

Orthopädische Klinik

Jahresbericht 2021



Editorial	2
Behandlungsschwerpunkte	4
Unsere Expert:innen	6
Spezialsprechstunden	8
Verein Löwenstarke Kinderhilfe e.V.	9
OP-Statistik 2021	10
Highlights 2021	12
Forschung	
FOCUS-Ärzteliste 2021	14
Orthopädie und Umweltschutz	16
Lehre Uni Witten Herdecke	17
Aktuelle Bücher und Publikationen	18
Behandlungsbeispiele	
Differenzierte Möglichkeiten in der Hüftendoprothetik – Individualhüftschaft	20
Hallux valgus	22
Mit dem letzten Linienflugzeug aus Afghanistan nach Deutschland	24
Ellenbogengelenkarthrose	26
Beinlängendifferenzen	28
Schwere Form der kindlichen Hüftdysplasie	30
Patientenstimmen	32
Perspektiven	34
Kontakt & Impressum	35

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Sie halten den 7. Jahresbericht der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund in Ihren Händen. Ich schreibe dieses Editorial um den Jahreswechsel 2021/22: Wir, Dortmund und ganz Deutschland befinden sich in der vierten Welle der Corona-Pandemie, die Omikron-Mutation nimmt gerade Fahrt auf. Seit Anfang Dezember 2021 müssen wir wieder planbare Operationen absagen. Viele Pflegekräfte sind nach 18 Monaten Pandemie einfach ausgebrannt, selbst krank oder haben Ihren Job gewechselt. Mit anderen Worten: es ist schlicht zu wenig Pflegepersonal vorhanden. Patient:innen, die auch länger z.B. auf ein künstliches Gelenk gewartet haben, müssen auf einen (noch) späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Zum Glück gab es aber auch in 2021 positive Aspekte, Aktionen und Behandlungen von medizinisch komplexen Fällen, die uns in unserem Bestreben, das Bestmögliche für unsere Patient:innen herauszuholen, bestätigen.

Das Jahr 2021 begann noch mit Lockdown, der sich dann langsam löste. Dies war durch den seit Anfang 2021 verfügbaren Impfstoff bedingt. Schritt für Schritt wurden im Klinikum alle Mitarbeitenden geimpft. Außerhalb der Klinik wurden erst die ältesten, vulnerabelsten Menschen geimpft und dann sukzessive auch die Allgemeinbevölkerung. So normalisierte sich nicht nur das allgemeine, sondern auch das Krankenhausleben wieder. Wir konnten wie gewohnt Patient:innen behandeln und operieren, studentische Lehre fand statt und einige Weiterbildungskurse konnten ebenfalls, teils noch online, wieder geplant werden. Trotzdem hatten sich viele Aspekte in der Klinik verändert: rund um die Uhr eine OP-Maske tragen, keine Gruppenzusammenkünfte mehr und stark eingeschränkte Besuchsregeln für unsere Patient:innen. Für alle ein Umdenken, das erstaunlich gut funktioniert hat, da alle an einem Strang gezogen und mitgemacht haben.

Wir haben Schritt für Schritt aufgeschobene Operationen nachgeholt und sind nach dem Sommer schon wieder zu einer vorläufig neuen Normalität zurückgekehrt.

Orthopädie unter pandemischen Bedingungen



Ich bin gespannt, was das Jahr 2022 mit sich bringt: Wir werden sehen, wie es kommt.

Abgesehen von der Pandemie, der dritten und vierten Welle; was ist in diesem Jahr noch passiert? – Wir haben trotz der gesundheitspolitischen Lage unsere Qualität der Versorgung stabilisiert. Unser Endoprothetikzentrum hat auch in 2021 das Überwachungsaudit bestanden: alle Prozesse laufen stabil.

Herausragend ist unser diesjähriges Ranking in der Focus-Klinik- und Ärzteliste: Zum 7. Mal in Folge ist die Orthopädische Klinik unter meiner Leitung im wichtigen Focus Ranking als eine der besten Kliniken in Deutschland ausgezeichnet worden. In der Klinikliste sind wir für Hüftchirurgie und Fußchirurgie ausgezeichnet. Darauf sind wir als Team besonders stolz, denn daran sind alle beteiligt. In der Ärzteliste sind wir insgesamt fünf Mal ausgezeichnet worden. Das ist absolut herausragend und sucht seinesgleichen: OA Priv.-Doz. Dr. Arbab wird für Fußchirurgie und OA Dr. Zahedi für Hüftchirurgie genannt. Ich selbst bin zum 7. Mal in Folge für Kniechirurgie in der Focusliste empfohlen worden. Neu hinzugekommen ist für mich die Auszeichnungen für Sportmedizin, was mein langjähriges Engagement im Bereich der gelenkerhaltenden und knorpelreparierenden Therapie widerspiegelt. Darüber hinaus bin ich für den Bereich Kinderorthopädie ausgezeichnet, was eindeutig als Teamleistung gewertet werden kann: OÄ Dr. Rosery und OA Dr. Manig stehen gemeinsam mit mir mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten in der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund

für die Kinderorthopädie. Insgesamt in der Klinik- und Ärzteliste sieben Auszeichnungen! Das gibt es deutschlandweit nicht so oft. Dank an alle Mitarbeitenden der Orthopädischen Klinik, die uns hier unterstützen.

Was hat die Pandemie noch zugelassen? Wir konnten das 11. BuFa Symposium durchführen: Online, über 140 Teilnehmer:innen haben die Chance genutzt.

Für die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) habe ich als AE-Akademie-Mitglied gemeinsam mit zwei anderen Experten der Hüftchirurgie einen Masterkurs online veranstaltet. Auch hier hatten wir über 120 Teilnehmende. Diese Fortbildungskurse sind verpflichtend für alle Haupt- und Seniorhauptoperateure von Endoprothetikzentren. Somit trage ich gemeinsam mit anderen Verantwortung für die Weiterbildung von Operateuren von Knie- und Hüftgelenken.

Unser 4. Dortmund-Düsseldorfer Gelenksymposium fand wie immer im Herbst statt. Die Pandemie ließ eine Versammlung in Innenräumen mit 50 Teilnehmenden zu. Unter höchsten Hygieneschutzmaßnahmen haben wir die Veranstaltung dann mit großem Erfolg und sehr positivem Feedback durchführen können. Besonderheit in diesem Jahr: Ich habe das Meeting gemeinsam mit Prof. Dr. C. Schnurr aus Düsseldorf geplant und organisiert. Unser Ziel ist es, gemeinsam noch mehr Teilnehmer:innen zu gewinnen und eine Leuchtturmveranstaltung zum Thema Gelenkerhalt – Gelenkersatz in der Metropolregion Rhein-Ruhr zu etablieren. Unser Symposium ist ebenfalls zertifiziert

für Haupt- und Seniorhauptoperateure von Endoprothetikzentren. Mit Wirkung zum 01.10.2021 ist das Klinikum Dortmund Lehrkrankenhaus der Privatuniversität Witten-Herdecke. Die Orthopädische Klinik gehörte schon vor diesem Stichtag zu einer von drei Pilotkliniken, die den Studentenunterricht im Rahmen von Blockpraktika „ausprobiert“ haben. Der erste Eindruck zeigt, dass alle profitieren: die Studierenden können in einer sehr großen Orthopädischen Klinik viele Krankheitsbilder sehen und lernen, die ärztlichen Kolleg:innen haben Freude an der Weitergabe ihres Wissens: Wir bilden die Ärzt:innen von morgen aus!

Was finden Sie noch in diesem Heft? Informationen zu unseren Spezialist:innen, Details zu den angebotenen Sprechstunden, unsere OP-Statistik und natürlich Eindrücke unseres wissenschaftlichen Engagements. Wir möchten Ihnen O-Töne von Patient:innen präsentieren, denn wer könnte die menschliche und medizinische Qualität unserer Klinik besser beurteilen?

Abschließend finden Sie noch einen Blick in die Zukunft: Wie geht es in der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund in 2022 weiter?

Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, sind wir für Sie da. Sprechen Sie uns an. Viel Spaß beim Lesen.

C. Lüring

Prof. Dr. med. Christian Lüring
Direktor der Orthopädischen Klinik

Unsere

Behandlungsschwerpunkte

Eine medizinische Behandlung ist Teamsache. Es ist nie eine:r alleine, der bzw. die zum Erfolg einer großen Klinik beiträgt. Auch bei uns gibt es für jeden Bereich Expert:innen. Alle medizinischen Schwerpunkte sind von mehreren Ärzt:innen ausgebildet, so dass eine lückenlose Versorgung auf höchstem Niveau gewährleistet ist.

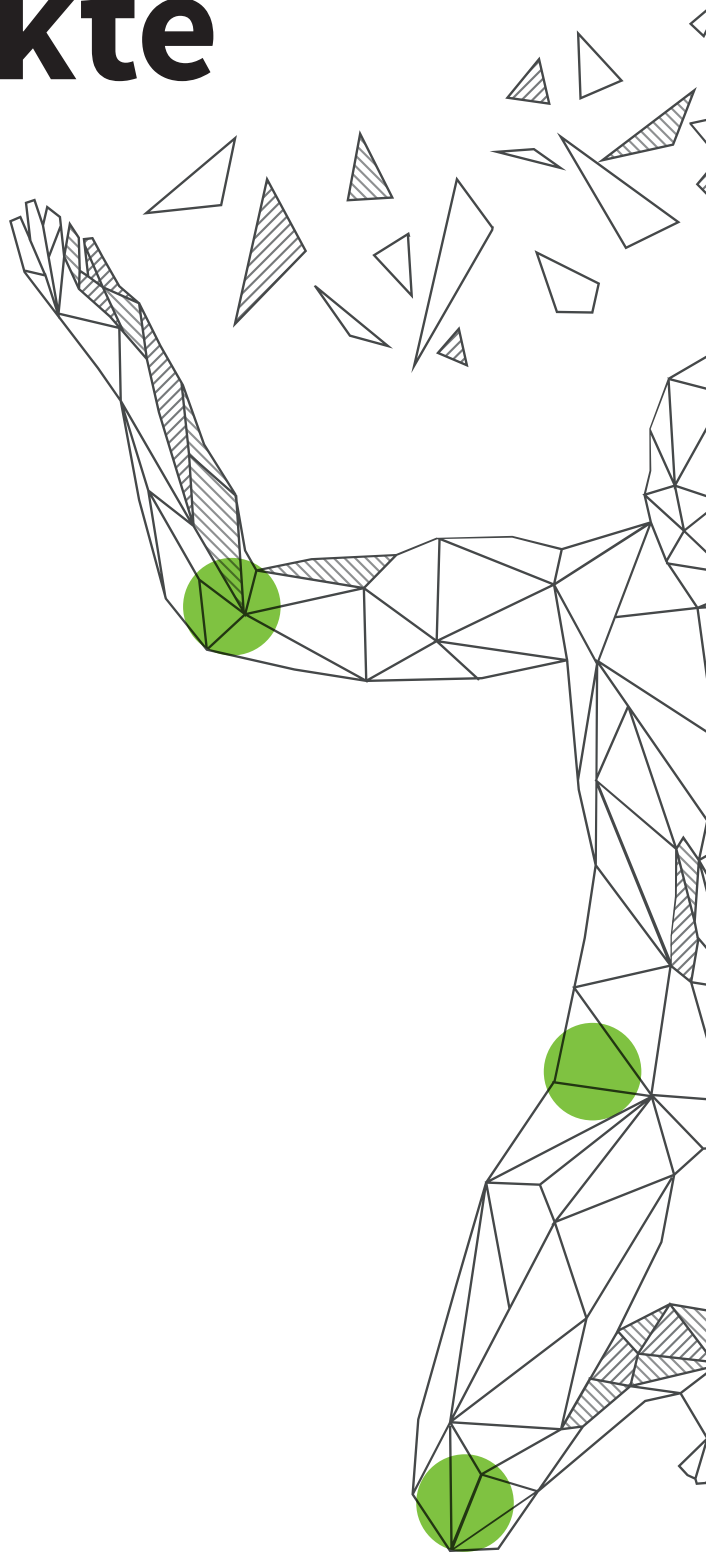
Unsere Schwerpunkte liegen im Bereich der gesamten Orthopädie "von oben bis unten und von klein bis groß":

ELLENBOGEN

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Stabilisierungsoperationen bei Bandinstabilitäten
- Ellenbogenprothesen bei Arthrose
- Wechseloperationen bei gelockerten Ellenbogenprothesen
- Dekompressionsoperationen bei Nervenengpasssyndromen

KNIEGELENK

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Knorpelzelltransplantation
- Kreuzbandersatzplastik
- Stabilisierungsoperationen bei Kniescheibenluxationen
- Achskorrekturen bei O- und X-Bein
- Knieprothesen bei Arthrose
- Individuelle Knieprothesen aus dem 3D-Drucker
- Wechseloperationen bei gelockerten Knieprothesen



KINDERORTHOPÄDIE

- Behandlung von kindlichen Sportunfällen
- Kreuzbandrisse
- Knorpelschäden
- Kniescheibenluxationen
- Korrekturoperationen bei Hüftdysplasie
- Korrekturoperationen bei Achsenfehlern der Beine
- Korrekturoperationen bei Drehfehlern der Beine
- Behandlung des Klumpfußes mit redressierenden Gipsen
- Behandlung und Kontrolle der Hüftdysplasie mit Ultraschall und korrigierenden Gipsen
- Korrekturen von Fußfehlstellungen
- Konservative Therapie mit Physiotherapie
- Botox-Therapie bei spastischen Muskelerkrankungen

SCHULTER

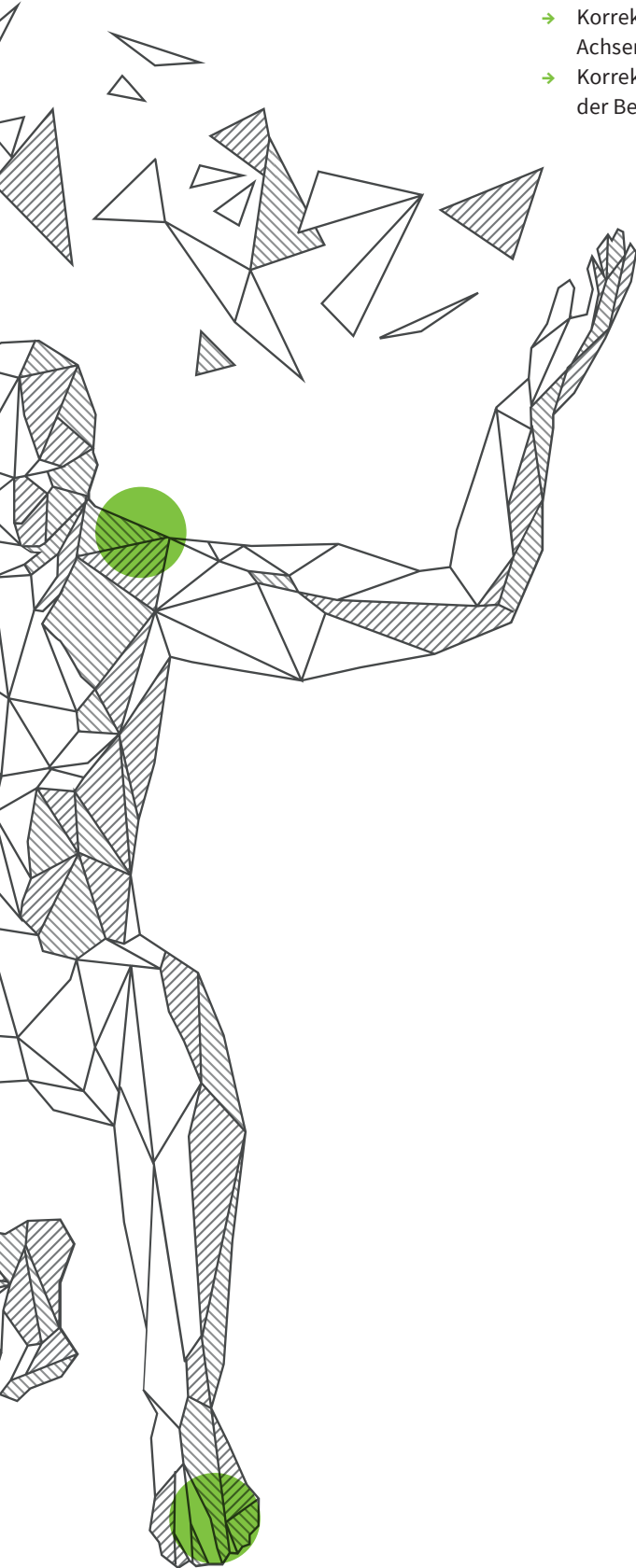
- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Rotatorenmanschettenrisse
- Schulter-Engpasssyndrom
- Reparatur nach Schulterluxationen
- Schulterprothesen bei Arthrose
- Wechseloperationen bei gelockerten Schulterprothesen

HÜFTGELENK

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- CAM Reduktion bei Hüftimpingement
- 3-fache Beckenosteotomie bei Hüftdysplasie
- Drehfehlerkorrekturen des Oberschenkelknochens
- Hüftprothesen bei Arthrose
- Wechseloperationen bei gelockerten Hüftprothesen
- Achsenfehlerkorrekturen

FUSS- UND SPRUNGGELENK

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Stabilisierungsoperationen bei Sprunggelenkinstabilität
- Zehenkorrekturen bei Hallux valgus und anderen Zehenfehlstellungen
- Versteifungsoperationen bei Arthrose des Sprunggelenks, der Fußwurzel und der Zehengelenke
- Sprunggelenkprothesen
- Achillessehnenoperationen bei Riss oder chronischer Reizung
- Operationen bei Fersensporn
- Minimalinvasive Fußoperationen



Unsere Expert:innen



Prof. Dr. med. Christian Lüring
Direktor der Orthopädischen Klinik

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie & Balneologie, Orthopädische Rheumatologie, D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie

Tätigkeitsschwerpunkte

Endoprothetik Schulter-, Hüft- und Kniegelenk, Revisionsendoprothetik, Arthroskopie Knie-, Hüft-, Sprung- und Schultergelenk, Fußchirurgie

Leiter und Senior Hauptoperateur
Endoprothetikzentrum



Dr. med. André Zahedi
Leitender Oberarzt
Leitender Arzt Rekonstruktive
Hüftgelenkschirurgie

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie

Tätigkeitsschwerpunkte

Rekonstruktive Beckenchirurgie, Hüft- und Knieendoprothetik, Hüftarthroskopie

Hauptoperateur Endoprothetikzentrum



Dr. med. Katrin Rosery
Oberärztin

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie

Tätigkeitsschwerpunkte

Kinderorthopädie, Fußchirurgie



Dr. med. Matthias Manig
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Arbeitsschwerpunkte Kinderorthopädie, gelenkerhaltende Erwachsenen Chirurgie

Tätigkeitsschwerpunkte

Kinderorthopädie, gelenkerhaltende Erwachsenen Chirurgie



Dr. med. Martin Brucker
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädische Chirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie

Tätigkeitsschwerpunkte

Hüft- und Knieendoprothetik, Revisionsendoprothetik

Koordinator und Senior Hauptoperateur
Endoprothetikzentrum



Jana Cibura
Fachärztin

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle orthopädische Chirurgie

Tätigkeitsschwerpunkte

Arthroskopie Schulter- und Kniegelenk, Endoprothetik Hüft- und Kniegelenk



Priv.-Doz. Dr. med. Dariusch Arbab
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Spezielle Orthopädische Chirurgie, Manuelle
Medizin, Sportmedizin, Notfallmedizin, D.A.F.
Zertifikat Fußchirurgie, D.A.F. Instruktor,
Fachexperte Fuß und Endoprothetik

Tätigkeitsschwerpunkte

Fußchirurgie, Hüft- und Knieendoprothetik,
arthroskopische Operationen

Hauptoperateur Endoprothetikzentrum



Dmitry Kuznetsov
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,
Kinderorthopädie, Spezielle orthopädische
Chirurgie

Tätigkeitsschwerpunkte

Arthroskopie Schulter-, Ellenbogen- und
Kniegelenk, Endoprothetik Schulter-,
Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenk

FACHÄRZT:INNEN

Frau Inka Prymka
Fachärztin für Orthopädie,
Kinderorthopädie, Technische
Orthopädie

Tätigkeitsschwerpunkte:
Kinderorthopädie

Herr Dr. S. Amin
Rotand Unfallklinik Nord

ASSISTENZÄRZT:INNEN

Frau Dr. S. Albers

Herr Dr. J. Röwe

Herr Dr. J. Heidemann

Herr J.-N. Pape

Herr M. Paschke

Herr J. Scheidgen

Herr M. Younes

Herr Dr. D. Richter

Herr L. Josef
Rotand UCH Bergmansheil Buer

Frau Dr. J.-M. Wagener

Herr S. Hortmann

PHYSICIAN ASSISTANTS

Frau J. Pfeiffer

Termine und Sprechstunden

Jeden Tag finden bei uns Spezialsprechstunden statt. Die ersten Termine vergeben wir ab 8.00 Uhr morgens und die letzten montags bis donnerstags gegen 14.30 Uhr. Freitags ist der Tag etwas verkürzt, da sind die letzten Termine gegen 12.30 Uhr. Das Fachgebiet der Orthopädie ist so umfassend geworden, dass wir für jeden Bereich Spezialist:innen haben, die sich um Ihre Belange kümmern können. Für die Sprechstunde benötigen Sie eine Überweisung von Ihrem/Ihrer Fachärzt:in für Orthopädie, Unfallchirurgie oder Kinderärzt:in für die Kinder. Wenn Sie als Notfall zu uns kommen, benötigen Sie keine Einweisung, bzw. diese können Sie dann auch noch einmal nachreichen. In jedem Fall werden wir uns erst die medizinischen Probleme ansehen. Wir bemühen uns, die vergebenen Termine einzuhalten. Da wir auch immer wieder Notfälle behandeln müssen, kann die Termintreue nicht immer zu 100 % garantiert werden. Wir bitten in diesen Fällen um Ihr Verständnis. Auch laufen an manchen Tagen einige Sprechstunden parallel, so dass es sein kann, dass jemand, der später gekommen ist, früher aufgerufen wird. Sollten Sie sich dennoch einmal „vergessen“ fühlen, sprechen Sie uns einfach an. Wir werden uns gerne um Sie kümmern.

SPRECHSTUNDE

	MO	DI	MI	DO	FR
Privatsprechstunde Prof. Dr. C. Lüring	.		.		
Sprechstunde Beckenrekonstruktion LOA Dr. A.R. Zahedi OA Dr. M. Manig	.				
Schulter-Ellenbogensprechstunde OÄ J. Cibura OA D. Kuznetsov			.		.
Gelenk- und Sportsprechstunde OA Priv.-Doz. Dr. D. Arbab OÄ J. Cibura OA Dr. M. Brucker		.		.	
Fußsprechstunde OA Priv.-Doz. Dr. D. Arbab, OÄ Dr. K. Rosery	.			.	
Kindersprechstunde OÄ Dr. K. Rosery OA Dr. M. Manig			.		.

KONTAKT



→ **Privatsprechstunde**

Frau N. Wagener

Tel.: +49 (0) 231 953 21850

Fax: +49 (0) 231 953 21019

→ **Orthopädische Ambulanz**

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

→ **Sportambulanz**

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

→ **Terminvergabe OP**

Tel.: +49 (0) 231 953 20054

www.orthdo.de



Verein Löwenstarke Kinderhilfe e.V.

Im Jahr 2005 initiierte der Lions-Club Reinoldus die Gründung des Vereins „Löwenstarke Kinderhilfe e.V.“ damals „Löwenherz e.V.“

Der Verein ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Förderverein aus Dortmund, welcher bei der klinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hilft, schwerpunktmäßig bei orthopädischen Erkrankungen. Sie unterstützen Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität junger Menschen, sofern die auftretenden Kosten nicht durch den Gesetzgeber oder öffentliche Trägerschaften gedeckt sind.

Der Verein zählt bisher ca. 70 Mitglieder und finanziert seine Projekte über die Mitgliedsbeiträge (30 € jährlich) und zusätzlichen Spenden. Die Arbeit der Löwenstarken Kinderhilfe erfolgt ausschließlich durch ehrenamtliche Mitglieder, somit kommen die Mitgliedsbeiträge und Spenden zu 100 % den betroffenen Kindern zugute. Bisher ermöglichte der Verein die Behandlung einer Vielzahl von Kindern und wendete dafür bereits über 250.000 € auf.

Für diese spezielle Hilfe kooperiert der Verein unter anderem mit dem Verein „Kinder brauchen uns e.V.“, welche den Transport

der Kinder aus Krisengebieten und deren Unterbringung bei Gastfamilien organisiert.

Der Verein freut sich über weitere Mitglieder und Spenden. Für nähere Informationen und Fotos von bisherigen Hilfsprojekten können Sie gerne die Internetseite des Vereins besuchen:
www.loewenstarke-kinderhilfe.de

Schenken Sie hilfsbedürftigen Kindern mehr Lebensqualität: werden Sie Spender. Der Verein stellt selbstverständlich eine Spendenbescheinigung aus.

Löwenstarke Kinderhilfe e.V.
Dortmunder Volksbank
IBAN: DE70 4416 0014 6467 7555 00

Diese Kinderaugen bedanken sich dafür:

Rokia



Zekrya



Safi

ERWACHSENENORTHOPÄDIE

Gelenkersatzoperationen	791
Hüftprothesenimplantation	305
Hüftprothesenwechsel und Reposition	107
Knieprothesenimplantation	288
Knieprothesenwechsel	26
Schulterprothesenimplantation	47
Gelenkinfekte	18

Gelenkspiegelungen	652
Hüftarthroskopie mit Folgemaßnahmen	97
Kniearthroskopie mit Folgemaßnahmen	280
Schulterarthroskopie mit Folgemaßnahmen	196
Ellenbogenarthroskopie mit Folgemaßnahmen	33
Sprungelenkarthroskopie mit Folgemaßnahmen	46

Schulter- und Ellenbogeneingriffe	136
Bankart Rekonstruktion	22
Rotatorenmanschettenrekonstruktion	62
Bandrekonstruktion Ellenbogen	18
Sonstige	34

Beckenoperationen	277
3fach Beckenosteotomie	104
3fach Beckenosteotomie mit femoraler Umstellung	40
Offene Offset OP	16
Umstellungsoperationen des proximalen Femur	85
Sonstige	32

Knieoperationen	134
Kreuzbandersatzplastik	32
Trochleaplastik	4
MPFL Plastik	26
Knorpelreparation AMIC/ACT	30
Knie-Umstellungsoperation	21
Sonstige	21

Fuß	286
Hallux Valgus Korrektur	104
Kleinzehenkorrektur	39
Knorpelrepair (AMIC, ACT) Sprunggelenk	16
Rückfußkorrektur	53
Sonstige	74

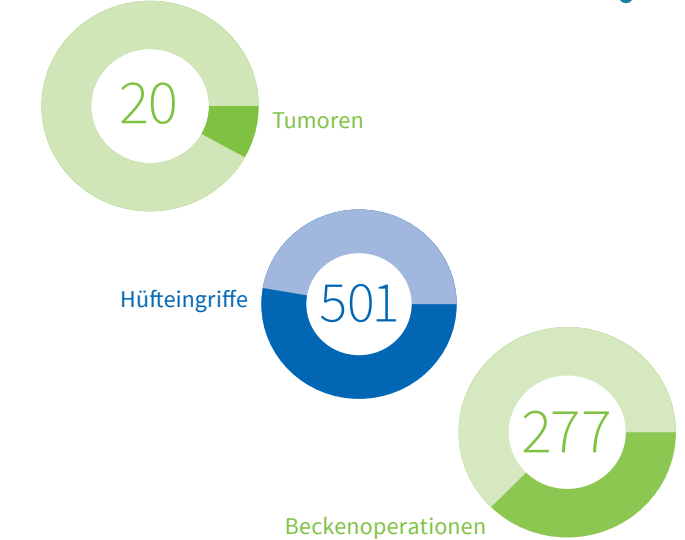
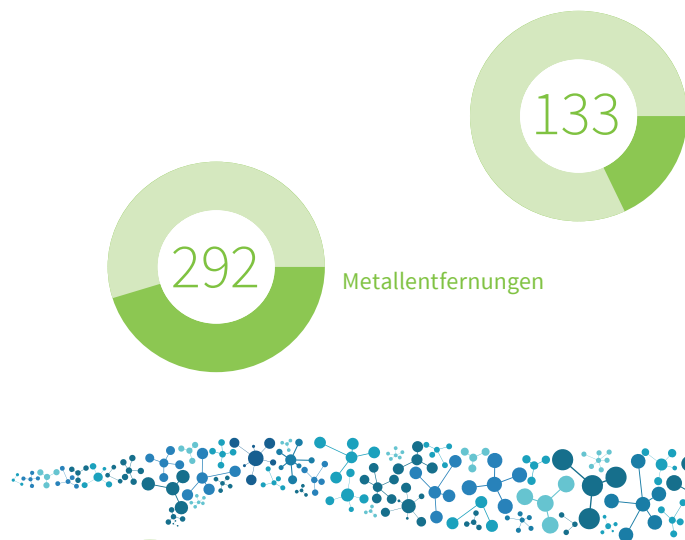
Metallentfernung	292
-------------------------	------------

Septische Eingriffe	51
Septische Weichteileingriffe	45
Septische Knocheneingriffe	5
Septische Arthritiden	1

Tumoren	20
----------------	-----------

Sonstige Eingriffe Erwachsenenorthopädie	133
---	------------

Erwachseneneingriffe GESAMT	2772
------------------------------------	-------------



KINDERORTHOPÄDIE

Hüfteingriffe	501
Beckeneingriffe bei Hüftdysplasie	84
Eingriffe bei Deformitäten des proximalen Femur	56
Metallentfernungen	45
Arthrografien	13
Gelenkpunktion in Narkose	9
Hüftkopfspickung bei ECF	15
Gipse in Narkose	257
Sonstige	22

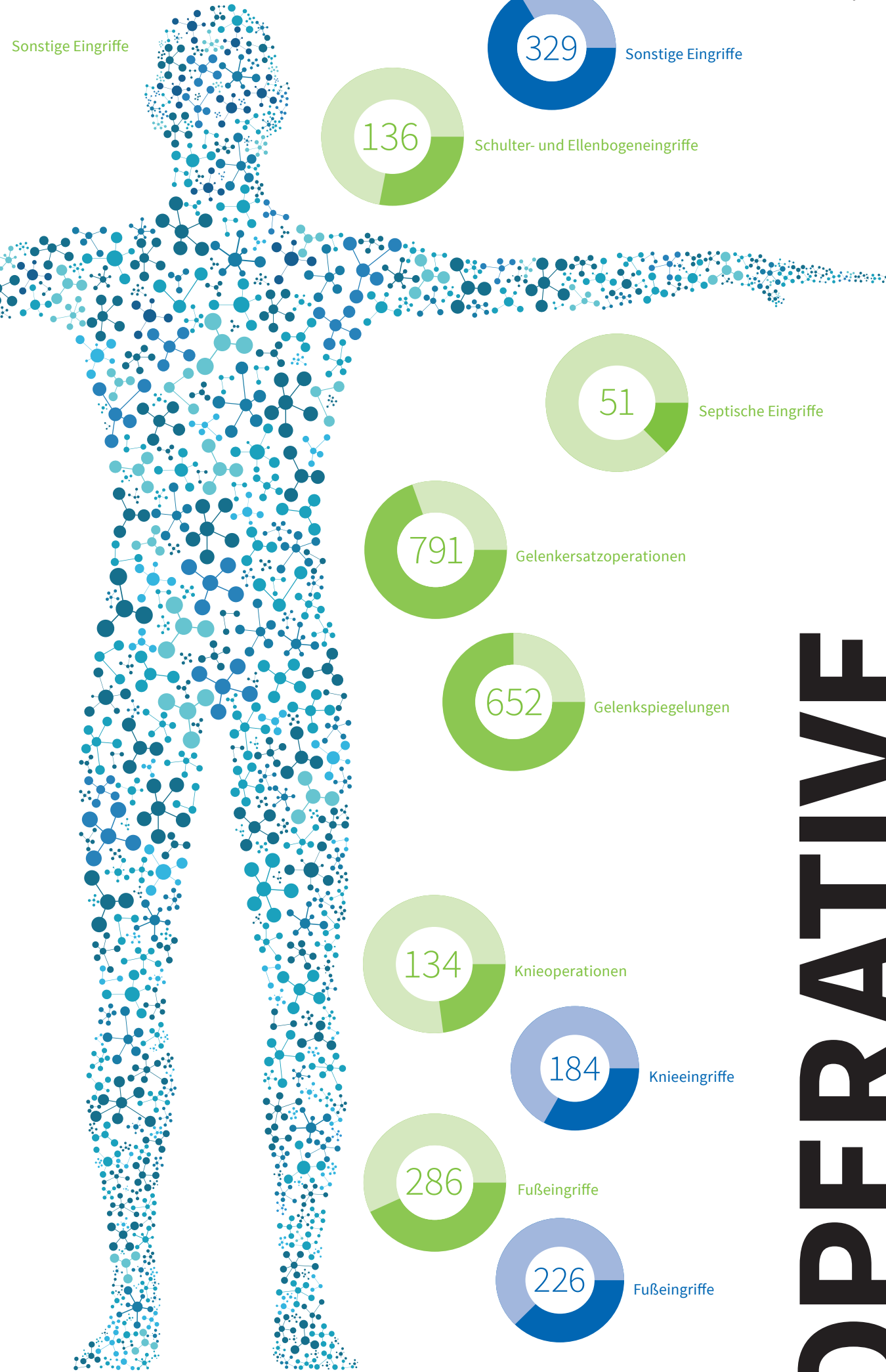
Knieweingriffe	184
Temporäre Epiphysiodese	138
Knie- Arthroscopien mit Folgemaßnahmen	3
Patellakorrekturingriff	2
Tibia Osteotomie	14
Sonstige	27

Fußeingriffe	226
Knöcherner Eingriffe	105
Weichteileingriffe	102
Sonstige	19

Sonstige Eingriffe Kinderorthopädie	329
--	------------

Kindereingriffe GESAMT	1240
-------------------------------	-------------

EINGRIFFE GESAMT	4012
-------------------------	-------------



OPERATIVE EINGRIFFE 2021

HIGHLIGHTS 2021

Dr. Manig demonstriert an der Säuglingspuppe den Hüftultraschall im Kurs



Puppe, an der eine Sonografie durchgeführt und geübt werden kann



SONOKURSE 2021

Nachdem wir den Kurs im Frühjahr 2021 pandemiebedingt zweimal verschieben mussten, konnten wir am 29.05.21 unter strengen Corona-Bedingungen unseren sehr beliebten Sonografiekurs endlich wieder durchführen. Dies war auch am 28.08.21 und am 20.11.21 mit maximal 30 Teilnehmenden möglich. Wir haben dafür den Kurs in den großen Hörsaal der Kinderklinik verlegt. Für den praktischen Teil des Kurses haben wir die Teilnehmenden in zwei Gruppen aufgeteilt und diesen im Speiseraum der Kinderklinik durchgeführt. Dafür besitzen wir nun ein Phantom, eine Säuglingspuppe, an der man die Sonografie wie bei einem echten Säugling durchführen und üben kann. Jede:r Teilnehmer:in durfte in Ruhe an der Puppe das Sonografieren üben und unter Leitung von OÄ Frau Dr. Rosery und OA Herr Dr. Manig konnten wertvolle praktische Tipps weitergegeben werden. Die Begeisterung über diesen sehr lehrreichen praktischen Teil des Kurses war sehr groß, wie wir über die Evaluationsbögen im Nachgang erfahren haben. Wegen der hohen Nachfrage bieten wir den Kurs nun dreimal jährlich an. Dies wird 2022 am 19.03., 21.05. und am 19.11. sein.



VORLESUNG UND PRAKTIKUM TU DORTMUND MEDIZINPHYSIK

Üblicherweise findet die Vorlesung für den Studiengang Medizinphysik der Technischen Universität Dortmund in einem Hörsaal statt. Die Pandemie verhindert das leider, so dass wir gemeinsam mit der TU entschieden haben, die Vorlesung virtuell durchzuführen. Moderiert durch die Studiengangleiter halten über zehn Ärzt:innen aus dem Klinikum ihre Vorlesungen via Zoom. Neues Format, guter Erfolg.



4. DORTMUND-DÜSSELDORFER GELENSYMPIOSIUM



Am 10.10.2021 veranstalteten Prof. Lüring gemeinsam mit Prof. Schnurr aus Düsseldorf das 4. Gelenksymposium. Unter den gegebenen Vorzeichen der Pandemie konnten nur 50 Teilnehmende zugelassen werden. Die konnten aber viel vom Kurs mitnehmen. Es wurde rege diskutiert und für viele war der Kurs der einzige Präsenzkurs im zweiten Jahr der Pandemie. Auch in diesem Jahr war das Symposium von der Clarcert zertifiziert als Veranstaltung von Haupt- und Seniorhauptoperateuren von Endprothetikzentren. Die Veranstalter waren sehr zufrieden: „Unser Konzept der gemeinsamen Organisation ist aufgegangen“ freut sich Prof. Lüring. „Im kommenden Jahr planen wir die Veranstaltung in Düsseldorf. Ziel ist es eine überregional besuchtes Meeting in der Metropolregion Rhein-Ruhr zu etablieren!“

FERNSEHDREH WDR KNOCHENBANK 04.11.2021



Die Orthopädische Klinik im Klinikum Dortmund ist eine der wenigen Kliniken in Deutschland, die noch eine eigene Knochenbank führt. Was bedeutet das? Bei der Hüftgelenkserersatzoperation wird der schadhafte Hüftkopf entfernt und kann für eine andere Operation wiederverwertet werden. Bevor ein Hüftkopf zur Spende zugelassen wird, muss der/die spendende Patient:in zunächst gefragt werden, ob er/sie bereit ist, seinen/ihren Hüftkopf zu spenden. Dann gibt es einen langen Fragen- und Anforderungskatalog, welche Patient:innen geeignet sind. Verschiedene Erkrankungen, wie z.B. Tumorerkrankungen in der Vorgeschichte, sind Ausschlusskriterien. Anschließend wird der Hüftkopf so aufbereitet und tiefgefroren, dass er zu jedem Zeitpunkt für eine andere Operation als Ersatzmaterial verwendet werden kann. Es ist also ein echtes „Upcycling“. Die WDR Fernsehsendung Planet Wissen hat das Thema Knochen in einer Sendung aufgegriffen. Prof. Lüring war mit seinem Team als Experte für die Knochenbank dabei. Ein sehenswerter Beitrag in der Mediathek hier abrufbar:



FERNSEHDREH OP-ABSAGEN



Im Dezember 2021 rollte die Omikron Welle los. Die hohe Infektiosität bei relativ mildem Verlauf für Geimpfte führt trotzdem zu einer Belastung der Krankenhäuser, da zunehmend Pflegekräfte fehlen. In der Pandemie ist zwar vielfach über abgesagte, planbare Operationen gesprochen worden, aber was das für die Patient:innen bedeutet, die zum Teil lange auf ein künstliches Gelenk oder auch eine gelenkerhaltende Operation warten, ist in den Medien bislang zu wenig besprochen worden. Die Redaktion der "Aktuellen Stunde" des WDR Fernsehens kam auf Prof. Lüring zu, der dieses Thema gemeinsam mit einer Patientin beleuchtete. Die Ausstrahlung des Beitrags erfolgte dann am 02.01.2022



Screenshot der Vorlesung Medizinphysik von PD Dr. Arbab



50 Teilnehmende beim 4. Dortmunder Gelenksymposium



Prof. Lüring berichtet über die Knochenbank bei der Sendung Planet Wissen



Prof. Lüring berichtet über pandemiebedingte Absagen von Operationen in der "Aktuellen Stunde" des WDR



Ärzteliste 2021

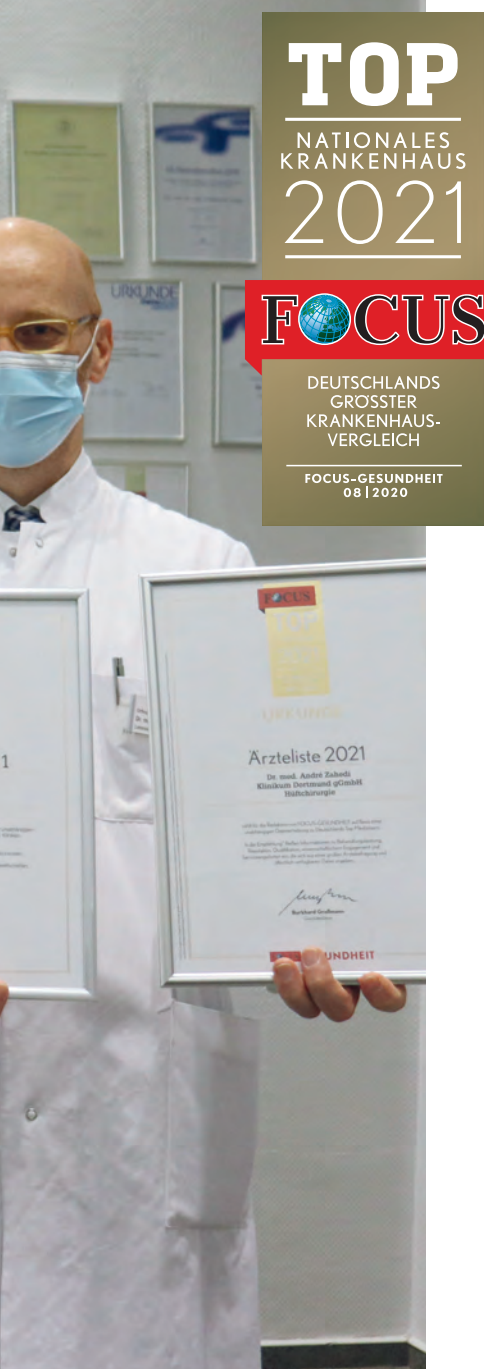
FOCUS

Prof. Lüring erneut als einziger Kniechirurg für Dortmund genannt – Insgesamt sieben Auszeichnungen für die Orthopädische Klinik im Klinikum Dortmund

Kontinuität in der Qualität lohnt sich: Auch in 2021 wurde die Orthopädische Klinik in die Focus Klinikliste aufgenommen: Ausgezeichnet wird die Orthopädische Klinik für Hüftchirurgie und Fußchirurgie. Darüber hinaus wurden drei Experten in fünf Bereichen ausgezeichnet.

Bereits seit 2013 wird die Orthopädische Klinik als besonders empfehlenswert für den Bereich Orthopädie gelistet. Nun wurde die Erhebung durch den Focus etwas verändert und die Klinik wird zusätzlich für den Bereich Hüftchirurgie und Fußchirurgie ausgezeichnet.

Mit besonderem Stolz erfüllt uns die Ärzteliste: Erstmals werden drei Ärzte der Klinik in fünf Bereichen ausgezeichnet.



Seit 2016 wird OA PD Dr. Dariusch Arbab als Experte für Fußchirurgie geführt. Dies bestätigt die kontinuierliche Weiterentwicklung des Fußschwerpunktes durch ihn und Prof. Lüring in der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund. Erstmals ist der Leitende Oberarzt und Sektionsleiter für Gelenkerhaltende Operationen an der Hüfte Dr. Andre Zahedi für Hüftchirurgie ausgezeichnet. „Wenn man erstmals eine solche Auszeichnung erhält, ist das immer etwas Besonderes“, freut sich Prof. Lüring mit seinem Leitenden Oberarzt zusammen. Auch die langjährige Arbeit von Prof. Dr. Christian Lüring als Experte für Kniechirurgie wurde wieder bestätigt: Er ist nun im sechsten Jahr in Folge in der Ärzteliste für Kniechirurgie geführt. Damit bleibt er der einzige durch den Focus ausgezeichnete Kniechirurg in Dortmund und Umgebung. Darüber hinaus wird sein kontinuierliches Schwerpunktthema der Sportmedizin ausgezeichnet. „Gerade die knorpelregenerativen Verfahren, Operationen bei Kniescheibeninstabilität und Operationen an geschädigten Menisken und Kreuzbändern gehören seit Jahren zu meinen Arbeitsschwerpunkten, umso mehr freue ich mich nun über diese Auszeichnung“, so Prof. Lüring.

Als wäre das noch nicht genug, wurde Prof. Lüring auch für Kinderorthopädie ausgezeichnet: „Die Orthopädische Klinik ist eine der Wiegen der Kinderorthopädie in Deutschland“, erklärt Prof. Lüring. Hier hat sich ein Team entwickelt, das eine sehr große Erfahrung angesammelt hat. „Die Kinderorthopädie ist eigentlich ein eigenständiges Fach“, berichtet Prof. Lüring. „Einer alleine kann das kaum bearbeiten.“ In Dortmund ist es gelungen, alle Bereiche des Faches durch mehrere Kolleg:innen abzubilden. „So sehe ich diese Auszeichnung als Teamauszeichnung“. Gemeinsam mit OÄ Dr. Katrin Rosery und OA Dr. Manig vertritt Prof. Lüring die Kinderorthopädie.

„Wir freuen uns natürlich riesig, dass unsere konsequent qualitätsorientierte Arbeit honoriert wird“, sagt Prof. Lüring. „Wir haben in den vergangenen sieben Jahren für die Patient:innen einiges verbessert, die Abläufe gestrafft und arbeiten noch enger mit dem Sozialdienst zusammen. Die Rehaplanung findet schon in der Sprechstunde statt, wir behandeln die Patient:innen nach den neuesten Methoden, wenden minimalinvasive, muskelsparende Zugangswege an und haben ein hervorragendes Schmerzkonzept gemeinsam mit den Kolleg:innen von der Anästhesie und dem Schmerzdienst entwickelt. Dies ist insbesondere für unsere Patient:innen, die künstliche Knie- und Hüftgelenke bekommen, wichtig. So bieten wir für unsere Patient:innen das „Komplettpaket“ an“, freut sich Prof. Lüring. Die Zufriedenheit und Sicherheit steigt zusätzlich. „Hinzu kommt, dass das in 2018 gegründete Endoprothetikzentrum auch in 2021 das Zertifikat nach ausführlicher Online-Begutachtung durch die Zertifizierungsstelle Endocert erneut ausgestellt bekommen hat. Als zertifiziertes Zentrum stehen wir bei der Qualität ganz vorne, was letztlich unseren Patient:innen zugute kommt“, erklärt Prof. Lüring.

„Das herausragende Abschneiden bei dieser so wichtigen Liste zeigt, dass die orthopädische Klinik an die Erfolge der Vergangenheit angeknüpft hat und diese sogar weiter ausbauen konnte“, erklärt Prof. Lüring.

Focus-Ärzteliste 2021 – so wird sie ermittelt:

Bundesweit werden laut Focus alljährlich Mediziner:innen gebeten, Ärzt:innen aus ihrem Fachbereich zu empfehlen. Zusätzlich werden Einschätzungen von Selbsthilfegruppen eingeholt sowie die wichtigsten Foren und Arztbewertungsportale ausgewertet. Nur Ärzt:innen mit besonders vielen Empfehlungen sind aufgeführt. Ergänzend dazu ermittelt der Focus in Medizindatenbanken und Fachzeitschriften, wie viele wissenschaftliche Beiträge ein:e Ärzt:in in den vergangenen fünf Jahren veröffentlicht hat.

Focus-Klinikliste 2021 – so wird sie ermittelt:

In einer schriftlichen Umfrage geben laut Focus einweisende Fachärzt:innen an, welche Häuser sie in ihrem Fachbereich empfehlen können. Nur Einrichtungen mit besonders vielen Nennungen kommen in die nähere Auswahl. Im zweiten Schritt wertet das Rechercheteam von Munich Inquire Media die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser aus. Außerdem müssen die Kliniken in Fragebögen Angaben etwa zu Patientensicherheit, zu Wartezeiten, interdisziplinärer Zusammenarbeit und Studienteilnahme machen. Als viertes Element bezieht Focus eine große Patientenumfrage der Techniker Krankenkasse in die Auswertung ein.

Orthopädie und Umweltschutz

Der Klimawandel ist in aller Munde. Die CO₂-Belastung durch Individualverkehr nimmt stetig zu und die Ressourcen fossiler Brennstoffe ab. Was liegt da gerade in einem Fach, das sich vor allem auch mit Gelenkerhalt beschäftigt, näher als umweltschonende Alternativen für den Weg zur Arbeit zu suchen und auch zu finden? Ganz klar: die Mitarbeitenden der Orthopädischen Klinik sind prädestiniert dafür, mit dem Fahrrad zur Klinik zu fahren. Nicht für alle ist das immer möglich, da der Weg zu weit, die Fahrradwege in Dortmund und Umgebung noch ausbaufähig sind oder Kinder auf dem Heimweg noch aus der Schule oder vom Sport abgeholt werden müssen.

Seit Jahren gibt es aber einen harten Kern von Radlern in der Orthopädischen Klinik. Als dann das Projekt Stadtradeln

(<https://www.stadtradeln.de/home>) auch nach Dortmund kam, war schnell klar, dass das das richtige Projekt für die Radfahrenden in der Abteilung ist. Organisiert von Frau Martell, einer OP-Fachkrankenschwester, fand sich schnell eine Gruppe von Radlern zusammen, die einerseits Kilometer für die Klinik sammeln, CO₂ einsparen und neben einem kleinen internen Konkurrenzkampf (Wer schafft die meisten Kilometer?) einfach Spaß haben wollten. Während eines Zeitraums von drei Wochen sammelte das Team Orthopädie dann über eine App gemeinsam Kilometer. Die individuelle Leistung jedes Teilnehmenden konnte für alle eingesehen werden. So entstand eine positive Gruppendynamik, die alle motivierte, noch mehr zu fahren. Am Ende zeigte sich, dass das Team Orthopädie recht erfolgreich war: Es gab elf aktive Fahrer:innen vom Team Orthopädie, die in den drei Wochen 4.443,4 km geradelt sind. Zum Vergleich: für das Team Klinikum Dortmund waren 21 Fahrer:innen aktiv, die 4.331,5 km geradelt sind, somit hat das „Team Orthopädie“ das „Kopf an Kopf Rennen“ um die meisten gefahrenen Kilometer knapp für sich entscheiden können. Mit insgesamt 8.775 km ist das Klinikum Dortmund auf Platz 19 von 309 angemeldeten Teams beim Stadtradeln in Dortmund. Das Team der

TU Dortmund hat mit 401 Radelnden und 84.776 km die meisten Kilometer gefahren.

Insgesamt wurden in Dortmund 874.914 km von 4.469 aktiven Radelnden gefahren. Das Fazit der an diesem schönen Projekt Beteiligten fällt eindeutig aus: „Uns allen hat die Aktion Stadtradeln sehr viel Spaß gemacht und sie hat ausgesprochen positive Aspekte“, berichtet Fr. OÄ Dr. Rosery, die im Team Orthopädie hinter Frau Steinecke aus der orthopädischen Physiotherapie Platz 2 belegt hat: „Man leistet einen Beitrag zum Umweltschutz durch Einsparung von CO₂, wenn man mit dem Rad anstelle des Autos zur Arbeit fährt. Am besten absolviert man Gelegenheitsfahrten im Alltag mit dem Fahrrad. Dabei tut man seiner Gesundheit etwas Gutes, was wir aus Orthopäd:innen-Sicht natürlich unterstützen. Für die Klinik hat sich gezeigt, dass das Projekt dem Teambuilding dient und wir täglich die gefahrenen Kilometer verglichen haben!“ Für das kommende Jahr wünscht sich Fr. Dr. Rosery, „dass von den über 4.000 Mitarbeitenden des Klinikum Dortmund noch mehr Kolleg:innen mitmachen, eine Platzierung unter den „Top Ten“ in Dortmund dürfte für das Klinikum locker zu schaffen sein.“



Die Stadtradeln App zeigt die tolle Kilometerleistung des Team Orthopädie



Das Kernteam der Radgruppe Team Orthopädie beim wohlverdienten Feierabendbier

Lehre Uni Witten Herdecke

Seit dem 1. Oktober 2021 ist das Klinikum Dortmund offiziell Lehrkrankenhaus der Privatuniversität Witten/Herdecke. Aufgrund einer Verdoppelung der Studierendenzahlen wurden neue Partner für die Ausbildung der Studierenden gesucht. Was lag da näher als das Klinikum Dortmund? Eben. Nach vielen Sondierungsgesprächen und unterschriebenen Verträgen konnte die Orthopädische Klinik als eine von drei Abteilungen im Klinikum den Lehrbetrieb als erste aufnehmen. „Die Ausbildung des klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchses liegt mir sehr am Herzen“, so Prof. Lüring. „Nur wenn wir die heutigen Studierenden motivieren und auch medizinisch fit machen, werden wir auch morgen noch gute Ärzt:innen in Deutschland haben, die im Zweifel dann meine Generation behandeln.“ Wissen weitergeben ist also das Stichwort. In der Vorbereitungsphase galt es erst einmal, die von der Universität geforderten Lehrinhalte in Abläufe, Vorlesungen und Seminare zu verpacken. Zunächst musste das dreiwöchige Blockpraktikum strukturiert werden. „Wo setzen wir die Studierenden gewinnbringend ein, wo können sie etwas lernen, vielleicht auch selbst etwas machen?“ waren die ersten Fragen, die es zu klären galt. Schlussendlich war das Ziel, jedem Studierenden in jeder Woche einen festen Bereich zuzuordnen, in dem er/sie erste Fertigkeiten wie z.B. Blutabnehmen erlernen und dann selber anwenden kann. Da viele der Studierenden noch nie im Operationssaal waren, musste eine Anleitung verfasst werden, die die Studierenden vorab bekommen, um sich auf diesen sensiblen Bereich vorbereiten zu können. „Auf der einen Seite sollen die Studierenden etwas lernen, auf der anderen Seite müssen aber auch die Abläufe weiter auf dem hohen Niveau ablaufen, wie es Mitarbeitende und Patient:innen gewohnt sind“, erklärt Prof. Lüring. Keine ganz leichte Aufgabe. Nun gibt es aber für den OP-Saal ein entsprechendes Einarbeitungskonzept, das beide Aspekte miteinander verknüpft. „Dieses konnten wir nur mit einer ganzen Gruppe von Kolleg:innen erstellen, die daran mitgeschrieben haben“, bedankt sich Prof. Lüring bei allen Beteiligten.

Neben der dreiwöchigen Hospitation in der Klinik als Blockpraktikum, galt es auch, für jeden Tag ein Seminar zu organisieren. „Gemeinsam mit meinen Oberärzt:innen haben wir Seminarthemen entwickelt und diese in Powerpointpräsentationen verpackt“, verrät Prof. Lüring. „Ich habe diese Präsentationen dann noch einmal überarbeitet und auf einem zentralen Laufwerk gespeichert.“



So kann der Seminarunterricht grundsätzlich von jedem ärztlichen Mitarbeitenden von jedem Rechner aus gehalten werden und es werden immer die gleichen Inhalte vermittelt.“ Das schafft eine hohe räumliche und personelle Flexibilität, die im hoch volatilen Tagesablauf eines Krankenhauses auch wichtig ist. Medizin ist in weiten Teilen ein hoch spezialisiertes Handwerk. Zwar muss man sich ein enormes Fachwissen aneignen, aber die manuellen Fähigkeiten sind mindestens genauso wichtig. „Das fängt schon beim Blutabnehmen an“, berichtet Prof. Lüring. „Als ich Student war, haben wir uns gegenseitig Blut abgenommen, bevor wir es bei Patient:innen versucht haben. So hatten wir die grundsätzlichen Handgriffe schon einmal verinnerlicht.“ Ähnlich wird heute vorgegangen: wo immer es geht, werden Simulatoren genutzt. In der Orthopädie z.B. die sog. Arthrobox, bei der man die ersten Schritte einer Gelenkspiegelung üben kann oder eine Sonografiepuppe, bei der man die Ultraschalluntersuchung einer Säuglingshüfte trainieren kann. Dies ist eine sehr wichtige Untersuchung, die sicher stellt, dass die Hüftgelenke der Säuglinge gut ausgebildet sind und keine Hüftdysplasie vorhanden ist.

Auch wichtig ist der „Nahtkurs“. Schließlich muss ein Arzt in der Lage sein, Wunden zu verschließen, also zu vernähen. An Kunsthautsimulatoren können die Studierenden in Ruhe diese Fähigkeit gezeigt bekommen, selbst trainieren und im besten Falle dann anderen beibringen: Streng nach dem Motto: See one, do one, teach one.

„Alles in allem sind wir sehr froh, dass wir für die Uni Witten-Herdecke nun als Studierende ausbilden dürfen“, berichtet Prof. Lüring. „Es ist zwar für das gesamte Team zeitaufwändig, aber eine große Chance, den Nachwuchs von der Bandbreite unseres Faches zu überzeugen und zukünftige Mitarbeiter:innen zu gewinnen.“

Aktuelle Bücher und Publikationen

Die Operationslehren, die Prof. Lüring gemeinsam mit dem Springer-Verlag begründet hat, laufen als Download-Exemplare gut und zeigen, dass die Leser:innen einen Nutzen haben: So erhält der Leser des Buches über eine App das Video und ist dann „live im OP dabei“ und schaut dem Operateur so über die Schulter. Zwar gehören die Implantation künstlicher Knie- und Hüftgelenks zur täglichen Routine in der Orthopädie. Für die Assistenzärzt:innen, die sich noch in der Ausbildung befinden, ist es aber sinnvoll, sich immer wieder auf den Eingriff vorzubereiten: Während der Operation entstehen Fragen, die in der täglichen Alltagsroutine nicht immer beantwortet werden können. Anhand dieser OP Lehren können die jüngeren Kolleg:innen sowohl im Text nachlesen als auch die Bilder und das Video anschauen und sich so in den OP hineinversetzen. Das Angebot wird rege genutzt, der Teilgelenkersatzband ist über 700-mal digital geladen worden, der Hüftprothesenband über 1.900-mal und der Oberflächenersatzband am Kniegelenk in den beiden verfügbaren Auflagen über 2.300-mal.

Weiterhin läuft das Lehrbuch zu den Zugangswegen sehr gut. Insbesondere die digitale Version kommt offenbar gut an: insgesamt verzeichnete die **Online-Version über 88.000 (!) Downloads** des gesamten Buches oder einzelner Buchbestandteile. Das zeigt, dass sich die Arbeit gelohnt hat und die Informationen und Inhalte des Werks genutzt werden.

Selbstverständlich sind auch die **Patientenratgeber** weiterhin gefragt. Gerade in Zeiten, wo eine Zweitmeinung gesetzlich verankert ist, kann ein solcher Ratgeber hilfreich sein. Beide Bücher vermitteln anschaulich die erforderlichen Informationen, die Patient:innen manchmal in der Sprechstunde nicht bekommen (können). Fallbeispiele und Patient:innengeschichten sind aus dem wahren Leben. Dass diese Informationen genutzt werden, zeigen auch hier die Downloadzahlen: Seit Erscheinen des Buches verzeichnete

die Seite **SpringerLink** [<https://link.springer.com>] über **11.000 Downloads** von Buchkapiteln oder dem gesamten Buch für den **Hüfttratgeber** und fast **13.000 Downloads** für den **Knieeratgeber in beiden Auflagen**. Auch hier kann der vorhandene Informationsbedarf gedeckt werden. Im Vergleich mit den Vorjahren kommen pro Jahr ca. 1.000 Downloads dazu.

Neben diesen Buchpublikationen hat Prof. Lüring mittlerweile über 120 Publikationen und Artikel in renommierten Fachzeitschriften als Erst-, Letzt- und Co-Autor verfasst. In den letzten beiden Jahren war er an neun relevanten Publikationen beteiligt. Die National Library of Medicine veröffentlicht tagesaktuell die erscheinenden Artikel (Luring C[Author] - Search Results - PubMed (nih.gov)). Über diesen Link ist das wissenschaftliche Oeuvre nachzusehen.



C. Lüring: *Künstliche Hüftgelenke: Wege aus dem Schmerz. Steinkopff, 2010.*
ISBN-10: 3798518912
ISBN-13: 978-3798518919



C. Lüring: *Künstliche Kniegelenke: Wege aus dem Schmerz. Springer, 2011.*
ISBN-10: 3642219896
ISBN-13: 978-3642219894



C. Lüring, M. Tingart (Hg.): *Operative Zugangswege in Orthopädie und Unfallchirurgie. Springer, 2015.*
ISBN-10: 3642382649
ISBN-13: 978-3642382642



C. Lüring: *Bikondylärer Oberflächenersatz Kniegelenk, Springer 2017.*
ISBN-10: 3662544369
ISBN-13: 978-3662544365



C. Lüring: *Zementfreie Hüftendoprothese: lateraler Zugang nach Bauer, Springer 2017.*
ISBN-10: 3662532964
ISBN-13: 978-3662532966



C. Lüring: *Medialer unikondylärer Kniegelenkersatz: zementiert, fixed Inlay, Springer 2018.*
ISBN-10: 9783662567029
ISBN-13: 978-3662567029

BE

HAND

LUNGS

BEE

SPIE

LE

Abbildung 1: Schwere Coxarthrose links mit Drehfehler des Oberschenkelknochens aufgrund einer vorangehenden Umstellung

Abbildung 2: Schwere Coxarthrose links mit anlagebedingter deutlicher bogenförmiger Deformierung des Oberschenkelknochens

Abbildung 3: Digitale 3-dimensionale Planung des Individualhüftschafes durch die Firma Symbios

Abbildung 4: Optimaler Sitz des Hüftprothesenschafes sowie auch Rekonstruktion der Hüftanatomie bei dem Patienten aus Abbildung 2



Differenzierte Möglichkeiten in der Hüftendoprothetik

– Individualhüftschaft

Die Arthrose des Hüftgelenkes stellt, neben der Arthrose des Kniegelenkes, mit zunehmendem Alter die häufigste Arthroseform des Menschen dar. Generell sind häufiger die Gelenke der Beine betroffen, da diese vom Körpergewicht belastet werden. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der zunehmenden Alterung der Gesellschaft haben gegenwärtig allein in Deutschland über vier Millionen Menschen bereits ein künstliches Gelenk. Dabei werden jährlich etwa 230.000 künstliche Hüftgelenke und 180.000 künstliche Kniegelenke eingesetzt.

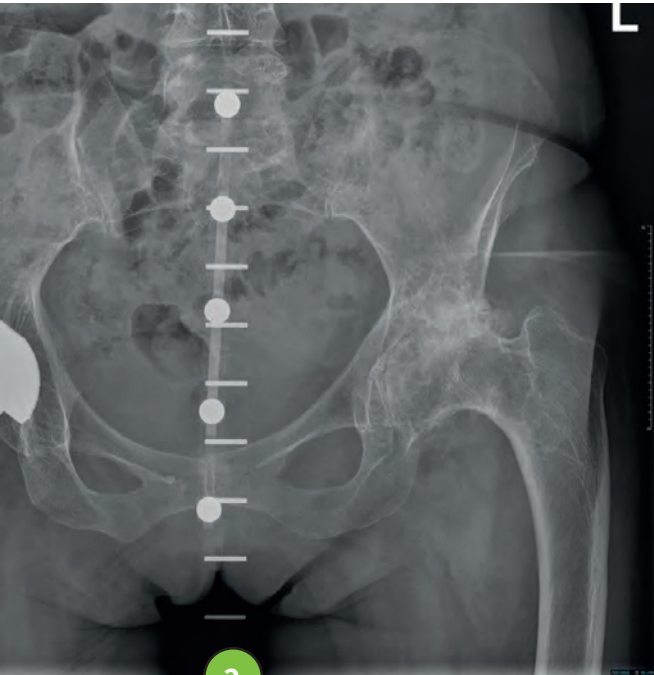
In Hinblick auf die Arthrose des Hüftgelenkes (Coxarthrose) kann bei Notwendigkeit einer Operation die überwiegende Mehrzahl der Patient:innen problem-

los und sehr gut mit einer normalen, konventionellen Hüftprothese versorgt werden. Diese ist bei uns im Haus von verschiedenen Herstellern sowie auch in unterschiedlichen Ausführungen und Größen vorhanden, so dass eine optimale Anpassung der Prothese an den Knochen des Patienten möglich ist. Hierzu erfolgt unter anderem bereits vor der Operation eine digitale Planung der Hüftprothese am Röntgenbild des Beckens.

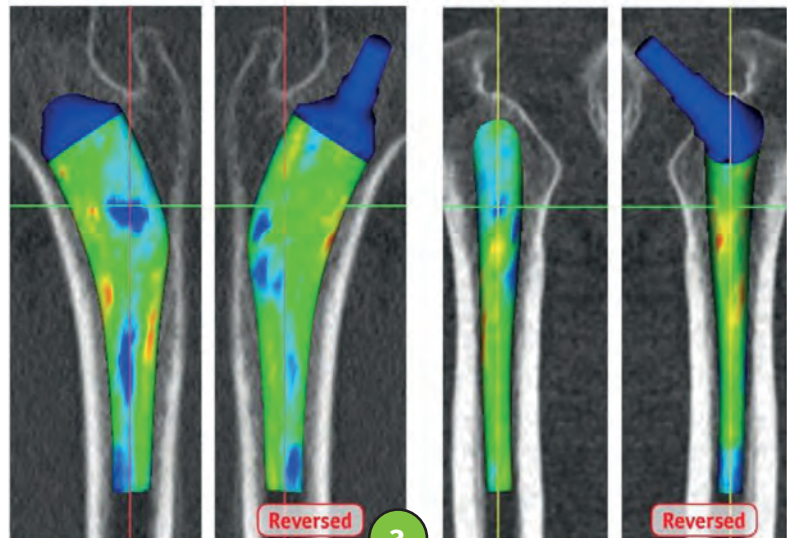
Jedoch gibt es gelegentlich Patient:innen bei denen durch eine Voroperation am Oberschenkelknochen (siehe Abbildung 1) oder durch eine ausgeprägte anlagebedingte Abweichung von der Normalform (siehe Abbildung 2) ein konventioneller Hüftprothesenschaf nicht oder nur unter

Eingehen eines erheblichen Kompromisses in den Oberschenkelknochen eingesetzt werden könnte. In derartigen Fällen stellt die Verwendung eines individuell für den Oberschenkelknochen des Patienten hergestellten Prothesenschafes eine sinn- und wertvolle Alternative dar.

Für die Herstellung eines individuellen Prothesenschafes wird vorab durch unsere radiologische Klinik eine Computertomographie des Beckens nach einem speziellen Protokoll durchgeführt. Die entsprechende Bildgebung wird danach an die Firma Symbios, welche ihren Sitz in der Schweiz hat, übermittelt. Die dort tätigen Ingenieur:innen fertigen dann, anhand der CT-Daten, ein virtuelles Modell des geplanten Hüftprothesenschafes



Density on implants

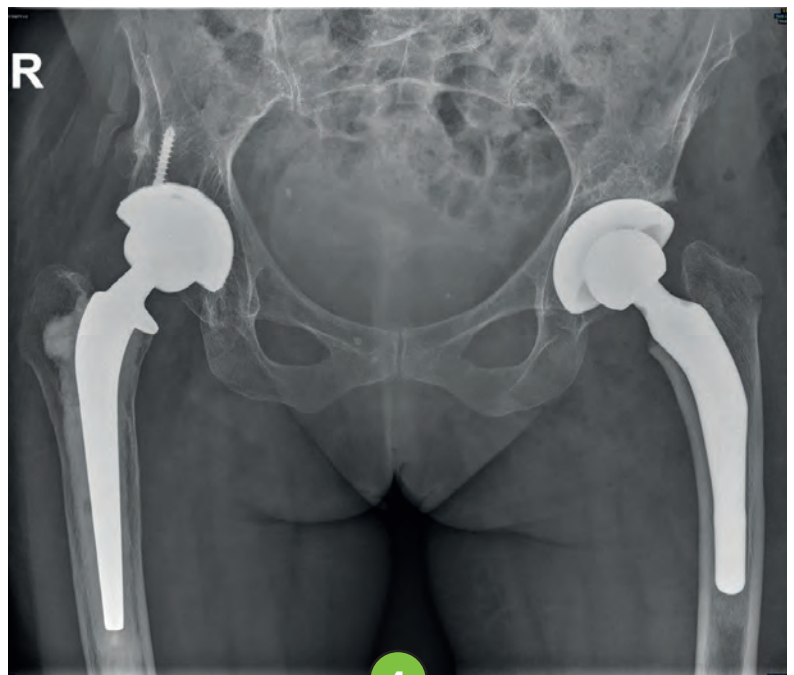


(siehe Abbildung 3) an. Nach Rücksprache, ggf. Anpassung der Planung und Freigabe durch den/die Operateur:in wird anschließend der Hüftprothesenschaft hergestellt. Dies dauert für gewöhnlich rund sechs Wochen, so dass vom Zeitpunkt der Computertomographie gerechnet eine Zeitspanne von etwa acht bis zehn Wochen erforderlich ist, bis der Prothesenschaft an unserer Klinik eintrifft.

Die eigentliche Operation unter Verwendung eines individuell hergestellten Hüftschaftes unterscheidet sich nur in Feinheiten vom Einsetzen einer konventionellen Hüftprothese und dauert für gewöhnlich rund eine Stunde. Gerade bei den vorliegenden schwierigen anatomischen Verhältnissen kann durch die Verwendung

eines Individualschaftes ein optimaler Sitz und Passform der Prothese erreicht werden ohne einen Kompromiss eingehen zu müssen (siehe Abbildung 4). Die allermeisten Patient:innen können, nach Durchführung der Operation, nach knapp 1 Woche das Krankenhaus wieder verlassen und ihre drei- bis vierwöchige Rehabilitationsmaßnahme antreten. In den meisten Fällen ist eine Schmerzfreiheit der Hüfte und ein gutes funktionelles Ergebnis nach rund zwei Monaten erreicht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass durch die Verwendung eines individuell hergestellten Hüftprothesenschaftes, gerade bei den in diesen Fällen häufig vorliegenden schwierigen anatomischen Verhältnissen, ein optimaler Sitz des Hüftprothesenschaftes und somit u.a. eine sehr gute Rekonstruktion der Hüftgeometrie mit einem entsprechenden funktionellen Ergebnis erreicht werden kann.





Röntgenbild Fuß rechts, d.p. Strahlengang im Stand:
rot-rot: Intermetatarsal Winkel, rot-blau: HV Winkel

Hallux valgus

Die Hallux valgus Deformität ist die häufigste Fehlstellung des Fußes, bei der die Großzehe nach außen abweicht. Die auch als Ballenfuß bezeichnete Fehlstellung betrifft vor allem Frauen und ältere Menschen, kann jedoch auch bei Kindern oder jungen oder männlichen Patienten auftreten

Ursachen:

Auch wenn die Ursachen des HV nicht abschließend geklärt sind, scheinen

- unsachgemäßes Schuhwerk (hohe Absätze, enges Schuhwerk)
- das weibliche Geschlecht

- familiäre Disposition (erblich)
- Vorliegen von Begleitpathologien (z.B. Knick Senkfuß, rheumatoide Arthritis, u.a.)

mitzuwirken.

Klinik:

Viele Patient:innen mit Hallux valgus Deformität klagen in milden und moderaten Stadien häufig über keine oder nur geringe Beschwerden. Beschwerden bestehen insbesondere im Bereich des medialen Ballens. Dieser führt zu einem Druckschmerz im Schuhwerk. Dort kann es bei länger anhaltendem Druck zu Rötungen

und Schwellungen im Bereich der Bursa (Schleimbeutel) kommen.

Die Valgusstellung der Großzehe kann zu einer Verdrängung der benachbarten Zehen führen. Das Ausweichen der Kleinzehen geht häufig mit der Ausbildung einer Hammerzehe oder Krallenzehe einher.

Schmerzsachen bei HV:

- Anstoßen des „Ballens“ im Schuh
- Bursitis (Schleimbeutelentzündung)
- Metatarsalgie (Mittelfußschmerz) durch Überlastung



Rechter Fuß vor (links) und 3 Monate nach (rechts) Hallux valgus Operation

2



Röntgenbilder Fuß links d.p. Stand vor Operation (links) und nach Operation (rechts): Vor Operation schwerer Hallux valgus. Nach der Operation gute Achskorrektur durch eine Versteifung des Mittelfußgelenkes sowie einer Korrektur der proximalen Großzehe (Akin-Osteotomie).

3

- Zehenfehlstellung (Krallenzehe, Hammerzehe)

Diagnose:

Die Diagnose des Hallux valgus erfolgt zunächst klinisch, also durch die genaue körperliche Untersuchung. Anhand von Röntgenbildern können zudem die Abweichungen der Knochen zueinander genau bestimmt werden.

Therapie:

Die Therapie von Patient:innen mit Hallux valgus Deformität hängt von zahlreichen Faktoren ab und ist immer eine individuelle Entscheidung. Neben der Fehlstellung sind vor allem Beschwerden und Beein-

trächtigungen zu berücksichtigen. Bei einigen Patient:innen sind bereits milde und moderate Fehlstellungen mit Schmerzen und Beeinträchtigungen vergesellschaftet. In anderen Fällen verursachen auch ausgeprägte Vorfußpathologien keinen Behandlungsbedarf.

In frühen Stadien steht die konservative Therapie im Vordergrund, um ein Fortschreiten zu verhindern und Beschwerden zu lindern. Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend, kann individuell eine operative Korrektur erwogen werden. Um eine Beschwerdelinderung mit verbesserter Mobilität, eine Achskorrektur und das Fortschreiten der Deformität zu

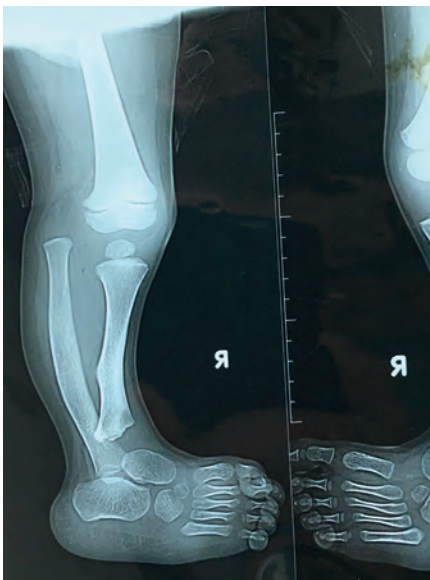
verhindern, können dann gelenkerhaltende knöcherne und weichteilige Eingriffe in Kombination durchgeführt werden. Der Behandlungserfolg ist abhängig von einer frühzeitigen und fachgerechten Diagnose. In diesen Fällen sollte eine individuelle Beratung durch eine:n erfahrene:n Spezialist:in erfolgen. Diese:r kann dann ein den Bedürfnissen und Ansprüchen des/der Patient:in entsprechendes Therapieverfahren empfehlen.

Mit dem letzten Linienflugzeug aus Afghanistan nach Deutschland!



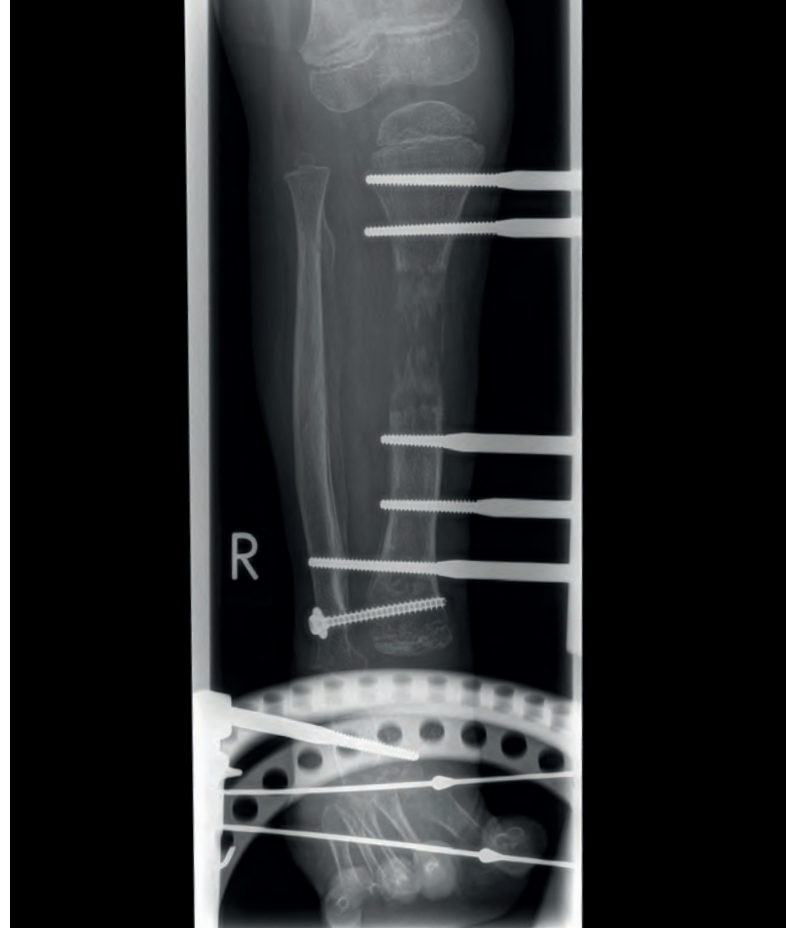
Der jetzt 7-jährige Junge Zekrya Ahmadi ist mit einer Fehlbildung seines rechten Unterschenkels zur Welt gekommen. Der Schienbeinknochen ist nicht regelhaft gewachsen und daher ist sein rechtes Bein 11 cm kürzer als das linke. Zudem hat sich ein Klumpfuß entwickelt, wodurch der Fuß nach innen gedreht ist und Zekrya nur noch auf der Fußaußenseite laufen konnte.

In Afghanistan konnte man das nicht behandeln und das Bein sollte amputiert werden. Als wir von dieser dramatischen Situation hörten, haben wir sofort reagiert, um das zu verhindern. Der Junge kam am 11.08.2021 mit dem letzten Linienflugzeug aus Kabul nach Deutschland, am 15.08.2021 haben die Taliban die Macht im Land übernommen. Finanziert wurde der Eingriff von der Hilfsorganisationen „Löwenstarke Kinderhilfe e.V.“



Wegen der schlechten medizinischen Versorgung wird eine solche Fehlbildung in Afghanistan nicht behandelt. Deswegen musste er damit in seiner Heimat irgendwie zurechtkommen. Mit starkem Humpeln und vielen Schmerzen ist er durchs Leben gelaufen, gelegentlich hat er sogar Fußball gespielt, aber alles auf der Fußaußenseite.

Das Röntgen-Bild zeigt den fehlgebildeten Schienbeinknochen und das im Verhältnis dazu deutlich längere Wadenbein.



In einer ersten OP durchtrennte das Kinderorthopädie-Team zunächst das rechte und damit kürzere Schienbein des Jungen in der Mitte, um es dann mithilfe eines Fixateurs extern zu verlängern.

Es wurde morgens und abends an dem Fixateur extern gedreht, um das Bein täglich um 1 mm zu verlängern. Dabei wurde zunächst der untere Teil des Schienbeins nach unten geschoben und somit die Sprunggelenksebene rekonstruiert.



In einer zweiten Operation wurde der Klumpfuß des Jungen begradigt und ebenfalls vom Fixateur gehalten. Der Unterschenkel wird weiter verlängert und nun der obere Anteil des Schienbeins auf die korrekte Knieebene geschoben. Insgesamt konnte der Unterschenkel um gut 5 cm verlängert werden.

Zekrya wird an seinem Schuh noch eine leichte Sohlenerhöhung benötigen, aber er kann endlich den Fuß normal über die Fußsohle abrollen.

Da der Junge zudem fast komplett taub war, wurde er in der HNO-Klinik im Haus medizinisch versorgt, sodass er nun durch ein Hörgerät auf einem Ohr wieder hören kann.

Während seiner Zeit in Deutschland lebt der junge Patient bei Selda Keskin und ihrer Familie. Die Pflegemutter hat schon mehrere Kinder aus Afghanistan aufgenommen, die im Klinikum behandelt wurden. Um sich mit ihm zu verständigen, hat sie die Gebärdensprache gelernt und kann sich mittlerweile sehr gut mit ihm unterhalten.

Es wird noch einige Zeit dauern, bis sich in der Verlängerungsstrecke wieder stabiler Knochen gebildet hat und dann können wir den Fixateur extern abbauen.

Wann der Junge wieder zurück zu seiner Familie nach Afghanistan reisen kann, ist bei der unübersichtlichen Lage in dem Land bisher noch völlig offen ...



Behandlungsbeispiele



1

Schwere Arthrose des Ellenbogengelenks mit Bewegungseinschränkung

2

Röntgenbilder zur Kontrolle in der Operation. Die Prothese ist eingebracht und zementiert



Ellenbogen- gelenkarthrose

Arthrose ist die Erkrankung eines Gelenkes, welche letztendlich zum Abbau bis hin zum kompletten Verlust des Knorpels führt. Bei der Arthrose im Ellenbogengelenk – auch Cubitalarthrose oder Ellenbogengelenksarthrose genannt – handelt es sich um den meist degenerativen oder auch unfallbedingten Verschleiß des Gelenkknorpels im Ellenbogengelenk. Dies führt zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung des Ellenbogengelenkes.

Das Ellenbogengelenk ist ein nichtgewichttragendes Gelenk und somit geringeren Belastungen ausgesetzt. Daher ist es eher selten von einer Arthrose betroffen, sie tritt nur bei ca. 2 % der Bevölkerung auf. In der Regel entsteht die Arthrose des Ellenbogens bevorzugt bei Männern mit einem ellenbogenbelastenden Beruf, bei Kraftsportlern oder Wurf-sportlern. Bei Frauen ist die Ellenbogenarthrose durch körperlichen Verschleiß sehr viel seltener.

Ursache der Arthrose

Neben dem „normalen“ Verschleiß sind häufig Unfälle und deren Folgen (Bruch

mit Stufenbildung im Gelenk, freie Gelenkkörper, Verwachsungen oder Narben) Ursache für die Arthrose. Aber auch langanhaltende Überbelastung oder Fehlstellungen können dazu führen.

Von einer Ellenbogenarthrose sind vor allem Menschen betroffen, deren Arme und Ellenbogengelenke aus beruflichen Gründen stärkeren Belastungen ausgesetzt sind. Hierzu gehören beispielsweise Bauarbeiter:innen oder Profisportler:innen (z.B. Handballspieler). Weitere Ursachen für die Entstehung einer Ellenbogenarthrose ist rheumatoide Arthritis – umgangssprachlich oft als „Rheuma“ bezeichnet. Durch die Entwicklung moderner Rheumamedikamente konnte die Anzahl dieser Patient:innen in den letzten Jahren jedoch sehr stark reduziert werden.

Symptome einer Ellenbogengelenk-arthrose

Die Ellenbogenarthrose ist in der Regel ein schleichend beginnendes Krankheitsbild. Schrittweise bemerken die Patient:innen eine Verschlechterung der

Beweglichkeit, eine Schmerzzunahme unter Belastungen, Knirschen und Knacken im Gelenk, gelegentliche Blockaden, Irritationen des Nervus ulnaris mit Kribbeln oder Taubheit des kleinen Fingers und Gelenkergussbildung mit Schwellneigung. Typische Beschwerden sind Schmerzen, zunächst meist in Bewegung, später auch in Ruhe. Im weiteren Verlauf nehmen die Schmerzen dann an Intensität zu.

Diagnostik einer Ellenbogenarthrose

In den meisten Fällen kann die Arthrose durch ein konventionelles Röntgenbild diagnostiziert werden. Im Röntgenbild zeigen sich Veränderungen des Gelenkes durch Osteophytenbildung (knöcherne Anbauten), freie Gelenkkörper, Verlust des Gelenkspaltes (Abnahme der Knorpeldicke), subchondrale Sklerose (Verdichtung des Knochengewebes unter der Knorpelschicht eines Gelenks).

Beginnende Arthrosen lassen sich mit einer MRT-Untersuchung (Kernspintomographie) gut nachweisen. Dabei werden bereits geringe Veränderungen

des Knorpels, kleinere Gelenkkörper, Zysten im Knochen und Entzündungsveränderungen erkannt. Das beste diagnostische Verfahren zur Beurteilung der Arthrose und des Schädigungsgrades des Gelenkes sowie zur Lokalisierung freier Gelenkkörper ist die Computertomographie. Insbesondere nach den Frakturen ist das CT unerlässlich, da durch bereits durchgeführte Operationen häufig Metall-Implantate eingebracht wurden und ansonsten die Gelenkflächen und die Gelenkstellung nur unzureichend beurteilt werden können.

Therapie einer Ellenbogenarthrose

Konservative Therapie bei Ellenbogenarthrose

Die konservative Therapie einer Ellenbogenarthrose besteht prinzipiell aus zwei Teilen. Zum ersten gehört eine medikamentöse Schmerztherapie. Besonders gut wirksam sind Schmerzmittel, die auch entzündungshemmend wirken, z.B. Ibuprofen oder andere.

Eine krankengymnastische Übung zur Mobilisation hat auch eine besondere Bedeutung. Es ist sehr wichtig, eine gute Balance zu finden, in der das Gelenk zwar nicht übermäßig, aber dennoch ausreichend bewegt und belastet wird. Deswegen sollten die Übungen unter Aufsicht von einem/einer Ärzt:in oder Physiotherapeut:innen durchgeführt werden. Es ist ratsam, die Muskulatur des Unterarms durch spezielle Übungen zu trainieren, um das Gelenk zu stabilisieren und in seinen Bewegungen zu unterstützen. Dazu können Hilfsmittel wie Bänder, Griffgeräte oder Therapiebälle zum Einsatz kommen. Bei akutem Schmerz im Ellenbogen kann es darüber hinaus sinnvoll sein, das schmerzende Gelenk zu kühlen. Wie in allen großen Gelenken unterliegt die konservative Therapie der Arthrose gewissen Limitierungen. Das gilt insbesondere, wenn ein mechanischer Konflikt im Gelenk durch z.B. knöcherne Anbauten, freie Gelenkkörper oder Schädigungen der Gelenkflächen vorliegt. Je nach Beschwerdesymptomatik und Anspruch des/der Patient:in sollte jedoch zunächst die konservative Therapie ausgeschöpft werden. Sollte die Schmerzsymptomatik oder die akute Zunahme von Bewegungseinschränkungen mit konservativen, analgetischen und physikalischen Maßnahmen nicht

gebessert sein, ist die operative Behandlung das einzige Verfahren, die gestörte Mechanik des Gelenkes wiederherzustellen und damit in der Regel auch eine Schmerzreduktion herbeizuführen.

Operative Therapie bei Ellenbogenarthrose

Je nach Beschwerden und Funktionsminderung durch die Ellenbogenarthrose, ist eine Arthrolyse (operative Verbesserung der Beweglichkeit) notwendig. Beides soll neben der Wiederherstellung der Beweglichkeit auch die Gelenkmechanik verbessern. Je nach Befund werden störende Knochensporne abgetragen, freie Gelenkkörper entfernt, Knorpeloberflächen geglättet, Verklebungen gelöst und die verkürzte Gelenkkapsel erweitert. Schmerzen werden durch diese Gelenksanierung deutlich reduziert, oft beseitigt. Die Langzeitprognose des Gelenkes wird verbessert. Diese Operationen können teils in Schlüsselochtechnik, teils offen erfolgen. Die Entscheidung ist abhängig von der Schwere der Veränderungen und wird individuell festgelegt.

Bei völlig zerstörten Gelenken oder ausgezeilter gelenkerhaltender Therapie ist der Einsatz eines Kunstgelenkes (Endoprothese) möglich.

Endoprothese

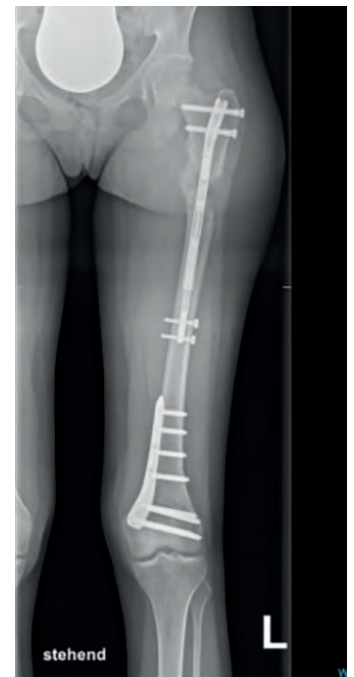
Wenn die gelenkerhaltenden konservativen und operativen Maßnahmen keine ausreichende Beschwerdelinderung mehr erbringen, dann ist der Zeitpunkt für ein künstliches Gelenk gekommen. Im Falle einer Prothesenimplantation bedeutet das für die Patient:innen zum einen erheblichen Gewinn in der Beweglichkeit und der Schmerzreduktion. Zum anderen muss bei einem künstlichen Ellenbogengelenk aber eine Belastungslimitierung von maximal drei bis fünf kg, die lebenslang eingehalten werden muss, berücksichtigt werden. Bei jungen Patient:innen muss die Indikation zur Ellenbogenprothese wohlüberlegt sein. Aktuell ist die Standzeit (Überlebensrate) der Prothesen der limitierende Faktor. In der Regel ist mit Lockerungen und Verschleiß der Ellenbogenprothesen bereits nach 10-15 Jahren zu rechnen. Etwa 30-50 % der Prothesen müssen dann bereits gewechselt werden. Bei jüngeren Patient:innen bedeutet dies in der Hochrechnung mehrere Wechseloperationen. Somit stellt die Ellenbogenprothese ein Verfahren für ältere Patient:innen mit einem weniger ausgeprägtem Belastungs-

anspruch dar. Für diese Patient:innen führte aber die Prothese des Ellenbogengelenkes zu hervorragenden Ergebnissen in Hinblick auf Schmerzreduktion und Funktion.

Eine sehr gute Indikation für die Implantation einer Ellenbogenprothese sind Rheumapatient:innen mit einem schmerzhaften zerstörten Gelenk. Glücklicherweise sind Rheumapatient:innen mit solch fortgeschrittenen Schädigungen der Gelenke in den letzten Jahren durch moderne Medikamente sehr viel seltener geworden. Ist das Gelenk jedoch so schwer geschädigt, dass die Patient:innen mit den Schmerzen und Funktionseinschränkungen nicht mehr zurechtkommen, kann die Implantation einer Ellenbogenprothese als einzige Möglichkeit effektiv helfen. Erfahrungswerte zeigen, dass aktuell die Überlebensraten (Standzeiten) der Ellenbogenprothesen bei Rheumatiker:innen vergleichbar sind wie bei Hüft- und Knieprothesen.



Kontrollröntgen nach Ellenbogenprothese. Das Implantat ersetzt die Gelenkflächen, der Patient hat keine Schmerzen und eine freie Funktion



1

Fall 1: a) 17-jährige Patientin mit einer ideopathischen Beinlängendifferenz von 2,9 cm und valgischer Beinachse links. b) nach Ausgleich der Beinlängendifferenz und supracondylärer, varisierender Umstellung des linken distalen Femurs. c) fortschreitende Kallusbildung.

Beinlängen- differenzen

Die Therapie von Beinlängendifferenzen und Achsabweichungen der unteren Extremität gehört zu den Schwerpunkten der Kinderorthopädie. Mit der Pubertät und dem damit einhergehenden Schluss der kniegelenknahen Wachstumsfugen schließt sich das therapeutische Fenster der wachstumslenkenden Epiphysiodesen und Hemiepiphysiodesen. Nicht alle Beinlängendifferenzen können bis zum Wachstumsende durch diese gering-invasive Behandlung zufriedenstellend ausgeglichen werden. Nicht selten erfolgt die Erstvorstellung zu spät und der Ausgleich der Differenz kann nicht mehr erreicht werden. Bei großen Differenzen (>4 cm) ist die Wachstumsbremsung des

langen Beines unter Berücksichtigung der zu erwartenden Endgröße nicht immer die zu empfehlende Therapieoption. Ist die verbleibende Differenz zu groß, sind trotz orthopädiemaischen Ausgleich der Differenz die Risiken für die Rumpfstatik auf die Lebenszeit gesehen hoch. Insbesondere der lumbosacrale Übergang ist sehr vulnerabel. Aus unserer Sicht hat sich die Extremitätenverlängerung mit einem motorisierten Verlängerungsnagel für solche Patient:innen bewährt.

Das Verfahren beruht auf der Kallusdistraction. Die Prinzipien dieser Technik wurden Anfang des 20. Jahrhunderts beschrieben und durch den russischen Chi-

rurgen Ilizarov mit der Einführung seines Ringfixateurs zur Anwendung gebracht. Neben den Ringfixateuren kommen mittlerweile motorisierte Verlängerungsnägel zunehmend zum Einsatz. Der Verlängerungsprozess ist für Patient:innen im Vergleich zu den Ringfixateuren sehr viel komfortabler und weniger invasiv. Mittels magnetomechanischer Kopplung kann wie bei den Ringfixateuren eine Verlängerung von 1 mm pro Tag realisiert werden.

Die genaue Planung und korrekte Implantation der Verlängerungsnägel sind essentiell, um postoperative Komplikationen wie Rotationsfehler und Über- bzw. Unterkorrekturen zu vermeiden.

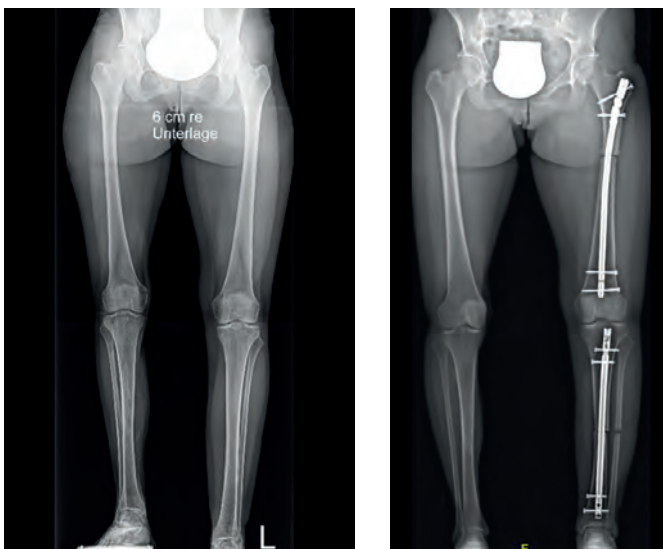
In seltenen Fällen kann auch die Verkürzung des längeren Beines indiziert sein, um größere Beinlängendifferenzen auszugleichen. Insbesondere schwierige Weichteilverhältnisse im Zugangs- und Verlängerungsbereich können diese Entscheidung notwendig machen. Fall 3 zeigt eine Patientin mit seit der Kindheit bestehender Beinlängendifferenz von nun

6 cm. Der Weichteilschatten des kürzeren rechten Beines läßt eine deutliche Differenz zur normalen Gegenseite erkennen. Die Patientin leidet an einer schweren systemische Sklerodermie mit derben, narbenähnlichen Veränderungen und Kontrakturen der Weichteile, das nahezu gesamte rechte Bein betreffend. Die Option zur Verlängerung des rechten Beines

war somit nicht gegeben. Der Ausgleich der Beinlängendifferenz erfolgte über eine Verkürzungsosteotomie von Tibia, Fibula und Femur des längeren linken Beines. Die Stabilisierung von Femur und Tibia erfolgte über verriegelte Markraumnägel.

2

Fall 2: a) 13-jährige Patientin mit einer Beinlängendifferenz von 2,7 cm aufgrund eines Silver-Russel-Syndroms. b) Ausgleich der Differenz femoral mit Kallusbildung im Verlauf von 6 Monaten postoperativ.



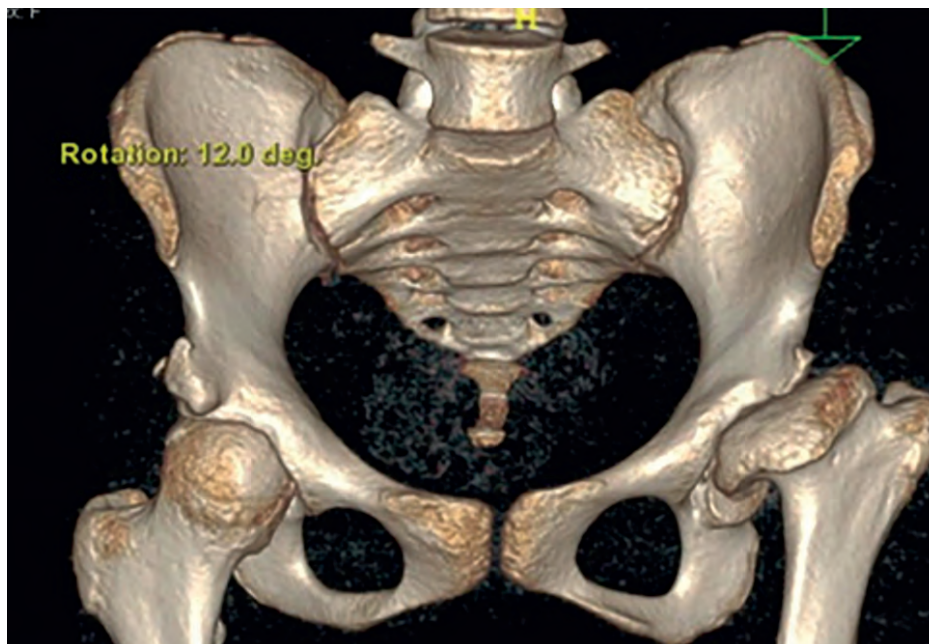
Über das gesamte Kindes- und Jugendalter stehen der Kinderorthopädie damit konservative und operative Therapieoptionen zur Verfügung, um relevante Beinlängendifferenzen zufriedenstellend auszugleichen.

3

Fall 3: a) 26-jährige Patientin mit 6 cm Beinlängendifferenz aufgrund einer schweren systemischen Sklerodermie. b) direkt postoperatives Röntgenbild nach Verkürzungsosteotomie von Tibia, Fibula und Femur des längeren linken Beines.

Schwere Form der kindlichen Hüftdysplasie

3D-CT mit Darstellung der Strukturstörungen am linken Hüftkopf



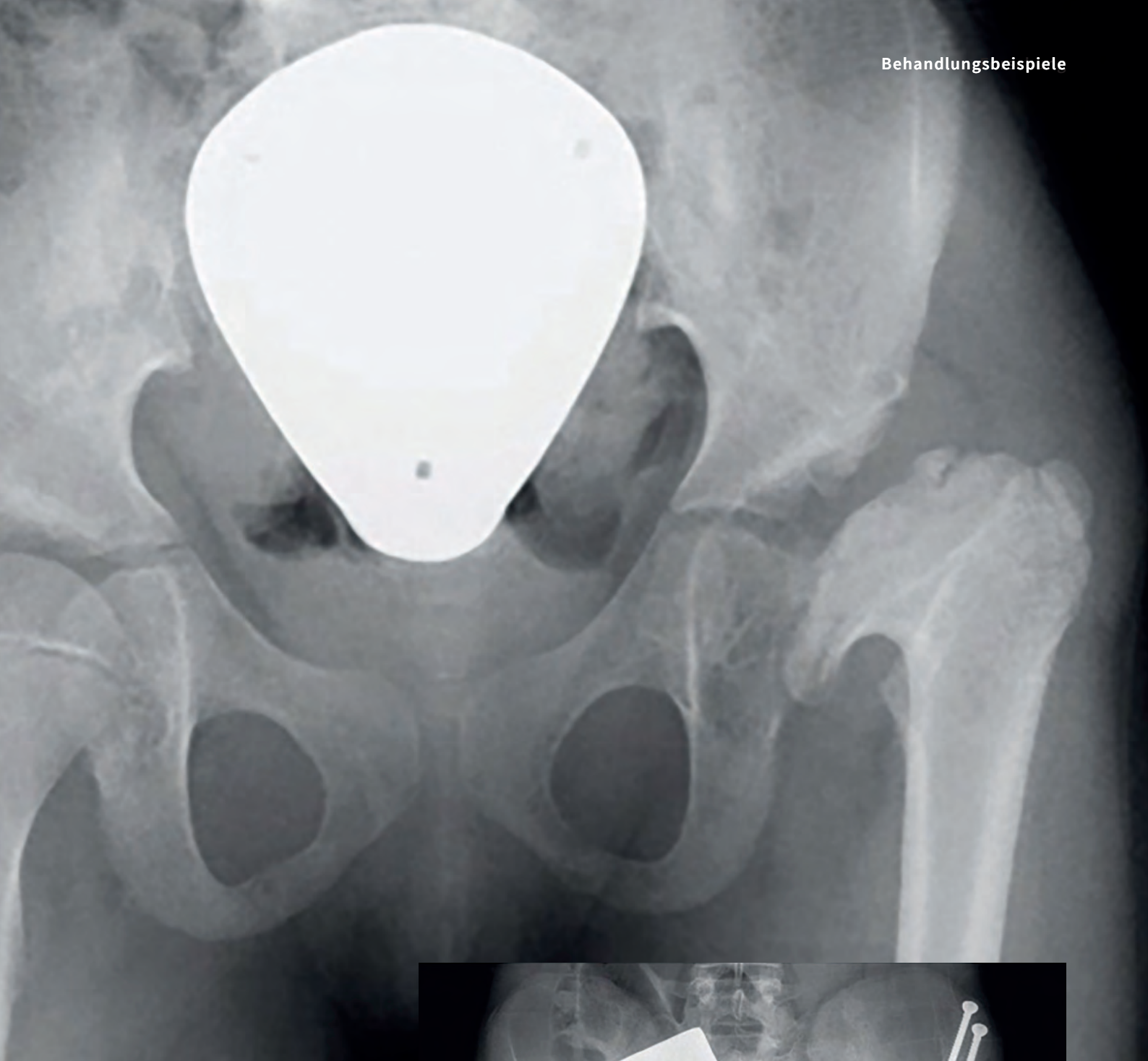
Beckenübersicht im Alter von 3 Jahren

A.T. ist erst wenige Tage alt, als die Ärzt:innen bei einer Untersuchung feststellen, dass mit ihrer linken Hüfte etwas nicht stimmt. Die Untersuchungen ergeben, dass die linke Hüfte ausgekugelt ist und damit die schwerste Form der angeborenen Hüftdysplasie vorliegt. Somit ist klar, dass eine Behandlung notwendig wird. In ihrer Heimat in Süddeutschland wird eine komplizierte Operation durchgeführt. Leider kommt es zu Komplikationen. Eine Durchblutungsstörung am Hüftkopf führt zu einer massiven Verformung des Knochens. Es entsteht eine pilzförmige Deformität und damit kann die linke Hüfte nicht so bewegt und belastet werden wie im Normalfall. Trotz der schwierigen Operation hat sich der

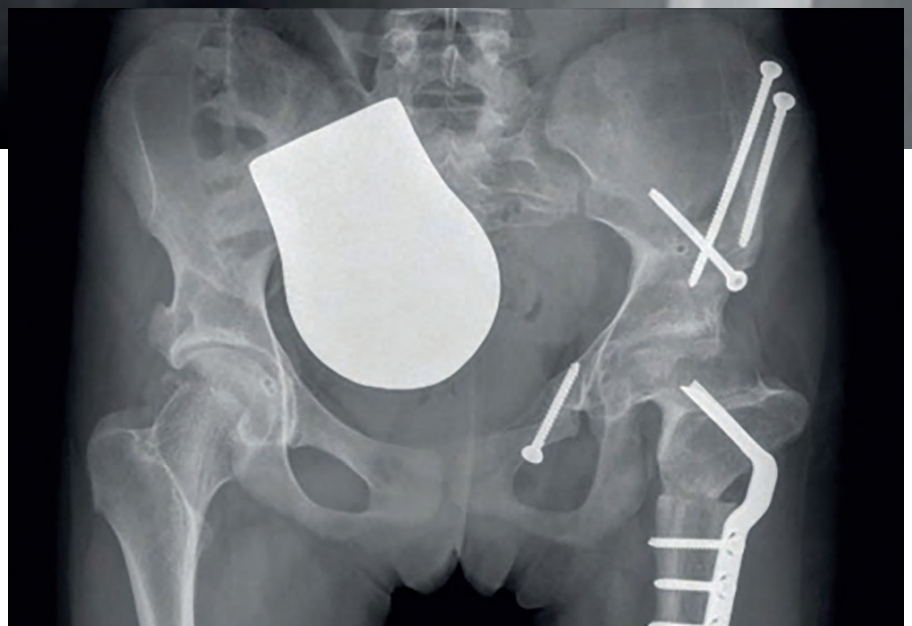
gewünschte Erfolg nicht eingestellt. Es werden weitere Operationen notwendig, um die Auswirkungen der Komplikation bzw. der Durchblutungsstörung abzufangen. Trotz aller Bemühungen kann dieses Ziel nicht erreicht werden. Die ungünstige Verformung der Hüfte verschlimmert sich. Abbildung 1 zeigt die zu diesem Zeitpunkt deutliche Verformung an der linken Hüfte. Im Alter von 4 Jahren wird eine weitere große OP an der linken Hüfte vorgenommen. Auch mit dieser Operation kann der ungünstige Verlauf nicht gestoppt werden. Der Kopf verformt sich weiter und das linke Bein ist schon 2,5 cm kürzer. Weitere Operationen erscheinen jetzt wenig erfolgversprechend und so wird entschieden, trotz der

starken Verformung den weiteren Verlauf und das weitere Wachstum des Mädchens abzuwarten.

Mit 14 Jahren wird die junge Patientin in unserem Hause vorstellig. Das Wachstum an der Hüfte ist zu diesem Zeitpunkt nahezu abgeschossen. Die linke Hüfte kann kaum mehr bewegt werden. Das Bein ist weiterhin 2,5 cm kürzer. Wegen der komplexen Ausgangssituation sind zunächst weitere Untersuchungen notwendig, um zu klären, wie und ob überhaupt dem jungen Mädchen geholfen werden kann. Das durchgeführte 3D-CT zeigt, dass zumindest einige Anteile des Hüftkopfes schon die Funktion eines Hüftgelenkes erfüllen können (Abbildung 2). Somit



wird entschieden, in einer aufwendigen OP die Kraftverteilung an der linken Hüfte so umzuleiten, dass die besseren Anteile des Gelenkes die Hauptfunktion übernehmen können. Die schwer verformten Anteile des Hüftkopfes werden bei dieser OP aus der Belastung herausgenommen. Abbildung 3 zeigt die Röntgenaufnahme des Beckens wenige Monate nach der Operation. Die Beweglichkeit ist nun deutlich gebessert und es ist gelungen, die Beinverkürzung links auszugleichen. Die junge Patientin kann nun ihre Hüfte schmerzfrei belasten.



Wenige Monate nach der OP im Klinikum Dortmund

Erfahrungsberichte sind wichtig. Wer könnte besser erklären und beschreiben, wie der Aufenthalt in der Klinik war, ob das Essen geschmeckt hat, die behandelnden Ärzt:innen, Pflegekräfte und Physiotherapeut:innen kompetent, menschlich und freundlich waren und sich der erhoffte medizinische Erfolg eingestellt hat. Wir lassen einige von ihnen zu Wort kommen und hoffen, dass diese O-Töne einen Einblick in die Klinik geben.

★★★★★

Fast perfekt organisierte Abläufe. Kompetentes und freundliches Team. Operateure haben eine hervorragende Arbeit geleistet. Montag operiert, am darauffolgenden Samstag entlassen. Keine Schmerzen und bereits am 2. Tag laufen an Krücken gut möglich. Ich kann die Städtischen Kliniken Dortmund uneingeschränkt weiterempfehlen. Bereits bei einer Knieoperation und einer Halux valgus Operation vor einigen Jahren war ich mit dem Ergebnis sehr, sehr zufrieden.

★★★★★

Ende November 2020 befand ich mich stationär zur Versorgung einer Knie TEP. Ich habe mir dieses Haus mit Bedacht ausgesucht.

- Klinikum der Maximalversorgung // - Zertifizierung durch Endocert
- Möglichkeit des individual Gelenks // - ausreichende Häufigkeit dieser OP
- sehr gute Medienpräsenz (Danke an Herrn Raschke und Professor Lüring. Ich wurde nicht enttäuscht!) Ein reibungsloser, perfekter Eingriff durch Vollprofis. Letztendlich war für mich die medizinische Versorgung und das Ergebnis vorrangig, dennoch sollten Menschlichkeit, Empathie und Freundlichkeit nicht unterschätzt werden. Ich kann wirklich behaupten, dass ich es sehr gut „erwischt“ habe. Mein ganz großer Dank gilt dem feinen Handwerk des Professors und der guten Zusammenarbeit mit seinem Team. Ebenfalls auch dem extrem aufmerksamen, freundlichen und emphatischen Pflegepersonal. Die Herren der Anästhesie, bei denen ich mich keine Sekunde ängstigen musste. Das Gefühl der „ersten Geige“ hat mir gut gefallen. Top war auch die Behandlung der netten und kompetenten Frau Steinecke aus der Abteilung Physiotherapie. Auch die Damen des Reinigungsdienstes waren stets angenehm, freundlich und hilfsbereit. Um es auf den Punkt zu bringen: Super organisierter Laden, den der Chef im Griff hat und man allzeit das Gefühl des „behütet sein“ hat. Ganz herzlichen Dank für alles.

★★★★★

Hallo zusammen,

ich wurde dieses Jahr zum zweiten Mal in diesem Krankenhaus operiert. 2016 die rechte Hüfte und dieses Jahr sollte dann die linke Hüfte operiert werden. Wieder ist alles bestens und ich kann dieses Krankenhaus nur weiterempfehlen!!! Ich hoffe, dass die Heilung meiner linken Hüfte genauso erfolgreich verläuft wie schon 2016. Ein wirklich tolles Krankenhaus, in dem ich mich jederzeit gut aufgehoben gefühlt habe. Vielen Dank an das komplette Personal.

★ = Bewertungen auf klinikbewertungen.de

★★★★★

Bei mir wurde vor 5 Wochen eine umstellungsosteotomie der rechten Hüfte durchgeführt: Von der ersten Terminvereinbarung, über die erste Besprechung, die Aufnahme, der Aufenthalt bei der Operation selber, bis über die Nachsorge: ich habe selten ein Krankenhaus erlebt, in dem alle - von der Pflegeschülerin/- Schüler über die Krankenschwestern/Pfleger bis zu den Ärzten - so dem Patienten zugewandt waren. Es ist nicht alles glatt gelaufen, aber man war stets bemüht sofort eine Lösung, eine Änderung zu finden. Ich war nicht die einzige Patientin und das Pflegepersonal und die Ärzte hatten sehr viel zu tun und trotzdem wurde sich gefühlt, immer genügend Zeit für mich und auch für meine Fragen/Sorgen genommen. Ich kann nur für mich sprechen, aber ich habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt!!!

★★★★★

Guten Tag,

ich hatte gestern einen ambulanten orthopädischen Meniskuseingriff auf der Station Z-OP. Am Montag war ich zur zentralen Aufnahme. Montag sowie am Dienstag war die Aufenthaltsdauer, die Abläufe sowie alles zusammen 1A organisiert. Bitte geben Sie dieses Lob gerne an die orthopädische Ambulanz, anästhesie Ambulanz und die Station Z-OP, sowie die zentrale Aufnahme, sowie an das OP Team. Auch im OP wurde alles erklärt und durch das Team die Anspannung vor so einem Eingriff genommen. Das war Champions League. Vielen Dank! Ich kann und werde Sie nur weiterempfehlen.



AUS BLICK 2022

Was kommt in 2022 auf uns zu?

Wir planen bereits gemeinsam mit der Bundesfachschule für Orthopädietechnik das 12. gemeinsame Symposium. Thema ist "Endo-, Endo-Exoprothetik". Letztlich unser "Leib- und Magenthema". Mit Gelenkersatz kennen wir uns aus. Die Organisation läuft auf Hochtouren und wir können schon jetzt sagen, dass wir viele hochrangige Referent:innen gewinnen konnten.

Die Sonografie Kurse der Säuglingshüfte werden aufgrund des sehr guten Erfolges nun sogar dreimal im Jahr angeboten. Wir erfahren erheblichen Zuspruch, die Kurse sind schnell ausgebucht. Das liegt sicher daran, dass nicht mehr an allen Kliniken Geburten durchgeführt werden können und viele angehende Ärzt:innen diese Fertigkeit in ihrer eigenen Klinik nicht mehr lernen können. Da in unserer Frauenklinik weit über 2.000 Kinder auf die Welt gebracht werden, haben wir also gemeinsam mit den Kolleg:innen der Gynäkologie die schöne Aufgabe, direkt nach der Geburt zu prüfen, ob an den Hüftgelenken der gerade neu Geborenen alles in Ordnung ist. Diese Erfahrung geben wir dann in den Kursen gerne weiter.

Zur verbesserten Didaktik haben wir eine Sonografiepuppe angeschafft, wo man in Ruhe am Modell die Sonografie erlernen kann.

Das Dortmunder Gelenksymposium 2021 konnten wir trotz Pandemie mit reduzierter Teilnehmerzahl durchführen. In 2022 wird das Meeting erstmals in Düsseldorf stattfinden, da laufen die Organisationen auf Hochtouren. Es gibt wieder ein spannendes Programm, das Anfang des Jahres veröffentlicht wird. Der Termin steht schon fest, es ist der 9. September 2022.

Aktuell planen wir gemeinsam mit der ambulanten Reha und dem Sanitätshaus Kraft ein Symposium für Physiotherapeut:innen, das wir am 11. Juni 2022 in den Räumlichkeiten der Westfalenhalle planen. Auch hier werden wir Anfang 2022 das Programm veröffentlichen und hoffen auf eine rege Beteiligung und einen positiven Austausch mit den so wichtigen Physiotherapeut:innen.

Gespannt dürfen alle sein, was wir uns im kommenden Jahr an Social Media Events einfallen lassen. In 2021 haben wir viele

Menschen mit unterschiedlichen Themen erreicht. Mal schauen, was in 2022 kommt. Lassen Sie sich überraschen!

Klinikzentrum Mitte
Beurhausstr. 40
44137 Dortmund

Telefon: +49 (0) 231 953 0

Bus- /Straßenbahnverbindung

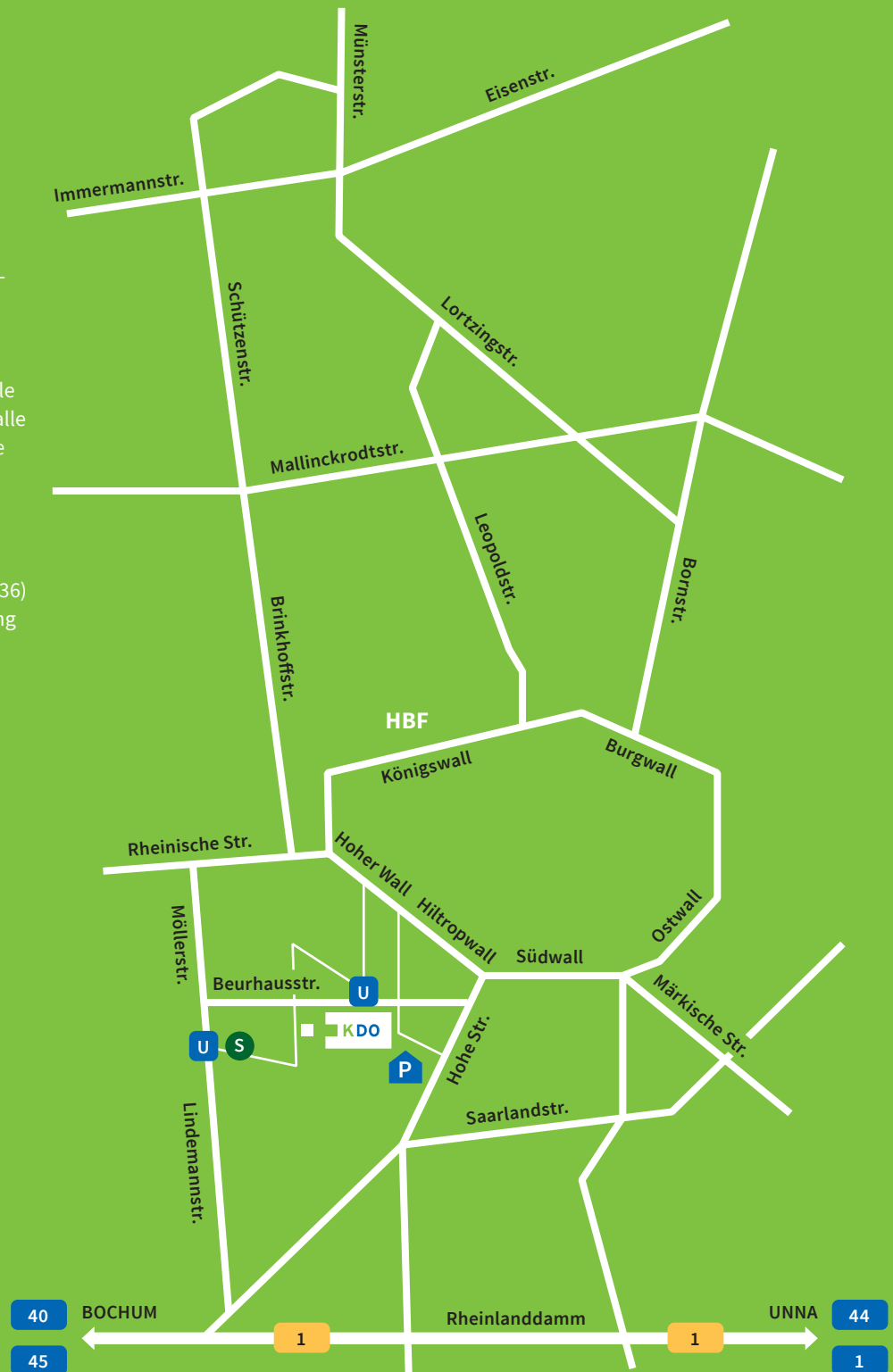
Ab Hauptbahnhof Dortmund, Straßenbahn / U-Bahn – alle Linien Richtung Stadtmitte bis Stadtgarten, ab Stadtgarten in die U42 Richtung Hombruch – verkehren tagsüber an Werktagen alle 10 Minuten, an Sonn- und Feiertagen alle 15 Minuten – bis Haltestelle Städtische Kliniken. S-Bahnlinie 4 bis Haltestelle Möllerbrücke.

Straßenanbindung

Über alle Zufahrtsstraßen (B1/B54/B236) und Autobahnen (A45/A2/A44) Richtung Innenstadt Dortmund. Im Innenstadtbereich ist das Klinikum mit der alten Bezeichnung „Städtische Kliniken“ ausgeschildert.

Parkhaus am Klinikum Mitte:

Hohe Straße 31
44137 Dortmund



KONTAKT

Privatsprechstunde

Frau Wagener
Tel.: +49 (0) 231 953 21850
Fax: +49 (0) 231 953 21019

Orthopädische Ambulanz

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

Sportambulanz

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

Terminvergabe OP

Frau Pospiech · Frau Gröhl · Frau Pyka
Tel.: +49 (0) 231 953 20054

Patientenmanagement

Tel.: +49 (0) 231 953 20054

www.orthdo.de

IMPRESSUM

Herausgeber

Orthopädische Klinik · Klinikum Dortmund
Klinikdirektor: Prof. Dr. Christian Lüring

Fotos: Klinikum Dortmund |

iStock: S. 32/33 | Adobe Stock: Seite 10/11

Auflage: 2.500

Stand: 02.2022

**"Trotz Beschränkung
durch die Pandemie
konnten wir unseren
Qualitätsanspruch auch
in 2021 ausbauen:
Rezertifizierung des
Endoprothetikzentrums,
sieben Focus-Auszeich-
nungen und sehr viele zu-
friedene Patient:innen!"**

PATIENTENMANAGEMENT
+49 (0) 231 953 20054
orthopaedie@klinikumdo.de

SPENDENKONTO

SPARKASSE DORTMUND
IBAN: DE28 4405 0199 0001 0495 50
BIC: DORTDE33XXX

Orthopädische Klinik
Klinikum Dortmund gGmbH
Beurhausstr. 40
44137 Dortmund

www.orthdo.de

