



 **endogap**
Klinik für Gelenkersatz
im Klinikum Garmisch-Partenkirchen

INHALT

Rät der Arzt zur OP,
ist das ernst gemeint

Chefarzt Dr. Fulghum im
Gespräch über hohe OP-Zahlen

Seite 2

Nicht jede Innovation
ist sinnvoll

Dr. Schipp: „Keine Experimente
bei der Wahl des Hüftimplantats.“

Seite 4

Mit Eigenblut für
Operation vorsorgen

Das eigene Blut
ist einfach das Beste

Seite 5

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, liebe Patienten,



Endoprothetik an unserer Klinik etabliert und dem zu diesem Zeitpunkt recht jungen Zweig der Chirurgie wichtige Impulse gegeben. Am 25. Mai 2013 ist Professor Dr. Fritz Lechner im Alter von 92 Jahren verstorben. Alle, die mit ihm zusammenarbeiten durften, haben ihm viel zu verdanken. Sein Wirken wird uns unvergesslich bleiben.

die Geschichte der Endoprothetik am Klinikum Garmisch-Partenkirchen reicht bis in das Jahr 1969 zurück. Professor Dr. Fritz Lechner, damals Chefarzt der Chirurgischen Abteilung und später Ärztlicher Direktor des Kreiskrankenhauses Garmisch-Partenkirchen, hat die

Noch heute profitieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der endogap und die Patientinnen und Patienten, die zu uns kommen, von dem Esprit und der Leidenschaft für die Medizin, die Professor Lechner uns vermittelt hat. Wie zum Beispiel unser Patient Ferdinand

Gschwendtner, der heute wieder mit großer Begeisterung in die Berge geht. Ein Porträt finden Sie auf den Seiten 6 und 7. Darüber hinaus erfahren Sie auf Seite 5 mehr über die Möglichkeit der Eigenblutspende, die es an unserer Klinik gibt. Und auf Seite 4 beleuchten wir den Sinn und Unsinn von Neuerungen bei Hüftimplantaten.

Herzlichst Ihr

Dr. med. Christian Fulghum
Chefarzt der endogap Klinik

Rät der Arzt zur OP, ist das ernst gemeint

Chefarzt Dr. Fulghum im Gespräch über hohe OP-Zahlen

In kaum einem anderen Industrieland werden so viele Menschen stationär behandelt und operiert wie in Deutschland. Das hat die Organisation für wirtschaftliche



Dr. Fulghum im Aufklärungsgespräch

Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) herausgefunden. Insbesondere bei den Hüft-OPs gehört Deutschland demnach zur Spitzengruppe. Wir sprachen mit endogap-Chefarzt Dr. Christian Fulghum über die Ergebnisse der OECD-Studie.

Zahlen sind immer nur ein Teil der Wahrheit.

Herr Dr. Fulghum, greifen Ärzte in Deutschland zu schnell zum Skalpell?

In Deutschland wird nicht wirklich zu viel operiert. Auf den ersten Blick liegt bei

der Betrachtung der Zahlen diese Vermutung zwar nah. Aber wie bei jeder anderen Statistik gilt auch hier, dass Zahlen immer nur ein Teil der Wahrheit sind.

Wie lassen sich diese Zahlen aber erklären?

Die gute medizinische Versorgung in Deutschland ist sicherlich ein Grund. Gehen Sie nach Großbritannien. Dort müssen Patienten auf manche Operationen bis zu anderthalb Jahre warten. Weil wir diese Möglichkeiten haben, sind es in Deutschland oft auch die Patienten selbst, die meinen, eine Operation sei eine schnelle und unkomplizierte Lösung.

Eine konservative Therapie, die länger dauert, vielleicht auch anstrengender ist, möglicherweise aber zumindest kurzfristig Erfolge zeigen würde, wird von den Patienten gar nicht in Betracht gezogen. Und natürlich spielt auch die Ausbildung eine Rolle: In der Facharztausbildung der Orthopäden wird sehr viel Wert auf den operativen Teil gelegt. In der Folge fehlt die Zeit, um nichtoperative Verfahren gründlich kennenzulernen.

Es gibt immer mehr ältere Menschen, deshalb brauchen auch mehr eine Hüfte oder ein Knie.

Und warum so viele Hüft-OPs?

Es gibt immer mehr ältere Menschen, deshalb brauchen auch mehr eine Hüfte oder ein Knie. Und von den jüngeren sagen sich viele: Die Implantate sind heute so gut, da muss ich nicht mehr viele Jahre Schmerzen ertragen, ich lasse mich schon mit Mitte vierzig operieren.

Kann ich meinem Arzt glauben, wenn er mir zu einer Operation rät?

Ich möchte gar nicht verhehlen, dass es im Gesundheitssystem auch OP-Anreize gibt. Und es gibt sicherlich schwarze Schafe, die diese Anreize ausnutzen. Natürlich lässt sich die Trennlinie zwischen konservativer Therapie und Operation nicht immer scharf ziehen. Aber wenn ein Arzt zu einer OP rät, dann ist das ernst gemeint. Und dann sollte man sich das auch überlegen. Seit der Berichterstattung über die OECD-Studie kommen aber auch Patienten zu uns, die trotz großer Schmerzen und massiver Bewegungseinschränkungen meinen, sie müssten eine OP hinauszögern.



Die leitenden Ärzte der endogap Klinik, die in Deutschland zu den TOP 5 der endoprothetischen Spezialkliniken zählt.

Das ist sicherlich die falsche Schlussfolgerung aus der Studie. Denn wenn man zu lange wartet, wird der Eingriff meist kompliziert.

Je mehr OPs ein Arzt durchgeführt hat, desto größer ist die Sicherheit.

Die Entscheidung will aber gerade bei einer gelenkersetzenden Operation wohlüberlegt sein!

Richtig. Eine gelenkersetzende Operation ist ein großer Eingriff, dessen Ergebnis den Patienten ein Leben lang begleiten wird. Deshalb ist es immer ratsam, mehr als eine Meinung einzuholen. Das hat nichts

mit Misstrauen zu tun. Auch hier gilt aber: Es gibt immer mehr als eine Wahrheit.

Und wenn ich mich für eine Operation entschieden habe, von wem lasse ich mich dann operieren?

Gelenkersetzende Operationen werden heute oft als Routine abgestempelt. Da bekommt man dann zu hören, eine zementfreie Hüfte könne inzwischen jeder Arzt implantieren. Natürlich: Jeder darf das. Aber nicht jeder kann das. Mein Tipp: Schauen Sie, wie viele Operationen der Arzt schon gemacht hat. Je mehr OPs ein Arzt durchgeführt hat, desto größer ist die Sicherheit. Ist Ihnen der Arzt sympathisch? Und wie zufrieden sind Patienten, die von dem Kollegen operiert wurden? Es gibt in Deutschland durchaus hunderte gute Anlaufstellen. Bestimmt aber nicht tausende.

Nicht jede Innovation ist sinnvoll

Dr. Schipp: „Keine Experimente bei der Wahl des Hüftimplantats.“



Dr. Rolf Schipp

Der Fortschritt in der Medizintechnik macht auch vor Hüftimplantaten nicht halt. In regelmäßigen Abständen bringen die Hersteller neue Implantate auf den Markt. Doch nicht immer halten die Implantate das, was ihre Hersteller versprechen. „In den vergangenen Jahren kamen etliche Implantate auf den Markt, mit denen die Hersteller Schiffbruch erlitten haben. Sie mussten ihre Implantate wieder vom Markt nehmen“, sagt Dr. Rolf Schipp, Leitender Arzt an der endogap.

Nicht alles, was neu ist, ist schlecht.

Dabei ist nicht alles schlecht, was neu ist. Die sicherlich einschneidendste Innovation der vergangenen 45 Jahre: zementfreie Implantate. Wächst ein zementfreies Hüftimplantat gut in den Knochen ein, ist das Risiko geringer, dass sich das Implantat mit der Zeit lockert. Gleichzeitig hat sich

auch das Design der Implantate verändert. Die Anatomie des menschlichen Körpers sei dadurch besser rekonstruierbar, und außerdem sei die Krafteinleitung in den Knochen besser, erklärt Dr. Schipp.

Eine weitere sinnvolle Innovation nennt Dr. Schipp die Modularität der Implantate. „Das ist, wie wenn beim Auto die Reifen abgefahren sind. Da tauscht man auch nur die Reifen und nicht gleich das ganze Auto aus.“ Heute ist es möglich, in den Pfannen die Inlays und an den Hüften die Köpfe zu wechseln. Das im Knochen fest verwachsene Implantat muss bei so einer Operation nicht angerührt werden. „Wichtig ist nur der Zeitpunkt für den Wechsel. Wenn Inlay und Kopf rechtzeitig ausgetauscht werden, kann ein Implantat für immer im Knochen bleiben“, weiß Dr. Schipp aus seiner langjährigen Erfahrung.

*Seit wann gibt es das Implantat, das eingesetzt werden soll?
Wie viel Erfahrung hat der Operateur mit dem jeweiligen Implantat?*

Weil manche Ärzte neue Hüftimplantate nutzen, um sich von anderen abzugrenzen, rät Dr. Schipp den Patienten zu gezielten Nachfragen: Seit wann gibt es das Implantat, das eingesetzt werden soll? Wie viel Erfahrung hat der Operateur mit dem jeweiligen Implantat? Darüber hinaus geht aus den in Hüftregistern erfassten Daten genau hervor, wie lange der jeweilige Schaft hält und ob damit Probleme aufgetreten sind.

„An der endogap vertrauen wir den bewährten Endoprothesen“,

sagt Dr. Rolf Schipp. Den sogenannten CLS-Schaft, der an der endogap bei etwa sieben von zehn Hüftpatienten zum Einsatz kommt, gibt es bereits seit 25 Jahren. Zwar wurde auch er weiterentwickelt, doch in der aktuellen Form werden mit diesem Implantat seit zehn Jahren gute Erfahrungen gemacht.

Dr. Schipp warnt vor zu großer Euphorie bei Implantat-Neuerungen. „Das Rad muss nicht alle fünf Jahre neu erfunden werden. Funktioniert ein Implantat gut und halten die Schäfte, dann kann man darauf aufbauend langsam und gut überlegt Weiterentwicklungen vornehmen.“ Weil die Schäfte heute sehr gut halten, sollten Veränderungen beispielsweise auf eine bessere Positionierbarkeit abzielen, um die Risiken bei einer Operation noch weiter einzuschränken. Und auch bei der Anpassung operativer Zugangswege sieht Dr. Schipp Potenzial. Die Ärzte der endogap werden von Implantatherstellern deshalb immer wieder um ihren Rat gebeten.

Der Patient muss sich auf ein einwandfreies Implantat verlassen können.

An der Funktionsfähigkeit sollte sich durch Weiterentwicklungen aber nichts ändern. Der Patient muss sich auf ein einwandfreies Implantat verlassen können.

Mit Eigenblut für Operation vorsorgen

Spende sollte vier Wochen vor OP-Termin erfolgen

Bei Operationen kommt es immer auch zu Blutverlust. Obwohl durch neue Operationstechniken heute weit weniger Blut verloren wird als früher, kann dieser Verlust, abhängig vom Operateur, dem Implantationsverfahren und der Art der Prothese bei endoprothetischen Operationen auch einmal hoch ausfallen. Bei etwa einem Drittel der Operationen ist deswegen die Zugabe von Blut erforderlich, in der Regel durch die sogenannte maschinelle Autotransfusion (MAT), bei der das während der Operation verlorene Blut gereinigt und wieder zurückgegeben wird.

Wenn man als Patient darüber hinaus auch das Restrisiko einer Blutkonserve vermeiden will, kann man an der endogap Klinik für Gelenkersatz die Möglichkeit wahrnehmen, vor der Operation eine

Eigenblutspende zu leisten. Viele Patienten nehmen dieses Angebot wahr.

Bei Fremdblut bleibt immer ein Restrisiko.

Das hat für die Patienten erhebliche Vorteile. „Auch wenn die Infektionsgefahr durch Blutkonserven sehr gering ist, bleibt bei Fremdblut immer ein Restrisiko. Denn der Blutspender kann ein Virus in sich tragen, für das der Körper noch keine Antikörper entwickelt hat“, erklärt Dr. Werner Leidinger, Oberarzt der Anästhesie & operativen Intensivmedizin sowie OP-Manager im Klinikum Garmisch-Partenkirchen. So liege bei Blutkonserven die Gefahr einer Infektion mit HIV bei 1:1.000.000 und mit Hepatitis C bei 1:500.000. Hinzu komme, dass der Körper des Patienten bei der Gabe von Fremd-

blut den geringen Rest von Leukozyten des Spenders als Fremdorgan wahrnehme. „Das Immunsystem ist dann damit beschäftigt, die fremden Leukozyten abzubauen“, erläutert Dr. Leidinger. Darüber hinaus habe die Eigenblutspende den Vorteil, dass der Körper wenige Wochen vor der OP angeregt wird, Blut zu bilden.

Damit der Körper das entnommene Blut nachbilden kann, sollte die Eigenblutspende etwa vier Wochen vor dem OP-Termin erfolgen. Ohne Eigenblutspende notwendig ist, können die Anästhesisten in Garmisch-Partenkirchen für jeden Patienten individuell mit einem selbst entwickelten Computerprogramm errechnen. Neben der Analyse mehrerer tausend endoprothetischer Operationen ist auch ein enormer Erfahrungsschatz in das Programm eingeflossen.

 Bitte ausschneiden

► Veranstaltungen

22. Oktober 2013, 18.00 Uhr „Wenn die Hüfte schmerzt und das Knie knirscht – keine Angst vor neuen Gelenken“

Vortrag im Arthroseforum
der vhs München

Gasteig München
www.gasteig.de

25. bis 27. Oktober 2013, 18.00 Uhr

Messestand, Vorträge, Expertengespräch

Internationale Gesundheits-
messe Intersana, Augsburg
www.intersana.de

Wir bitten Sie um einige Minuten Ihrer Zeit – denn Ihre Meinung ist uns wichtig.

Das Magazin endolife hat mir sehr gut gefallen!

Ich möchte das Magazin endolife weiterempfehlen. Bitte senden Sie das Magazin zusätzlich noch an:

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin nicht interessiert und möchte daher das Magazin endolife künftig nicht mehr erhalten.

Platz für Anregungen:

Mit neuer Hüfte wieder fit für die Berge

endogap-Patient Ferdinand Gschwendtner macht jeden Tag Gymnastik



Ferdinand Gschwendtner

Als Ferdinand Gschwendtner im vergangenen Oktober auf dem Gipfel der Alp Spitze saß, sein Blick von der Zugspitze über die Waxensteine hinunter ins Tal wanderte, nach Garmisch hinüber zum

Loisachtal und in Partenkirchen am Klinikum kurz innehielt, da wurde dem passionierten Bergsteiger wieder einmal bewusst, wie viel Lebensqualität er durch die Hüftoperation an der endogap

zurückgewonnen hat. „An der operierten Hüfte habe ich heute keine Schmerzen mehr. Ich kann wieder alles tun, auch bergsteigen“, stellt er fest.

Der 63-Jährige hatte es an diesem Tag wieder auf den markanten Gipfel oberhalb des Olympiaortes geschafft. Mit seinem Mountainbike war er zum Osterfelder hinaufgefahren. Das ist eine Tour, die leistungsstarken Bikern viel abverlangt. Anschließend war er durch den Klettersteig zum Gipfel aufgestiegen. Zwar lag schon Schnee, und stellenweise war der Klettersteig auch vereist, doch davon ließ Ferdinand Gschwendtner sich nicht abhalten.

Im Herbst 2009 war Ferdinand Gschwendtner an der endogap Klinik für

Bitte ausschneiden



Absender

.....
.....
.....
.....

Bitte
freimachen

▶ Veranstaltungen

09. November 2013

**„endofit 2013“
Fachkongress für
Physiotherapeuten**

Kongresszentrum
Garmisch-Partenkirchen
www.endofit-gap.de

endogap Klinik für Gelenkersatz

im Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Auenstraße 6

82467 Garmisch-Partenkirchen

Gelenkersatz in Garmisch-Partenkirchen operiert worden. Da lag ein langer Leidensweg hinter ihm. Schon als 35-Jähriger hatte er zum ersten Mal Schmerzen an der Hüfte. Zu flache Hüftpfannen waren der Grund dafür. Gschwendtner, der vorher als staatlich geprüfter Berg- und Skiführer in der ganzen Welt unterwegs gewesen war – am Kilimandscharo ebenso wie am Elbrus und in der Everest-Region, im Gesäuse wie in der Dauphiné und am Mont Blanc – schraubte zurück. Seine Tätigkeit als Bergführer stellte er komplett ein. „Keine schweren Kletter- und Eistouren mehr“, lautete von nun an die Devise. Auch auf größere Unternehmungen in den Bergen verzichtete er.

„Und irgendwann haben die Spritzen nicht mehr geholfen.“

Er machte aber weiterhin Sport –, Radfahren, Langlaufen, Skifahren auf der Piste,

Skitouren im freien Gelände – aber eben nicht mehr in der Intensität wie früher. Doch 2003 wurden die Probleme größer. „Die Schmerzen vergingen zwar immer wieder, doch die Phasen, in denen ich schmerzfrei war, wurden immer kürzer. Und irgendwann haben auch Spritzen gegen die Schmerzen nicht mehr geholfen“, erzählt Gschwendtner.

Sein Orthopäde empfahl ihm die endogap Klinik. 2009 bekam Ferdinand Gschwendtner dort auf der rechten Seite ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. Seine Erwartungen gingen alle in Erfüllung. Mehrmals pro Woche ist er heute auf dem Fahrrad unterwegs, bis zu 150 Kilometer können es dabei schon werden. Und mit seiner Frau will Ferdinand Gschwendtner in diesem Jahr mehrere Tage Klettersteige gehen.

Doch der Erfolg stellte sich nicht von alleine ein. Sehnen und Bänder hatten sich verkürzt. „Ein halbes Jahr hatte ich gut zu tun, um das mit viel Gymnastik hinzubekommen“, erzählt Ferdinand Gschwendtner. Die Übungen setzt er fort. Dreimal pro Tag macht er auch heute noch eine Viertel Stunde Gymnastik. Dadurch ist es ihm auch gelungen, den Zustand in der linken Hüfte weitgehend zu stabilisieren. Denn auch links wäre schon eine OP fällig. Doch Ferdinand Gschwendtner ist Realist geblieben. Sehr lange wird das nicht mehr gut gehen. Aber im Herbst fährt er jetzt erst einmal nach Australien und nach Neuseeland, hofft, dort den Mount Cook besteigen zu können, den mit 3754 Metern höchsten Berg Neuseelands. Und dann folgt wohl die nächste Operation. „Natürlich in der endogap“, sagt Ferdinand Gschwendtner.

endofit „Gesundheitscheck und Sport mit künstlichen Gelenken“: Kursprogramm 2013/2014

TERMIN 2013

BERGSPORTWOCHELENDE

Kurstermin: 27.09. bis 29.09.2013

Kursgebühr: 300,- Euro

Übernachtung mit HP/Tag: 110,- Euro

TERMINE 2014

SKI ALPIN

Kurstermin: 15.01. bis 17.01.2014

Kursgebühr: 360,- Euro

Übernachtung mit HP/Tag: 110,- Euro

SKILANGLAUF

Kurstermin: 09.01. bis 12.01.2014

Kursgebühr: 300,- Euro

Übernachtung mit HP/Tag: 110,- Euro

ANMELDUNG

Bitte richten Sie Ihre verbindliche Zusage spätestens vier Wochen vor dem jeweiligen Kursbeginn schriftlich oder per E-Mail an:

endogap Klinik für Gelenkersatz im
Klinikum Garmisch-Partenkirchen
Auenstraße 6, 82467 Garmisch-Partenkirchen

Tel.: (088 21) 77-12 45 Fax: (088 21) 77-12 97

E-Mail: endofit@endogap.de

Web: www.endogap.de

Kursteilnehmer: min. 6, max. 20

Berücksichtigung nach Eingang der Anmeldung

Aktuelle
Forschungs-
ergebnisse:

50 / 50

Etwa **50%** aller Kniegelenkersatz-Patienten benötigen nur **50%** eines Gelenkersatzes.

Nahezu 50% aller Kniegelenkersatz-Patienten benötigen lediglich den Ersatz eines Teils des Kniegelenks, statt mit einem totalen Gelenkersatz versorgt zu werden. Das zeigen neueste Forschungsergebnisse^{1,2}. Vorteile eines Teilgelenkersatzes sind reduzierte Komplikationsraten³ und eine bessere Funktionalität¹.

Mit einer klinischen Erfahrung von mehr als 35 Jahren ist das Oxford Kniesystem weltweit der am häufigsten verwendete Knie-Teilgelenkersatz³.

1. Cobb, J.P. et al. Unicordylar knee arthroplasty in the UK. National Health Service. *ScienceDirect, The Knee* 16, 473-478, 2009
2. Berend, M. Less is More Mobile Magic. *CC.FI*, 2012.
3. Data on File - Oxford vs. TKA Marketing Survey

BIOMET®

oxfordpartialknee.net
biomet.com

©2013 Biomet®. Alle aufgeführten Handelsmarken Eigentum der Biomet, Inc. oder deren verbundenen Unternehmen.

ENDOLIFE 15 / WISSEN

CPM-Therapie

Abkürzung für den englischen Begriff *Continuous Passive Motion*. Er bedeutet die ständige Bewegung eines Gelenkes durch äußere Hilfsmittel. CPM steht für eine etablierte Therapieform, die mithilfe motorisierter Bewegungsschienen alle größeren Gelenke bewegen kann und oft nach Gelenkoperationen zur Rehabilitation eingesetzt wird. Frühe postoperative, kontinuierliche, passive Bewegungsübungen helfen Gelenkeinstellungen und Bewegungsdefizite zu vermeiden oder zu reduzieren, Heilungsprozesse zu beschleunigen, die Belastungsfähigkeit ersetzter Bänder durch funktionelle Beanspruchung zu erhöhen, Muskelatrophie zu minimieren, den Gelenkstoffwechsel und die Blut- und Lymphzirkulation zu verbessern, das Thrombose- und Embolierisiko zu verringern sowie den stationären Klinikaufenthalt und die Dauer der Rehabilitation zu verkürzen.

Iliosacralgelenk (ISG)

(lat. *Articulatio iliosacralis*) Auch Kreuz-Darmbein-Gelenk genannt. Dabei handelt es sich um die gelenkige Verbindung zwischen dem Kreuzbein (*Os sacrum*) und dem Darmbein (*Os ilium*), also um den Abschluss des hinteren Beckenrings. Es ist ein straffes, wenig bewegliches Gelenk, das nicht weit von den Hüftgelenken entfernt liegt. Daher werden Hüftbeschwerden oft dem Iliosacralgelenk zugeordnet und umgekehrt. Durch die enge räumliche Beziehung beeinflussen sich die Gelenkstrukturen erheblich. Die durch eine ISG-Arthrose bedingten Beschwerden werden auch leicht mit einer Reizung des Ischianervs verwechselt. Die Physiotherapie mit Massagen und Krankengymnastik, Osteopathie, Reizstrom, aber auch lokale Infiltrationen, Akupunktur und eventuell systemische Medikamente, wie nichtsteroidale Antirheumatika, sind bewährte Behandlungsmaßnahmen.

IMPRESSUM

endolife, das Magazin für
Mobilität und Lebensfreude

Herausgeber:

Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH

Klinikum
Garmisch-Partenkirchen

endogap Klinik für Gelenkersatz
im Klinikum Garmisch-Partenkirchen
Auenstraße 6

82467 Garmisch-Partenkirchen

Tel.: (0 88 21) 77-12 45

Fax: (0 88 21) 77-12 97

service@endogap.de

www.endogap.de

Konzept und Umsetzung:

meditrust Marketing Services, München

Redakteure und Autoren:

Julia Braun, Dr. Stephanie Geiger,
Thomas Heidenberger,
Verena Meyer

Grafik: meditrust, München

Titelbild: Christian Weiermann