. Hierauf sind wir vorbereitet und beginnen bereits während der Operation mit der Gabe von Schmerzmitteln, die anschließend auf Ihrer Station nahtlos fortgesetzt wird. Nach einigen Tagen werden wir in Absprache mit Ihnen die Schmerzmittel reduzieren. Wir betrachten die Schmerztherapie nach der Operation als gemeinsame Aufgabe aller, die an Ihrer Behandlung beteiligt sind.



WIE LÄUFT DIE HÜFT-TEP-OPERATION AB?

Der erkrankte Hüftkopf wird durch Abtrennen des Oberschenkelhalses vom Oberschenkelknochen aus der Hüftpfanne entfernt. Die vorhandene Knorpelschicht und Einwachsungen im Bereich der Hüftpfanne werden durch stufenweises Auffräsen abgetragen. Parallel wird dabei das passgenaue Lager für das Pfannenimplantat vorbereitet.

Das ausgewählte Pfannenimplantat wird in das vorbereitete Lager eingebracht und das Pfannen-Inlay bei den zementfreien Implantaten eingesetzt. Der Markraum des Oberschenkelknochens wird stufenweise für das passende Implantat präpariert. Das Schaftimplantat wird je nach Situation mit oder ohne Knochenzement eingesetzt. Auf das Schaftimplantat wird schließlich der Endoprothesenkopf aufgesetzt.

Die Schaft-Kopf-Komponente wird mit dem Pfannenimplantat zusammengeführt.

Die neue Gelenkfunktionalität wird abschließend überprüft, danach werden die Weichteile vernäht und die Wunde verschlossen.

Was Sie in die Klinik mitbringen sollten

Notwendiges für Sie persönlich:

- Toilettenartikel
- Schlafanzug
- Bademantel
- Bekleidung für Sport und Freizeit
- Flache, an der Ferse geschlossene Haus-/Schuhe mit stabiler, rutschfester Sohle in ausreichender Weite ohne Beinlängenausgleich (keine MBT-Schuhe)
- Bereits vorhandene Hilfsmittel (z.B. langer Schuhlöffel, helfende Hand, Strumpfanziehhilfe, Gehstützen, Rollator)
- Ein Paar Hosenträger als Anziehhilfe
- Notwendige Medikamente
- Bücher, Zeitschriften
- Kontaktadressen von Freund*innen und Bekannten
- Etwas Bargeld

Notwendiges für die Klinik:

- Bereits angefertigte Röntgenbilder
- Untersuchungsberichte
- Überweisungen
- Krankenkassenversicherungskarte
- Aktueller Medikamentenplan



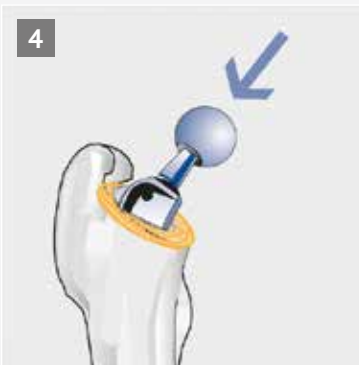
1
Entfernung des erkrankten Hüftkopfes



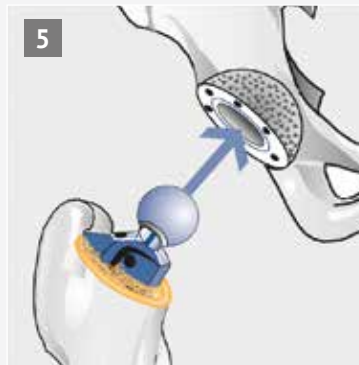
2
Verankerung der künstlichen Hüftpfanne



3
Einführen des Prothesenschafts in den Oberschenkelknochen



4
Der Prothesenkopf wird mit dem Schaft verbunden



5
Die Oberschenkelprothesenteile und die künstliche Hüftpfanne werden zusammengeführt



6

Ist eine minimalinvasive Operation möglich?

Wir sind Pioniere der minimalinvasiven Operationstechniken. Bei dieser Schnittführung durch das „Schlüsselloch“ handelt es sich um schonende Operationsverfahren. Dabei wird die Muskulatur nicht durchtrennt, sondern beiseite geschoben, was zum Ziel hat, dass Sie schneller fit und schmerzfrei sind.

Wir haben diese Methoden kontinuierlich weiterentwickelt und bieten Ihnen heute den optimalen Zugang für Ihre individuellen anatomischen Verhältnisse. Dabei ist immer unser oberstes Ziel, dass ein Implantat absolut präzise sitzt. Sind die Voraussetzungen dafür gegeben, kann sich der/die Operateur*in auf kleinere Narben konzentrieren.

Müssen Sie mit Komplikationen rechnen?

Grundsätzlich gilt: Jede Operation bringt allgemeine und spezifische Risiken mit sich. Das Operationsteam ist stets darum bemüht, Sie bestens zu behandeln und jegliche Komplikationen abzuwenden. Ein bestmöglicher Gesundheitszustand hilft, Risiken zu mindern.

Allgemeine Risiken als Folge der Operation sind:

- Die Entstehung einer Beinvenenthrombose (Gefäßverschluss durch ein Blutgerinnsel)
- Die Entstehung einer Lungenembolie (teilweiser oder vollständiger Verschluss eines Lungengefäßes durch ein Blutgerinnsel)

- In seltenen Fällen Verletzungen von Blutgefäßen oder Nerven
- Infektionen durch Bakterien

Das Risiko einer Beinvenenthrombose oder Lungenembolie wird durch die Gabe von Medikamenten, welche das Blut verdünnen (z. B. Heparin), verringert.

In unserer Klinik erfolgt bei der Aufnahme eines jeden Patienten ein standardisiertes MRSA-Screening, (resistente Erreger) gestaffelt nach Risikogruppen.

Grundsätzlich sollten Sie bei neuen Schmerzen im Operationsgebiet, neu auftretenden Schwellungen, Wundheilungsstörungen, Flüssigkeitsabsonderungen aus der Narbe oder unerklärlichem Fieber sofort Ihren/ihre Facharzt*in oder Ihre Klinik aufsuchen.

Eine Spätkomplikation kann eine Lockerung der Prothese im Knochen, bedingt durch Fehlbelastungen, eine Infektion, einen erfolgten Unfall oder auch Materialverschleiß sein. Dann muss eventuell ein Wechsel des Kunstgelenks erfolgen.

Informationen zu Risiken erhalten Sie vor einer jeden Operation. Lassen Sie sich durch diese genannten, jedoch selten auftretenden Probleme nicht davon abhalten, die Chance auf einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität durch die Operation zu nutzen.



Nach Ihrer Operation umfasst das Mobilisationsprogramm in der Rehabilitationsklinik unter anderem Trainingseinheiten in einem Bewegungsbad.

Wie erleben Sie die ersten Tage und Wochen nach der Operation?

Nach der Operation werden Sie von unserem Behandlungsteam betreut. Die Mobilisation wird individuell auf Sie abgestimmt und erfolgt unter Anleitung des Teams der DIAKOVERE-Physiotherapeut*innen.

Bei einem komplikationslosen Verlauf dürfen Sie bereits nach drei Tagen das Krankenhaus verlassen und können das Gelenk wieder voll belasten. Extreme Bewegungen (z. B. die Beine übereinanderschlagen oder extreme Hüftbeugungen) sollten allerdings für drei Monate vermieden werden.

Bereits im Vorfeld wird üblicherweise unser Sozialdienst mit Ihnen die Möglichkeit einer weiteren stationären oder ambulanten Rehabilitation besprechen (Anschlussheilbehandlung = AHB).

Gehören Sie bestimmten Krankenkassen an, haben Sie die Möglichkeit, in unser Programm der „Integrierten Versorgung“ (IV) aufgenommen zu werden. In diesem Fall wird die Rehabilitation in einer Klinik, mit der wir einen Kooperationsvertrag geschlossen haben, für Sie organisiert. Genauere Informationen hierzu erhalten Sie bei unseren Mitarbeitenden. Die sich an unsere Behandlung anschließende Rehabilitationsmaßnahme wird etwa drei weitere Wochen dauern, um den Operationserfolg zu festigen und Sie auf den Alltag vorzubereiten.



Bereits einen Tag nach der Operation stellen wir Sie in Abstimmung mit Ihrer aktuellen Fitness wieder auf die Beine.



LEBEN MIT DEM KUNSTGELENK

Wie können Sie Ihr Zuhause optimal vorbereiten?

In den ersten Tagen und Wochen nach dem Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthalt werden diverse Herausforderungen an Sie gestellt. Mit den nachfolgenden Empfehlungen können Sie Ihr Zuhause sehr gut auf diese Zeit vorbereiten.

- Entfernen Sie Teppichvorleger, ungünstig liegende Kabel und andere Gegenstände, an welchen Sie mit den Gehstützen hängenbleiben oder ausrutschen könnten.
- Stellen Sie Gegenstände, die Sie täglich brauchen (Geschirr, Kleidung, Medikamente etc.), auf Grifffhöhe. Um Mahlzeiten transportieren zu können, empfiehlt sich praktischerweise ein Servierwagen.
- Prüfen Sie, ob Ihr Bett die richtige Höhe hat. Das Ein und Aussteigen sollte Ihnen keine Probleme bereiten. Zwei Matratzen übereinander gelagert lösen dieses Problem vorübergehend.
- Das Badezimmer kann mit diversen Hilfsmitteln ausgestattet werden, wie z. B. Haltegriffe, rutschfeste Duschunterlagen usw. In Sanitätsfachgeschäften sind Hilfsmittel zum Anziehen erhältlich. Erkundigen Sie sich bei unseren ergotherapeutisch ausgebildeten Mitarbeitenden, welche Hilfsmittel genau für Sie sinnvoll oder notwendig sind.
- Möglicherweise werden Sie nach Ihrer Rückkehr viele Telefonanrufe von Angehörigen und Freunden erhalten. Es empfiehlt sich deshalb die Nutzung eines schnur-

losen Telefons. Dieses erspart lange Wege, weil Sie es stets bei sich tragen können.

- Legen Sie eine Taschenlampe neben Ihr Bett, wenn Sie den Lichtschalter nicht von dort aus bedienen können. So vermeiden Sie ein Stolpern, wenn Sie in der Nacht aufstehen müssen.
- Bereiten Sie Speisen vor, die Sie tiefkühlen und später nur noch aufzuwärmen brauchen. So ersparen Sie sich in den ersten Tagen eine aufwändige Küchenarbeit.

Was können Sie bereits, wenn Sie nach Hause kommen?

Nach der Rehabilitationsmaßnahme sind Sie schon recht gut mobil. In der ersten Zeit brauchen Sie eventuell noch Hilfe bei Tätigkeiten im Haushalt oder beim Einkaufen. Die Gehstützen sind meist drei bis sechs Wochen nach der Operation hilfreich. Die Zeit bis zum selbstständigen Autofahren ist individuell sehr unterschiedlich. Ein/e Patient*in mit Automatikfahrzeug und einer Operation der linken Hüfte wird dieses früher können als andere Patient*innen.

Wichtig sind die vollständige Beinkontrolle, das normale Bewegungsgefühl und die weitgehende Schmerzfreiheit. Haben Sie Geduld, wenn sich in den ersten Wochen immer noch Schmerzen einstellen. Ihr Körper muss sich mit seinen Bändern und Muskeln neu arrangieren. Geben Sie ihm Zeit, sich nach und nach auf die neue Situation einzustellen.



Nach einer Hüftoperation sind Nordic Walking und sogar Golfspielen durchaus wieder möglich. Ein regelmäßiges Training ist äußerst wichtig. Dosieren Sie die Bewegungen schonend und beginnen Sie in kleinen Schritten. Schmerzen sind dabei wichtige Alarmzeichen, auf die Sie mit Rücknahme der Belastung reagieren sollten.

Die Gefahr des Herausspringens des Kunstgelenks (Luxation) sinkt mit der Zeit. In der Anfangszeit sind daher extreme Bewegungsausschläge, wie beispielsweise tiefes Sitzen oder Hocken, zu vermeiden. Hilfsmittel, wie eine Strumpfanziehhilfe, ein spezielles Sitzkissen und ein Toilettenaufsatz, können hilfreich sein. Weitere Informationen entnehmen Sie dem Kapitel „Der Alltag mit einem künstlichen Hüftgelenk“.

Der körperlichen Liebe sind anfangs gewisse Grenzen gesetzt, auf der anderen Seite ist der sexuelle Kontakt mit einem künstlichen Hüftgelenk nicht wesentlich eingeschränkt. Ein offenes Gespräch mit Ihrem/Ihrer Ärzt*in oder Therapeut*in sollten Sie nicht scheuen. Ein Abspreizen der Beine führt nicht zum Herausspringen des Kunstgelenks, allerdings sollten Sie in der Anfangsphase unbedingt darauf achten, dass alle Bewegungen schmerzfrei durchführbar sind und **auf Hüftbeugungen von mehr als 90° verzichten**. Auch sollte das Gewicht Ihres/Ihrer Partner*in nicht direkt auf das operierte Gelenk einwirken.

Sport – was ist erlaubt?

Grundsätzlich ist sportliche Betätigung zu empfehlen: Sie steigert die Lebensqualität in sozialer und körperlicher Hinsicht und beugt Erkrankungen vor. Eine gute Beweglichkeit und der Kraftaufbau der Muskulatur sind nach einer Hüftendoprothesenoperation erstrebenswert, und eine gut ausgebildete Oberschenkelmuskulatur stabilisiert das Hüftgelenk wesentlich.

Vielleicht haben Sie schon vor dem Eingriff Sport betrieben. Ihr/Ihre Ärzt*in kann Ihnen sagen, ob Sie diesen auch mit einer Endoprothese ausüben können. Allerdings sollten Sportarten, bei denen die Gelenke extrem belastet werden oder eine hohe Verletzungsgefahr besteht (z. B. Fußball, Handball, Basketball, Squash, Kampfsportarten, alpiner Skisport), vermieden werden.

Ihre Sicherheit sollte auf jeden Fall im Vordergrund stehen! Gelenkverletzungen und Brüche bei Endoprothesenträgern haben oft schwerwiegende Folgen. Stellen Sie sich deshalb auf ein langsames Tempo und sanftere Bewegungsabläufe ein. So können Sie z.B. Schwimmen, Wandern, Nordic Walking, Gymnastik, Kegeln, Radfahren etc. sowie Mannschaftssport mit Einschränkungen und auch Golfen wieder ausüben. Im Zweifelsfall fragen Sie immer Ihren/Ihre Fachärzt*in oder die operierende Klinik und bedenken Sie bitte: Schmerzfreiheit kann auch schnell zu Überbelastungen führen!

Wie lange hält das Gelenk?

Die Haltbarkeit ist von vielen individuellen Faktoren abhängig. Im Durchschnitt ist eine Lebensdauer von 15 bis 20 Jahren realistisch. Bei einer Lockerung ist normalerweise eine Wechseloperation auf ein neues Kunstgelenk möglich. Mit jeder Wechseloperation tritt jedoch meistens ein gewisser Knochenverlust und eine Verschlechterung der Weichteilsituation ein.



NEUES GELENK – NEUE LEBENSFREUDE

Wir hoffen, mit diesen Informationen die Grundlage für die erfolgreiche Umsetzung unseres Mottos „Neues Hüftgelenk – neue Lebensfreude“ bei Ihnen geschaffen zu haben.

Tipps und Tricks für die Zukunft:

- Tragen Sie Lasten am besten in einem Rucksack
- Achten Sie auf ein gutes Schuhwerk mit festem Halt und weichen Sohlen
- Achten Sie auf Ihr Körpergewicht
- Jede bakterielle Infektion bedeutet eine Gefahr für Ihr Kunstgelenk, bei Zahnbehandlungen sollte eine Begleitbehandlung mit Antibiotika erfolgen
- Führen Sie bei Flugreisen Ihren Implantatträgerausweis mit sich
- Bei zunehmenden Schmerzen, Fieber oder Veränderungen an der Narbe sollten Sie zügig Ihren/Ihre Arzt*in konsultieren
- Vermeiden Sie Stürze durch Entfernen von Stolperfallen aus Ihrer häuslichen Umgebung. Achten Sie auf glatte, rutschige Stellen. Stützen Sie sich in Zweifelsfällen in diesen sturzgefährdenden Bereichen zusätzlich ab
- Verwenden Sie beim Fahrradfahren ein Damenrad oder einen „Tiefeinsteiger“, damit Sie beim Aufsteigen und Absteigen das Bein nicht über den Sattel schwingen müssen

Empfehlungen für gelenkschonende Aktivitäten:

- Flottes Spazierengehen
- Walking oder Nordic Walking
- Radfahren im niedrigen Gang
- Heimtrainer (z. B. Ergometer)
- Brust-/Rückenschwimmen im Wechsel mit Beinwechselschlag (kein Brustbeinschlag!)

Adressen:

Deutsche Arthrose-Hilfe e.V.

Verein zur Bekämpfung der Arthrosekrankheit
 Postadresse: Postfach 11 05 51, 60040 Frankfurt/Main
 Service-Adresse: Neue-Welt-Str. 4–6, 66740 Saarlouis
 Telefon 06831 94 66 77
 Telefax 06831 94 66 78
 E-Mail service@arthrose.de
 Internet www.arthrose.de

Deutsches Arthrose-Forum

Internetselbsthilfeforum von Betroffenen für Betroffene
 Internet: www.deutsches-arthrose-forum.de

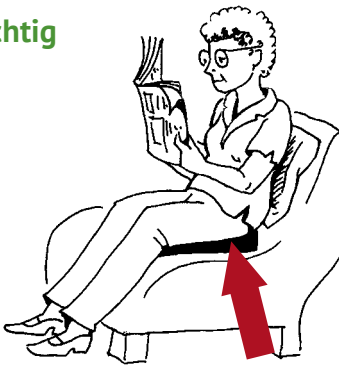
DER ALLTAG MIT EINEM KÜNSTLICHEN HÜFTGELENK

Wie Sie das „Herausspringen“ der Hüfte vermeiden

Sitzen und Aufstehen

Meiden Sie niedrige und weiche Sessel oder Sofas. Wählen Sie hohe, angepasste Sitzgelegenheiten. Erhöhen Sie den Sitz und stützen Sie Ihren Rücken gegebenenfalls durch ein festes Kissen.

Richtig



Falsch



Falsch



Liegen und Schlafen

Das Ein- und Aussteigen ist über beide Bettseiten erlaubt. Setzen Sie sich auf den Bettrand und drehen Sie danach das Becken und die Beine gleichzeitig über den Bettrand in die gewünschte Position.

Richtig



Unmittelbar nach dem Eingriff ist das Liegen auf dem Rücken, auf der rechten oder auf der linken Seite erlaubt.

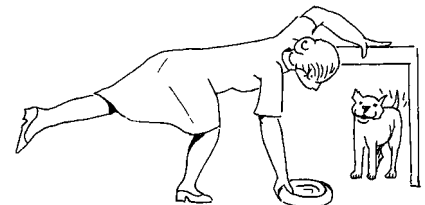
Lediglich die Bauchlage darf für drei Monate nur unter Aufsicht eines/einer Physiotherapeut*in erfolgen.

Beim Liegen auf der gesunden Seite können Sie ein Kissen zwischen die Beine legen, die Beine bitte nicht kreuzen. Schlafen in verschiedenen Lagen ist nach drei Monaten möglich.

Bücken

Halten Sie sich, wann immer möglich, an einem stabilen Gegenstand fest. Ist keiner vorhanden, stützen Sie sich auf dem nicht betroffenen Oberschenkel ab.

Richtig



Beugen Sie das gesunde Bein und den Oberkörper, gleichzeitig strecken Sie das operierte Bein nach hinten.

So können Sie mit der freien Hand etwas vom Boden aufheben.

Falsch



Körperpflege

Benutzen Sie zum Waschen der Füße z. B. einen Waschlappen, den Sie über eine Rückenbürste mit langem Stiel gezogen haben. Zum Abtrocknen stellen Sie den Fuß auf ein großes Handtuch oder benutzen Sie einen Föhn.

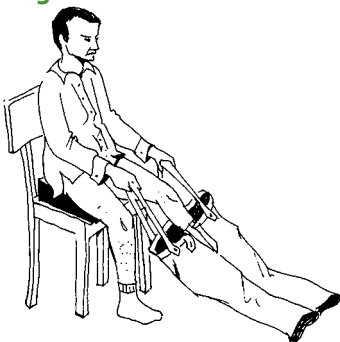
Richtig



Anziehen

Bewegen Sie Hüfte und Knie nur achsengerecht, d. h. vermeiden Sie das Drehen der Hüfte. Ziehen Sie sich nicht im Stehen an. Benutzen Sie Ihre Hilfsmittel, um Strümpfe, Hose und Schuhe anzuziehen.

Richtig



Im Bad

Falls nötig, benutzen Sie eine Toilettensitzerhöhung. Verwenden Sie in der Dusche eine rutschfeste Unterlage und gegebenenfalls einen Hocker oder einen Duschklappsitz.

Ist keine Dusche vorhanden, setzen Sie sich auf ein Badewannenbrett. Setzen Sie sich in den ersten sechs Monaten nicht auf den Boden der Wanne.

Haushalt

Vermeiden Sie Bückbewegungen und ersetzen Sie diese durch Kniebeugung oder Hinknien. Vermeiden Sie Drehbewegungen sowie zu langes Stehen und benutzen Sie eventuell eine Stehhilfe.

Greifen Sie nicht in tiefliegende Schrankfächer, sondern halten Sie wichtige Gegenstände in Griffhöhe bereit.

Gartenarbeit

Frühestens drei Monate nach der Operation sollten Sie mit Gartenarbeit beginnen. Arbeiten Sie nicht mit gebeugtem Oberkörper. Müssen Sie sich über einen längeren Zeitraum bücken, knien Sie sich auf das operierte Bein, um eine Hüftbeugung zu vermeiden. Setzen Sie sich keinesfalls auf die Fersen!

Richtig

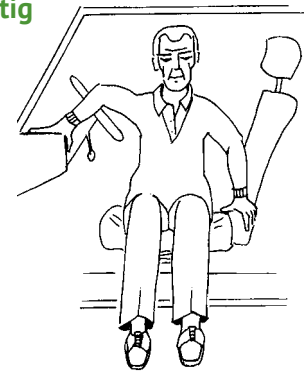


Grabende Arbeiten sollten Sie weitestgehend einschränken.

Einsteigen ins Auto

Stellen Sie Ihren Sitz ganz nach hinten. Setzen Sie sich seitlich hin, drehen Sie Ihren Körper und Ihre Beine gleichzeitig ins Fahrzeug.

Richtig



Beugen Sie dabei Ihre operierte Hüfte nicht über 90°.

Beim Aussteigen verfahren Sie genau umgekehrt.

Gehen

Belasten Sie beim Stehen und Gehen beide Beine gleichmäßig, wenn erlaubt.

Vermeiden Sie beim Umdrehen auf jeden Fall eine isolierte Drehung des Oberkörpers, sondern drehen Sie sich stattdessen mit dem gesamten Körper um. Tragen Sie geschlossene Schuhe mit elastischen Sohlen.

Geschlechtsverkehr

Sie sollten frühestens vier bis sechs Wochen nach der Operation wieder Geschlechtsverkehr praktizieren, weil die Innen- oder Außendrehungen der Gelenke nicht mehr als 10 Grad betragen darf sowie eine Hüftbeugung von mehr als 30 Grad direkt nach der Operation vermieden werden sollte.

VOR DER OPERATION: IHR PERSÖNLICHES TRAININGSPROGRAMM FÜR ZU HAUSE

Hinweise zu den Übungen:

Die Übungen, die wir an dieser Stelle empfehlen, sind so ausgewählt, dass Sie diese bedenkenlos und beliebig oft am Tag ausführen können.

Wir raten Ihnen, alle Übungen mindestens zweimal täglich durchzuführen.

Atmen Sie bei jeder Übung ruhig und gleichmäßig weiter.

ÜBUNG 1:

Legen Sie sich auf den Rücken und so dicht an eine Wand, dass Sie mühelos die Beine gestreckt mit der Ferse an die Wand lehnen können.

Bewegen Sie die Füße in dieser Position kräftig auf und ab, indem Sie die Fußspitzen zum Körper ziehen und dann wieder in Richtung Wand strecken.

Wiederholen Sie die Übung 30-mal.



ÜBUNG 2:

Legen Sie sich auf den Rücken.

Lagern Sie Ihre Unterschenkel erhöht im nahezu rechten Winkel, z. B. auf einem Hocker oder Stuhl (gegebenenfalls mit Kissen).

Bewegen Sie die Fußspitzen in dieser Position kräftig auf und ab.

Wiederholen Sie die Übung 30-mal.



ÜBUNG 3:

Legen Sie sich auf den Rücken.

Lagern Sie Ihre Unterschenkel erhöht, z. B. auf einem Hocker/Stuhl, zunächst waagrecht wie in Übung 2.

Ziehen Sie die Fußspitzen in Richtung Nase.

Spannen Sie Ihr Gesäß und die Schließmuskeln an und heben Sie Ihr Gesäß von der Unterlage ab.

Blieben Sie für drei Atemzüge in dieser Position.

Wiederholen Sie die Übung 5- bis 10-mal.



ÜBUNG 4:

Legen Sie sich flach auf den Rücken.

Beugen Sie ein Bein und ziehen Sie es mit beiden Händen so weit wie möglich in Richtung Nase.

Ziehen Sie die Fußspitzen des anderen Beines in Richtung Nasenspitze und drücken Sie die Kniekehle dabei kräftig auf den Boden.

Bleiben Sie für drei Atemzüge in dieser Position.

Wiederholen Sie die Übung 5-mal zunächst mit dem einen, dann mit dem anderen Bein.



ÜBUNG 5:

Positionieren Sie zwei Tennisbälle rechts und links neben Ihrer Lendenwirbelsäule und lehnen Sie sich damit an eine Wand.

Achten Sie auf einen ausreichenden Abstand der Füße zur Wand.

Ihre Füße stehen ungefähr hüftbreit auseinander, und Ihre Fußspitzen zeigen dabei leicht nach außen.

Bewegen Sie sich mit sanftem Druck gegen die Tennisbälle in eine leichte Hockstellung und wieder zurück.

Wiederholen Sie diese Übung 5- bis 10-mal.



ÜBUNG 6:

Stellen Sie sich mit einem Bein etwas erhöht auf eine Treppenstufe, einen Ziegelstein oder ein Buch und halten Sie sich fest.

Schwingen Sie Ihr anderes Bein locker vor und zurück.

Halten Sie den Oberkörper dabei ruhig und vermeiden Sie ein Hohlkreuz.

Wiederholen Sie die Übung mehrmals, zunächst mit der einen, dann mit der anderen Seite.



ÜBUNG 7:

Für diese Übung benötigen Sie einen glatten Boden (Fliesen, PVC, Parkett) und ein weiches Tuch.

Halten Sie sich fest.

Schieben Sie das Tuch mit dem Fuß möglichst weit zur Seite. Drehen Sie das Bein dabei NICHT nach außen.

Halten Sie den Oberkörper dabei ruhig.

Wiederholen Sie die Übung mehrmals zunächst auf der einen, danach auf der anderen Seite.



ÜBUNG 8:

Für diese Übung benötigen Sie einen glatten Boden und ein weiches Tuch, genau wie in Übung 7.

Halten Sie sich fest.

Schieben Sie das Tuch mit dem Fuß möglichst weit nach hinten.

Halten Sie den Oberkörper aufrecht und vermeiden Sie ein Hohlkreuz.

Wiederholen Sie die Übung mehrmals, zunächst auf der einen, dann auf der anderen Seite.





IMPRESSUM

Herausgeber

DIAKOVERE Krankenhaus gGmbH
Orthopädische Klinik der
Medizinischen Hochschule Hannover
(MHH) im DIAKOVERE Annastift
Anna-von-Borries-Straße 1–7
30625 Hannover

Direktor

Univ.-Prof. Dr. med. Henning Windhagen
E-Mail: endoprothetik.dka@diakovere.de

Textverantwortung Orthopädie

Univ.-Prof. Dr. med. Henning Windhagen,
Dr. Kim Haag

Textverantwortung Anästhesie

Priv.-Doz. Dr. med. Michael Przemeczek

Textverantwortung Physiotherapie

Christine Spiegel und Team

Gestaltung

Christopher Müller

Layout und Produktion

Dipl.-Des. Katja Golditz

Fotos

Marcel Domeier, Hannover
ARTIQO GgmbH, Lüdinghausen (S. 13, links)
B. BRAUN SERVICE SE & CO, Melsungen (S. 13, Mitte)
Stock.Adobe.com: #279838226, Kzenon (S. 17)
Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.
(S. 22, oben)

Zeichnungen

B. BRAUN SERVICE SE & CO, Melsungen
(S. 6, links; 12, rechts; 21.)
Christopher Müller, Hannover (S. 14)
Roswitha Löhmer-Eigener, Hannover (S. 26, 27)

Druck

Qubus media, Hannover, www.qubus.media

© Alle Beiträge sowie Abbildungen dieser Patient*innenbroschüre sind urheberrechtlich geschützt.
Jegliche Verwertung jedweder Art bedarf der schriftlichen Zustimmung des Herausgebers.
E-Mail: Unternehmenskommunikation@diakovere.de

Hannover März 2024.



DIAKOVERE
ANNASTIFT

Am Anfang ist der Mensch

www.diakovere.de

