



„Fingerfertigkeit und Geschicklichkeit lernt man in keinem Hörsaal“, findet der Orthopäde und Unfallchirurg Gunnar Ochs. „Wer sich schon beim Zusammenbauen von Ikea-Schränken auf die Finger haut, sollte von der Chirurgie besser die Finger lassen.“

Orthopädie

Wenn's nicht mehr rundläuft

Gegen Arthrose in Hüft- und Kniegelenken ist kein Kraut gewachsen. Oft bleibt nur ein künstliches Gelenk. Das Vincentius genießt seit Jahrzehnten einen hervorragenden Ruf für diese Eingriffe. Durch die Infrastruktur im Klinikneubau können wir nun auch komplexe Fälle behandeln, die vorher an Unikliniken überwiesen werden mussten, sagt Prof. Dr. Gunnar Ochs, Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie.

„Früher war es in der Großfamilie völlig normal, dass die Oma wegen Arthrosebeschwerden nicht mehr so aktiv war und der Familie vom Ofen aus zugesehen hat. Heute ist die Oma mit dem E-Bike unterwegs. Die Leute wollen möglichst lange aktiv bleiben. Das ist auch gut, denn vom Herumsitzen werden die Gelenke nicht besser.

Die Ursachen von Arthrose, also Gelenkverschleiß, sind unterschiedlich. Meistens ist der Gelenkknorpel vor allem in der Hüfte und den Knien einfach altersbedingt aufgebraucht. Nicht selten führen Verletzungen an Meniskus oder Bändern später zum Verschleiß. Manche Leute haben auch unterentwickelte

Gelenke, wie Fehlbildungen der Hüftpfanne (Dysplasie) oder Entwicklungsstörungen während des Wachstums (Morbus Perthes), die genau wie schwere körperliche Arbeit zu Rheuma oder Gelenkverschleiß führen können.

Gelenkverschleiß kann extrem schmerzhaft sein. Jahrhundertlang haben die Menschen daher nach Lösungen gesucht. Im 15. Jahrhundert versuchte man bereits, Scharniergelenke aus Elfenbein einzusetzen. Einen echten Durchbruch bei künstlichen Hüft- und Kniegelenken gab es jedoch erst in den 1960er-Jahren durch die Erfindung des Knochenzements. Damit war es erstmals möglich, Implantate längerfristig im Körper zu

verankern. Allerdings waren die Knie- und Hüftgelenke damals aus Medizinstahl und Teflon und nur wenige Jahre haltbar. Heute arbeiten wir mit hochmodernen Kunststoffen, Titanlegierungen und Keramik. Im Idealfall halten die Implantate ein Leben lang. Sie werden meistens durch Verklemmung in die Knochen eingesetzt und verwachsen schon in den ersten Wochen nach der Implantation. Knochenzement wird bei herabgesetzter Knochenqualität, etwa durch Osteoporose, verwendet.

**„Wir operieren erst, wenn der Leidensdruck für die Patienten zu groß wird und andere Therapieoptionen ausgeschlossen wurden.“
Orthopäde Gunnar Ochs.**

Auch die chirurgische Herangehensweise hat sich stark weiterentwickelt. Als ich vor 20 Jahren Assistenzarzt war, lagen Patienten nach einer Hüft-OP drei Wochen im Krankenhaus. Heute sind sie nur noch fünf bis sieben Tage bei uns und drei Wochen in der Reha. Der normale Alltag ist etwa drei Monate nach der OP wieder erreicht. Für ältere Menschen können wir so die eigenständige Mobilität erhalten. Jüngere Patientinnen und Patienten können meistens sogar wieder ihre Sportart ausüben.

Diesen schnellen Heilungsprozess verdanken wir der Weiterentwicklung der OP-Methoden. Das möglichst schonende Einsetzen der Prothesen ist die eigentliche Herausforderung für den Operateur.

Wir operieren muskelschonend und minimal-invasiv über kleine Zugangswege. Je nach Anatomie der Patienten entscheiden wir individuell, wo wir die Schnitte setzen. Das ist wichtig. Denn die Muskulatur ist der Motor des Bewegungsapparats, und der OP-Erfolg resultiert im Wesentlichen aus dem Erhalt der Muskulatur und der Wiederherstellung der Gelenkgeometrie.

Nicht immer muss man bei Arthrose gleich operieren. Wir prüfen im Vorfeld immer, ob auch andere Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Oft hilft erst einmal Physiotherapie oder eine Diät, die Gelenke zu entlasten. Beim Sport kann man vom Joggen aufs Rad umsteigen. Wir operieren erst, wenn der Leidensdruck für die Patienten zu groß wird oder regelmäßig Schmerzmittel eingenommen werden müssen.

Die meisten unserer Patienten und Patientinnen sind um die 70 Jahre alt. Manche Menschen leiden schon mit 50 unter Arthrosebeschwerden. Auch junge Patienten sind bei uns in Behandlung. Neulich habe ich eine 30-Jährige operiert. Die Frau war aufgrund einer angeborenen Hüftfehlstellung bereits mehrmals operiert worden. In solchen Fällen versuchen wir, die Zugänge an den bestehenden Narben zu setzen. Auch starke Chemotherapien können die Gelenke so schwer schädigen, dass man ein Implantat einsetzen muss. Als ich noch am Uniklinikum in Freiburg war, hatten wir das relativ häufig, da es dort eine sehr große Onkologie gibt. Ein künstliches Gelenk kann die Lebens-

qualität auch in diesen Situationen massiv verbessern. Allerdings haben Patienten mit Vorerkrankungen meistens auch ein erhöhtes Komplikationsrisiko.

Mein jüngster Patient war 16 Jahre alt. Er war mit der Schule beim Skifahren und hat sich bei einem Sturz einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen. Leider war der Hüftkopf so stark geschädigt, dass er abstarb und wir ein Kunstgelenk einsetzen mussten. Ein Eingriff bei so jungen Menschen ist für den Operateur eine echte Herausforderung. Jedem im OP ist die Tragweite der Operation bewusst. Komplikationen können hier zu schicksalhaften Verläufen führen. Daher muss das gesamte OP-Team einen perfekten Job machen. Wir müssen unter sterilen Bedingungen arbeiten, die Muskulatur schonen und die Implantate korrekt einsetzen. Sonst kann es zu Schmerzen und einem vorzeitigen Verschleiß des Implantats kommen.

„Die Verbesserung an Lebensqualität durch ein künstliches Gelenk zu erleben, ist gigantisch.“
Gunnar Ochs.

Die schlimmste Komplikation ist ein Endoprotheseninfekt. So eine Entzündung kann unmittelbar nach der Operation, aber auch noch Jahre später entstehen. So kann sich etwa ein komplizierter Harnwegsinfekt über die Blutbahn streuen und sich auf die Endoprothese setzen. Die Patienten sind dann richtig krank und werden mit Schüttelfrost eingeliefert. Da

hilft dann nur die sofortige Operation. Teilweise können die Endoprothesen erhalten bleiben. Bei chronischen Infekten müssen wir sie jedoch in der Regel ausbauen. Dann wird ein Provisorium eingesetzt und nach einer gewissen Zeit eine neue Endoprothese implantiert.

1 600 Implantate pro Jahr

Die Ausstattung in Konstanz ist optimal. Wir können jetzt auch komplexe Fälle behandeln, die vor dem Neubau an Unikliniken überwiesen werden mussten. Das liegt unter anderem daran, dass mittlerweile 20 Intensivbetten zur Verfügung stehen und alle chirurgischen und medizinischen Disziplinen eng unter einem Dach zusammenarbeiten. Auch sonst ist der Klinikneubau sehr gelungen. Wir haben modern gestaltete Patientenzimmer, die durchaus mit denen von Privatkliniken mithalten können. Ich bin außerdem froh, dass wir hier so ein gutes Miteinander auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen haben. Denn für den Behandlungserfolg sind eben auch die Pflegerinnen und Pfleger sowie die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten extrem wichtig.

Das Vincentius-Krankenhaus hatte schon immer einen sehr guten Ruf für Endoprothetik. Die Klinik hat sich unter der Leitung meines Vorgängers, Prof. Martin Lukoscheck, auf die Implantation künstlicher Gelenke spezialisiert und ist dafür eine echte Marke geworden.

Mitte 2020 wurde beschlossen, die Vincentius Orthopädische Fachklinik und

die Klinik für Unfallchirurgie und Handchirurgie zu einer großen gemeinsamen Abteilung für muskuloskelettale Chirurgie am Klinikum Konstanz zusammenzulegen. Mit 30 Ärztinnen und Ärzten, fünf OP-Sälen und 100 Betten sind wir fast so groß wie die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Uniklinik Freiburg. Das Konzept, alles unter einem Dach anzubieten, habe ich dort kennengelernt. Aus meiner Sicht ist das die Zukunft. Denn aus medizinischer Sicht macht das heute am meisten Sinn.

Die Verbesserung an Lebensqualität durch ein künstliches Gelenk zu erleben, ist gigantisch. Das erlebt man so in kaum einem anderen Beruf. Ich freue mich daher jeden Tag auf meine Aufgaben, weil ich weiß, dass wir den Menschen hier wirklich helfen können.“

Prof. Dr. Gunnar Ochs ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und seit Januar 2019 Chefarzt an der Vincentius Orthopädischen Fachklinik, die seit 2018 im Klinikneubau untergebracht ist. Zuvor war er leitender Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universitätsklinik Freiburg, wo er das zertifizierte Endoprothesenzentrum leitete. Im Oktober 2020 hat Gunnar Ochs die Gesamtleitung der neuen Klinik für Unfallchirurgie, Handchirurgie und Orthopädie Vincentius übernommen.