

# Hauptsache gesund!

## Schritt für Schritt schmerzfrei

- ▶ Neuigkeiten zum künstlichen Kniegelenk
- ▶ Gezielte Behandlungen bei Nervenleiden im Bein
- ▶ Ein Kompetenzzentrum für Gefäßchirurgie stellt sich vor



# Inhalt



**Liebe Leserin,  
lieber Leser!**

Ein Zitat eines unserer langjährigen Orthopäden lautet: „Zeig mir, wie Du gehst und ich sage Dir, wie alt Du bist.“ Und ehrlich: ertappen Sie sich nicht ab und zu dabei, Personen altersmäßig falsch einzuschätzen, nur weil das Gangbild unrund ist bzw. auf gut wienerisch: er/sie hatscht, hinkt oder muss bereits nach wenigen Schritten rasten? Gesunde Beine sind zur Erhaltung der Mobilität unverzichtbar. Mit dieser Ausgabe wenden wir uns nicht (nur) an Extremsportler oder „Bruchpiloten“. Bein-schmerzen können facettenreich sein, bedingt durch neurologische, orthopädische, angiologische oder rheumatologische Erkrankungen.

Gerade hier punkten wir als Evangelisches Krankenhaus Wien besonders. Wir bieten eine breite Palette an Diagnose- und Therapiemöglichkeiten. Dank der fachübergreifenden Zusammenarbeit unserer Ärzteteams bleibt kein schmerzendes Bein unbehandelt. So kann Patienten, die ein Erstimplantat am Knie benötigen ebenso geholfen werden wie Patienten deren bereits gesetztes Implantat Schmerzen bereitet. In dieser Ausgabe stellen Experten wie Orthopäden, Gefäßchirurgen, Angiologen, Neurologen und Rheumatologen ihre Behandlungsmethoden vor, um Ihnen für spezielle Probleme ein guter Ansprechpartner zu sein.

Viel Spaß beim Lesen!

Claudia Pekatschek

**IMPRESSUM:**

**Herausgeber:**

Evangelisches Krankenhaus Wien  
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien  
Tel.: 01/404 22-503

**Redaktion:** Claudia Pekatschek,  
Mag.ª Karin Hönlig-Robier

**Fotos:** Christian Richter – Evangelisches  
Krankenhaus, Fotolia (Dash, Zjenn, London,  
England, Robert Przybysz), Grösel & Grösel

**Grafik:** groesel@groesel.at

**Produktion:** Druckservice

Angelika Duchkowitz GmbH

<b>Zusammenarbeit bringt's</b>	<b>3</b>
<b>ORTHOPÄDIE</b>	
<b>Endlich wieder schmerzfrei sporteln!</b> <i>Minimal-invasive OP-Techniken und neue Knieimplantate machen es möglich</i>	<b>4</b>
<b>O- und X-Beine sind kein Schicksal mehr</b> <i>Warum eine gerade Beinachse so wichtig ist</i>	<b>5</b>
<b>High-Tech-Navi fördert Haltbarkeit des Kunstgelenks</b> <i>Patienten können auch ohne vollständiges Kunstgelenk wieder schmerzfrei werden; auch Allergiker profitieren</i>	<b>6–7</b>
<b>Kreuzband im Fokus</b> <i>Antworten auf die drei häufigsten Patientenfragen</i>	<b>8</b>
<b>Hallux valgus: Kleine Schnitte gegen große Schmerzen</b> <i>Wann der richtige Zeitpunkt für einen Korrektureingriff ist</i>	<b>9</b>
<b>Wirksame Hilfe bei quälendem Fersensporn</b> <i>Eine physikalisch-medizinische Behandlung bringt vielen Hilfe</i>	<b>10</b>
<b>GEFÄSSMEDIZIN</b>	
<b>Neues Kompetenzzentrum für Gefäßchirurgie verbessert die Patientenversorgung</b>	<b>11</b>
<b>Im Kampf gegen den Krampf!</b> <i>Wann und wo genau schmerzt es im Bein? Woran erkennen Sie, welchen Facharzt Sie aufsuchen sollten?</i>	<b>12</b>
<b>Auch Gefäße wollen trainiert sein</b> <i>Sind die Beinarterien verengt, heißt es gehen, gehen, gehen!</i>	<b>13–15</b>
<b>Wundmanagement ist Teamsache!</b> <i>Wundmanagerin Andrea Ritzengruber berichtet über herausfordernde Aufgaben, die sie tagtäglich zu leisten hat</i>	<b>15</b>
<b>Krampfadern bedeuten Handlungsbedarf!</b> <i>Der Auswahl der geeigneten Behandlung muss eine genaue Diagnostik vorausgehen</i>	<b>16</b>
<b>Venenbehandlung mit Laser – eine Erfolgsgeschichte</b> <i>Im Gespräch mit dem österreichischen „Laserpionier“ Dr. Thomas Filipitsch</i>	<b>17</b>
<b>Tiefe Beinvenenthrombose – Achtung Lebensgefahr!</b> <i>Lesen Sie, bei welchen Symptomen Sie nicht zuwarten sollten</i>	<b>18</b>
<b>RHEUMATOLOGIE UND NEUROLOGIE</b>	
<b>Polyarthrit: Rasches Handeln beugt Invalidität vor!</b> <i>Ab zum Spezialisten, wenn Zehen und Finger nach dem Aufstehen geschwollen, steif und kraftlos sind!</i>	<b>19–20</b>
<b>Schachmatt dem quälenden Nervenleiden!</b> <i>Polyneuropathie: Richtige Diagnose und professionelle Betreuung erhalten Lebensqualität! Hochtontherapie: gute Erfolge bei Nervenleiden</i>	<b>21–22</b>
<b>Restless Legs – wenn rastlose Beine den Schlaf rauben</b> <i>Arbeiten Sie an der Erkrankung! Es gibt viele Ursachen und ebenso viele Behandlungsmöglichkeiten</i>	<b>23</b>
<b>Autorenliste</b>	<b>24</b>

# Zusammenarbeit bringt's



v.l.: Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof, Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Müllner PhD, Prim. Univ.-Doz. Dr. Udo Zifko

Schmerzen in den Beinen zählen zu den quälendsten Leiden. Denn zunehmende Gehprobleme erschweren nicht nur den Alltag, sondern rauben insgesamt sehr viel an Lebensqualität. Für Beschwerden, die unsere Beweglichkeit reduzieren, können unterschiedlichste Krankheiten verantwortlich sein. Da sich diese leider manchmal mit sehr ähnlichen Symptomen bemerkbar machen, laufen Patienten oft jahrelang von Arzt zu Arzt, bis die richtige Diagnose feststeht.

Probleme beim Gehen können orthopädische Ursachen haben, aber auch auf Gefäßerkrankungen, auf eine Autoimmunerkrankung oder auf ein Nervenleiden zurückgehen. Manchmal, wie etwa bei einem unfallbedingtem Kreuzbandriss, lässt sich die Diagnose rasch und eindeutig stellen. Nicht immer allerdings ist die wahre Krankheitsursache genau dort zu finden, wo Beschwerden auftreten: Eine Erkrankung der Wirbelsäule oder eine unbemerkte Entzündung strahlen mitunter weit in andere Bereiche des Körpers aus. Die Untersuchungen können auch zur Folge haben, dass der Patient zur Behebung der Krankheitsursache zuerst zu einem anderen Facharzt weiterempfohlen werden muss.

Aus all' den geschilderten Gründen hat sich – neben genauer, gewissenhafter Diagnose – die enge und koordinierte Zusammenarbeit von Spezialisten verschiedener Fachrichtungen bestens bewährt. Im Evangelischen Krankenhaus hat diese für den Patienten so wichtige, fachübergreifende Kooperation bereits eine lange Tradition: Hier arbeiten Internisten, Gefäßspezialisten, Orthopäden, Schmerzmediziner und Neurologen sowie die im Haus etablierte, modernst ausgestattete Abteilung für Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin eng und unbürokratisch zusammen.

Dafür möchten wir allen Primarärztekollegen und allen Oberärzten, Fach-, Assistenz- und Turnusärzten ein herzliches Dankeschön sagen!

Für unsere Patienten bedeutet dies kürzere Wartezeiten, raschere, vollständigere Befundung und zügigerer Beginn der Behandlung. Dies erspart nicht nur weitere, sich über Monate erstreckende Arztbesuche und fortschreitende Schmerzen, sondern beugt auch einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der Erkrankung vor. Wie wir alle wissen, ist Früherkennung die halbe Heilung!

Zusammenarbeit bringt's. Und darin schließen wir auch Sie als Patient mit ein. Vielen der folgenden Beiträge können Sie entnehmen, wie Sie selbst zur Vorbeugung oder zur Genesung beitragen können und auch sollen. Je vertrauensvoller Sie mitwirken, desto besser wird das Team Arzt – Pfleger/Therapeut – Patient auch zusammen arbeiten. Und umso höher sind Ihre Genesungschancen.

*Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof  
Facharzt für Allgemein Chirurgie, Viszeralchirurgie  
und Gefäßchirurgie  
Leiter der Abteilung für Allgemein Chirurgie  
und Gefäßchirurgie*

*Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Müllner PhD  
Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie,  
Facharzt für Unfallchirurgie  
Vorstand der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie*

*Prim. Univ.-Doz. Dr. Udo Zifko  
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie  
Vorstand der neurologischen Abteilung*

# Endlich wieder schmerzfrei sporteln!

## Minimal-invasive OP-Techniken und neue Knieimplantate machen es möglich



< Prim. Univ.-Doz.  
Dr. Thomas Müllner,  
Orthopäde und  
Unfallchirurg

Knapp 26.000 Österreicher erhalten jährlich ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk. Tendenz: steigend. Viele davon erhoffen sich nicht nur wieder schmerzfrei mobil zu sein, sondern auch gewohnte Sportarten wieder ausüben zu können. Die modernen, minimal-invasiven OP-Techniken und neue, hochwertige Implantate ermöglichen dies heute in vielen Fällen.

So übertrifft etwa ein neues High-Tech-Kniesystem erstmals in vielerlei Hinsicht die Möglichkeiten des herkömmlichen Kniegelenkersatzes. „Die vergrößerte Bewegungsfreiheit dieses Hightech-Endoprothesen-Systems erleichtert dem bewegungsfreudigen Patienten die Rückkehr zu seinem gewohnt sportlich-aktiven Lebensstil“, berichtet Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Müllner, Vorstand der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie. Er schildert die wichtigsten Patientenvorteile des so genannten „Journey II“-Kniegelenkssystems:

### – Bessere Stabilität:

Der für den Oberschenkelknochen zuständige Teil des Gelenksystems ist so gestaltet, dass z. B. ein unerwünschtes Vorwärtsgleiten bei Beugung des Gelenks verhindert wird.

### – Kraftsparend:

Die Position des Systems begünstigt normalere neuromuskuläre Aktivierungsmuster und ist voll auf natürliche Bewegungsabläufe ausgerichtet. Eine frühzeitige Ermüdung der Muskulatur bei alltäglichen Aktivitäten wird verhindert.

### – Natürlichere Bewegungsabläufe:

Die natürlicheren Bewegungsabläufe zwischen Schienbein und Oberschenkelknochen haben laut Patientenberichten direkte Auswirkung auf den Grad der Patientenzufriedenheit.

### – Tiefe Beugung:

Das Kunstgelenk-System ermöglicht ausreichenden Abstand zwischen hinterem Oberschenkelknochen und Nahbereich des Schienbeins. Das erlaubt eine tiefe Beugung des Beins bei anspruchsvollen Aktivitäten (Gartenarbeit, Schifahren, etc.)

### – Lange Lebensdauer

Das Design der neuen Prothesenart lässt ein optimiertes Abriebverhalten zu. Je weniger Abrieb, desto länger auch die Lebensdauer des Kunstgelenksystems

### – Für Menschen mit Metallallergie

Materialien mit nicht nachweisbarem oder sehr geringem Nickelgehalt sind von unübertroffenem Wert für Patienten, die an Nickelüberempfindlichkeit leiden.

Das neue System basiert auf OXINIUM und ist damit optimal für Patienten mit einer Nickelüberempfindlichkeit geeignet.

Das Evangelische Krankenhaus Wien zählt übrigens zu den ersten Zentren, die dieses innovative Kunstgelenk-System in Österreich einsetzen.



© M. Rossegger

### Sport danach: Was der Patient wissen sollte

Die Karriere als Freizeitsportler muss durch ein künstliches Gelenk keineswegs beendet sein. Ob Alpinski, Schilanglauf, Radfahren, (Berg-)Wandern, Nordic Walking oder Schwimmen – vieles, was man schon zuvor gut beherrscht hat, ist auch mit einem Kunstgelenk wieder möglich und sogar empfehlenswert. Meiden sollte man aber jene Sportarten, die jähe Stop-and-Go-Bewegungen erfordern, also etwa Tennis, Squash oder Mannschafts-Ballsport.

Auch vom Patienten ist aktive Mitarbeit gefordert: Träger einer Endoprothese müssen vor, während und nach der Reha auch selbst einiges dazu beitragen, dass sie wieder ausreichend fit und gelenkig werden. Viele Übungen, die man während der Reha lernt, lassen sich problemlos in den Alltag einbauen. Je konsequenter man seine Muskeln wieder kräftigt und je mehr man für den Aufbau seiner Kondition tut, desto eher lassen sich viele liebgezwungene Aktivitäten wieder ausüben. Regelmäßige sportliche Betätigung erleichtert bekanntlich auch das Halten des Normalgewichts, was wiederum der Haltbarkeit des Kunstgelenks entgegen kommt.

Besonders wichtig ist auch die regelmäßige „Wartung“ des Kunstgelenks. Auch wenn man keinerlei Beschwerden hat, rate ich allen Trägern von Kunstgelenken, einmal pro Jahr zur Nachkontrolle zu kommen. Was beim Auto selbstverständlich ist, sollte auch für unseren Körper gelten!

> OA Dr. Andreas Gfrerrer,  
Orthopäde und  
orthopädischer Chirurg



# O- und X-Beine sind kein Schicksal mehr

## Warum eine gerade Beinachse so wichtig ist

### Interview mit

> OA Dr. Andreas Gfrerrer,  
Orthopäde und orthopädischer  
Chirurg und  
> Prim. Univ.-Doz.  
Dr. Thomas Müllner, Orthopäde,  
Sport- und Unfallchirurg



Das Kniegelenk ist das größte Gelenk unseres Körpers. Es beugt und streckt sich millionenfach im Laufe unseres Lebens, wobei Muskelkräfte in Bewegung umgewandelt werden. Durch die großen Hebelarme des Ober- und Unterschenkels entsteht eine enorme Beanspruchung der gelenkbildenden Strukturen. So wird etwa das Kniegelenk schon beim normalen Gehen auf ebenem Grund bis zum Vierfachen des Körpergewichts belastet. Dieser Druck wird großteils vom Gelenksknorpel abgefangen, wobei idealerweise eine gleichmäßige Verteilung auf den inneren und äußeren Anteil des Gelenkes erfolgt. Dies setzt allerdings eine gerade Beinachse voraus, und die ist leider nicht bei jedem vorhanden.

Wie kommt es dazu und welche Auswirkungen kann eine schiefe Beinachse haben? Wir fragten bei den beiden Chirurgen, Prim. Dr. Thomas Müllner und Oberarzt Dr. Andreas Gfrerrer, genauer nach:

### Wie kommt es zu einer Achsenfehlstellung des Beines?

Prim. Dr. Thomas Müllner: O- und X-Beine treten häufig als Folge von Unfällen, wie zum Beispiel Schienbeinkopfbrüchen auf. Sie können aber auch Folge einer chronischen



Über- oder Fehlbelastung, etwa durch langjähriges Übergewicht, sein. Am häufigsten jedoch treten Achsenfehlstellungen aufgrund von Gelenksabnützungen nach Knorpel- und Meniskusläsionen auf.

### Welche Folgen hat so eine Achsenfehlstellung?

OA Dr. Andreas Gfrerrer: Durch die ungleiche Lastverteilung im Kniegelenk wird der mehr belastete Anteil des Gelenkes schneller abgenutzt. Es kommt zu Arthrose und in der Folge zu Belastungs- und Ruheschmerzen. Die Ungleichbelastung der Gelenkstrukturen führt allmählich zu Bänderüberdehnungen und zunehmender Instabilität. Als Spätfolgen können Bewegungseinschränkungen bis hin zur teilweisen Versteifung des Gelenkes auftreten.

### Wie kann man so eine Achsenfehlstellung korrigieren?

Prim. Dr. Thomas Müllner: Abweichungen von der physiologischen Beinachse können in manchen Fällen durch orthopädische Schuhe, spezielle Einlagen sowie durch Physiotherapie, bei der bestimmte Muskelgruppen gestärkt werden, kompensiert werden. Häufig hilft jedoch nur mehr eine operative Korrektur. Je nach Lokalisation der Fehlstellung wird oberhalb oder unterhalb des Kniegelenkes, das heißt, entweder am Ober- oder Unterschenkelknochen, korrigiert.



### Wie wird die OP durchgeführt?

Prim. Dr. Thomas Müllner: Bei der Umstellungsoperation (Osteotomie) am Unterschenkel wird an dessen Innenseite, etwas unterhalb des Kniegelenks, ein Sägeschnitt durchgeführt und der dadurch entstandene Spalt geöffnet. Besteht die Achsenfehlstellung hingegen am Oberschenkel, so wird die Umstellungsoperation schließend oder öffnend durchgeführt, d. h. entweder wird ein Keil herausgesägt und der dadurch entstandene Spalt geschlossen oder nach dem oben erwähnten Verfahren operiert. Schließlich wird die begradigte Beinachse mit einer Platte und speziellen Schrauben stabilisiert.

### Wie erfolgt die Nachbehandlung und wann kann wieder Sport betrieben werden?

OA Dr. Andreas Gfrerrer: Prinzipiell erfolgt die Nachbehandlung mit Teilbelastung des operierten Beines unter Verwendung von Unterarmgehstützen. Dies ist je nach Ausmaß der Korrektur aber auch des Körpergewichts für 2–6 Wochen einzuhalten. Nachdem der Knochen wieder gut verheilt ist, kann das Knie wieder voll belastet werden. Sportlich sollte man anfangs mit knieschonenden Sportarten wie Radfahren, Nordic Walking oder Schwimmen beginnen und täglich Kräftigungsübungen der Oberschenkelmuskeln durchführen. Stop-and-Go- und Kontaktsportarten wie Squash oder Fußball sind erst 6 Monate nach dem Eingriff wieder ratsam.

# High-Tech-Navi fördert Haltbarkeit des Kunstgelenks

*Patienten können auch ohne vollständiges Kunstgelenk wieder schmerzfrei werden; auch Allergiker profitieren*



**< Prim. Dr. Sabine Junk-Jantsch, Orthopädin und orthopädische Chirurgin**

Fortgeschrittene Kniearthrose zählt zu den quälendsten orthopädischen Leiden: Ist der Knorpel im Kniegelenk schon komplett geschädigt, kann er seine Funktion als Stoßdämpfer und Gleitlager nicht mehr erfüllen. Stiegen steigen, Radfahren und Wandern lässt sich dann, wenn überhaupt, nur mehr mittels Schmerzmitteln bewältigen. Und irgendwann ist auch noch der Schlaf durch Ruheschmerzen gestört. In dem Fall ist die so genannte Total-Endoprothese für viele die einzige Möglichkeit, wieder schmerzfrei zu werden.

## Patientenvorteile des „Halbschlittens“

Bei manchen Patienten sind die Knorpelschäden aber nur isoliert im äußeren oder inneren Kniegelenksbereich vorhanden. Für sie ist eine Teilprothese, der so genannte „Halbschlitten“, eine ausgezeichnete Alternative. Im Vergleich zum vollständigen Kunstgelenk ist dieser Eingriff wesentlich schonender. Das bedeutet weniger Schmerzen und Blutverlust, deutlich kürzerer Klinikaufenthalt und raschere Rehabilitation, wodurch man auch zügiger gute Beweglichkeit wiedererlangt. Allerdings bedarf der Halbschlitten einer ganz präzisen Implantation, die bisher auch für geübte orthopädische Chirurgen eine große Herausforderung darstellte.

## Neue Technologie optimiert Haltbarkeit

Als eines der ersten Zentren steht uns im Evangelischen Krankenhaus eine neue Technologie zur Verfügung, die

es uns ermöglicht, auch Teilprothesen mittels Computer-Navigation anatomisch exakt zu implantieren. Denn je präziser das künstliche Teilgelenk sitzt, desto geringer ist das Risiko, dass sich gesunde Knorpelteile ungleichmäßig abreiben. Das wirkt sich positiv aufs Langzeitergebnis, sprich: auf die Haltbarkeit der Teilprothese, aus. Diese High-Tech-Methode lässt es dank moderner, spezieller Computer-Software auch zu, die Bandspannung in Streckung und Beugung zu optimieren. Dadurch wird das Knie nicht nur schmerzfrei voll beweglich, sondern auch ausreichend stabil für sportliche Aktivitäten. Wir verwenden diese Navi-Technik seit nunmehr 15 Jahren beim kompletten Kniegelenksersatz und erzielen damit eine Patientenzufriedenheit von weit über 90%. Unsere ersten Erfahrungen machen uns zuversichtlich, dass diese innovative Technologie auch beim Halbschlitten überdurchschnittlich gute Ergebnisse ermöglicht.

**Wichtig:** Nur die regelmäßige Kontrolle durch den Orthopäden garantiert eine lange Haltbarkeit und bestmögliche Funktion Ihrer Prothese.



*Univ.-Prof. Dr. Gerald Pflüger und Primaria Dr. Sabine Junk-Jantsch: Österreicher-Pioniere der Orthopilot-Computer-Navigation.*

## Hohe Verträglichkeit für Menschen mit Metallallergien

Ob vollständiges Kunstgelenk oder Halbschlitten: Zwar selten, aber doch kommt es vor, dass jemand eine Metallallergie hat. Für solche Patienten wurden Halbschlitten-Implantate mit spezieller Beschichtung entwickelt, die bei dieser Risikogruppe zusätzlich für mehr Verträglichkeit, Sicherheit und somit längere Haltbarkeit sorgen.





## Schmerzen trotz neuem Knie. Was nun?

Niemand muss heutzutage ständigen Knieschmerz erdulden! Mit rund 18.000 Eingriffen pro Jahr zählt die Implantation eines künstlichen Kniegelenkes bereits zu den häufigsten operativen Eingriffen in Österreich. Nicht nur die zunehmend hohe Lebenserwartung, sondern auch immer bessere Langzeitergebnisse haben zu dieser Entwicklung beigetragen. Moderne Implantate, ausgefeilte Operationstechniken und Computer-navigierte Präzision haben diese Erfolgsgeschichte wesentlich bestimmt.

### Der Heilungsprozess braucht seine Zeit

Trotzdem können wiederkehrende Schmerzen, Schwellneigung und Einschränkung der Beweglichkeit auftreten. Diese Beschwerden sind anfangs nicht ungewöhnlich, sondern Teil des normalen Heilungsverlaufs. So werden in punkto Beweglichkeit die größten Fortschritte in den ersten 3 Monaten erzielt. Aber auch bis Ende des ersten Jahres nach dem Eingriff sind Verbesserungen durch Kraftzuwachs und Koordination durchaus möglich.

### Länger andauernde Beschwerden unbedingt abklären lassen

Bestehen Beschwerden jedoch über ein Jahr nach der Operation hinaus, müssen diese ernst genommen und abgeklärt werden. Erster Ansprechpartner sollte dafür immer der Orthopäde sein, der den Eingriff vorgenommen hat. Ursachen können etwa eine Fehlpositionierung oder

Lockerung der Prothese, eine Instabilität, Probleme rund um die Kniescheibe und den Streckapparat sowie eine Infektion sein. Letztere kann übrigens auch von einer ganz anderen Stelle im Körper, etwa von der Mundhöhle (z. B. im Fall von Parodontitis), ausgehen!

Eine genaue Untersuchung beim Arzt und ein Röntgen, das auch angrenzende Gelenke und die Wirbelsäule berücksichtigt, reichen üblicherweise aus, um die Ursache festzustellen. Nicht selten tritt dabei zutage, dass eine Hüftgelenksarthrose, ein Bandscheibenvorfall oder eine Enge im Wirbelkanal den Schmerz in Oberschenkel und Knie projizieren.

Bei Verdacht auf eine Infektion sind immer eine zusätzliche Blutuntersuchung und eine Analyse der Gelenksflüssigkeit erforderlich.

### Bewegung ist die beste Medizin

In den meisten Fällen führen konservative Maßnahmen zu einer Beschwerdelinderung, wobei vor allem der Physiotherapie mit Muskelkräftigung und Bewegungstherapie eine wichtige Rolle zukommt. Je besser die Beinmuskulatur, desto stabiler das Knie! Nur sehr selten ist eine neuerliche Operation erforderlich und nur dann erfolgsversprechend, wenn die Ursache der Beschwerden durch genannte Untersuchungen genau verifiziert werden konnte.

> OA Dr. Gerhard Kainz, Orthopäde und orthopädischer Chirurg

## Experten-Sprechstunde

### Wann soll der „Stoßdämpfer“ operiert werden?

> **Frage** „Mein Meniskus am rechten Knie ist schon ziemlich beeinträchtigt und schmerzt bei längerem Gehen immer wieder. Ich bin 74. Macht da eine Operation noch Sinn?“

„Nicht jeder Meniskusschaden muss operiert werden, vor allem dann nicht, wenn es sich um einen abnutzungsbedingten Schaden handelt. Bestehen bereits altersbedingte Begleiterscheinungen wie Muskelschwäche oder Arthrose, sind konservative Behandlungen wie Infiltrationen, physiotherapeutische Übungen und Krankengymnastik sinnvoll. Entscheidend für die weitere Behandlung sind unter anderem Alter, Beruf und sportliche Aktivitäten des Patienten sowie Schwere und Lokalisation des Risses. Auch Voroder Begleitverletzungen des Kniegelenks müssen abgeklärt werden. Eine

OP sollte bei Belastungsschmerzen oder ständigen Bewegungseinschränkungen ins Auge gefasst werden.

Oberstes Ziel ist immer der größtmögliche Erhalt des Meniskus. Denn nur so kann seine stoßdämpfende Funktion erhalten bleiben und das Kniegelenk vor vorzeitigem Verschleiß, sprich Arthrose, geschützt werden.“

Kleine Risse können problemlos geglättet werden. Sofern bei größeren Rissen möglich, wird der Meniskus mittels arthroskopischer Operationsnahttechnik erhalten, um eine frühzeitige Arthrose zu vermeiden. Heute können wir bereits bei großen Rissen eine Leitstruktur aus biologischem Material einbringen, sodass Patienten mobiler werden und wieder aktiv am Leben teilnehmen können.“



Prim. Univ.-Doz.  
Dr. Thomas Müllner  
Vorstand der  
Abteilung für  
Orthopädie und  
Traumatologie

# Kreuzband im Fokus

## Antworten auf die drei häufigsten Patientenfragen

> **Prim. Univ.-Doz.  
Dr. Thomas Müllner,  
Orthopäde und Unfallchirurg  
und**

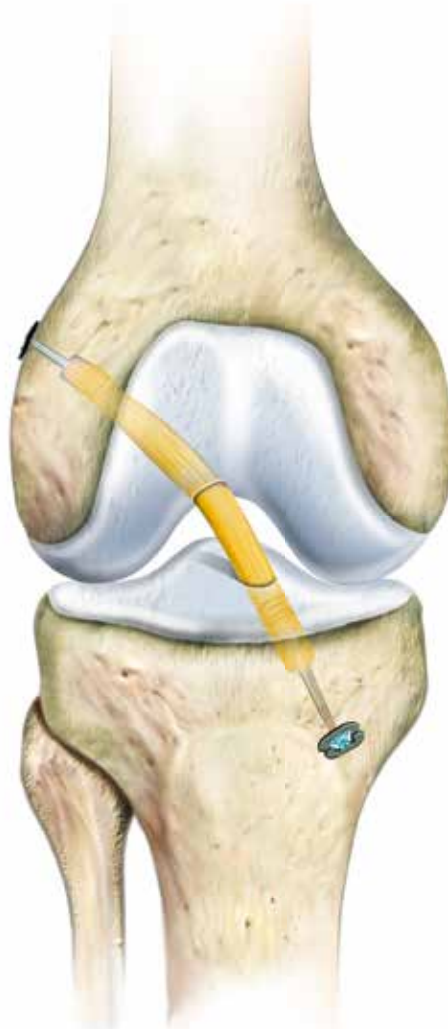
> **Prim. Dr. Sascha Sajer,  
Physikalische Medizin und  
Rehabilitation**



Eine einzige, ruckartige Bewegung kann ausreichen, um ein Kreuzband (ein-)reißen zu lassen. Was jetzt? Konservativ behandeln oder operieren? Bei kaum einer Verletzung stehen die Therapiemethoden so stark in Diskussion wie bei Bänderrissen im Knie. Letztlich zählen auch der ganz individuelle Patientenfall, also unter anderem Vorgeschichte und Lebensstil des Betroffenen. Dennoch gibt es einige generelle Richtwerte zu Orientierung.

### **Soll eine Verletzung des vorderen Kreuzbands gleich nach dem Unfall operiert werden?**

Handelt es sich nur um einen Einriss des vorderen Kreuzbandes, sollte mit einer Kniespiegelung, bzw. mit einem Eingriff zugewartet werden, bis das Knie wieder abgeschwollen ist. Denn in den ersten Tagen nach der Läsion kann eine Kreuzband-Rekonstruktion leichter zu Verwachsungen im Kniebereich führen, was die Beweglichkeit einschränkt. Mittels Kernspin-Tomographie ist aber abzuklären, welche Strukturen im Kniebereich beschädigt wurden. Bei stärkeren Schmerzen muss das Knie einige Tage geschont und eine Orthese angelegt werden. Bereitet die Verletzung keine großen Probleme, dann zuerst mal mit Reha-Maßnahmen beginnen. Bringen



diese keinen oder zu wenig Erfolg und liegen Begleitverletzungen im Knie vor, ist eine Operation anzuraten, um auch Folgeschäden zu vermeiden.

### **Kann und soll man einen alten Kreuzbandriss noch operieren?**

Gibt das Knie nach einer Phase der Stabilität plötzlich immer öfter nach und knickt ein, sollte die Verletzung operiert werden. Bei jüngeren Patienten kann das auch längere Zeit nach dem Unfall gemacht werden. Generell richtet sich die Empfehlung zur Operation nach Begleitumständen wie zusätzlichen Verletzungen von Meniskus, Knorpel oder Seitenband. Auch Sportlichkeit spielt eine Rolle: Gehen Sie regelmäßig Joggen, Fußballspielen, Wandern oder Skifahren, wird Ihnen die zunehmende Instabilität des Kniegelenks Probleme bereiten

und das Bein immer wieder einknicken. Wer im Alltag wenig Bewegung macht und keine der oben beschriebenen, zusätzlichen Verletzungen hat, verbessert oft auch mit gezielter Physiotherapie, zum Beispiel im Rahmen eines Rehaaufenthalts, seine Kniestabilität. Zu bedenken ist, dass ein geschädigtes Kreuzband auch Folgeschäden wie Meniskusrisse oder eine Auslockerung der übrigen, überlasteten Kniegelenksbänder nach sich ziehen kann.

### **Soll man mit über 60 ein gerissenes, vorderes Kreuzband überhaupt noch operieren lassen?**

Liegen laut fachärztlicher Untersuchung und MRT-Kontrolle keine weiteren Bänderverletzungen oder knöcherne Ausrisse vor, raten wir üblicherweise zum Zuwarten. Muss man sein Knie im Alltag nicht stark belasten, kommt man in vielen Fällen mit gezielter und konsequent durchgeführter Physiotherapie zum Aufbau und zur Kräftigung der Oberschenkelmuskulatur aus. In den ersten Wochen nach der Verletzung sollte eine Bein stabilisierende Orthese angelegt werden. Erweist sich das Knie bei der Kontrolluntersuchung immer noch als deutlich instabil, ist eine operative Kreuzbandrekonstruktion ein Thema. Allerdings müssen zwei Voraussetzungen vorliegen: Ein generell guter Gesundheitszustand und keine Arthrose im Kniegelenk.

Alter ist relativ. Es zählt weniger das kalendarische als das biologische Alter. Entscheidend für den Erfolg der Rekonvaleszenz sind die Allgemeinverfassung des Patienten und der Zustand der Beinmuskulatur vor der OP. Je besser Letztere ausgeprägt ist und je disziplinierter der Patient die vorgeschriebenen Übungen macht, desto rascher wird auch die Genesung erfolgen.



# Hallux valgus: Kleine Schnitte gegen große Schmerzen

## Wann der richtige Zeitpunkt für einen Korrektureingriff ist



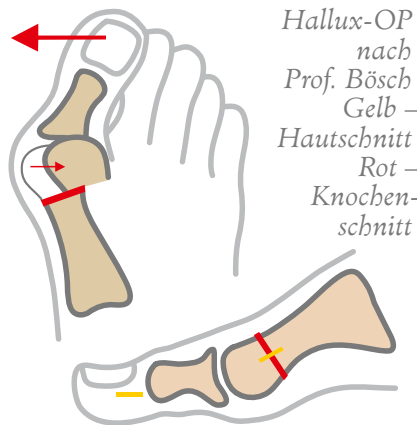
> **OA Dr. Andreas Gfrerrer, Orthopäde und orthopädischer Chirurg**



Es trifft nahezu jede zweite Österreicherin über 50 und auch viele Männer: Veranlagung und jahrelanger Druck durch hohe, zu schmal zulaufende oder zu enge Schuhe lässt irgendwann das Grundgelenk der Großzehe nach außen rücken. Gleichzeitig neigt sich die große Zehe nach innen und drückt gegen die kleineren. Diese Fußfehlstellung, in der Fachsprache Hallux valgus genannt, entsteht zumeist langsam und führt mit der Zeit zu einer zunehmenden ästhetischen und funktionellen Beeinträchtigung des Fußes. Dazu kommt: Das fortschreitende Abknicken der Großzehe zum äußeren Fußrand verdrängt irgendwann die benachbarten Zehen. Als Folge können sich diese aufstellen und die Form einer Hammer- oder Krallenzehe annehmen. Durch den Kraftverlust der Großzehe kommt es in Folge zu Überlastungsschmerzen der kleineren Mittelfußköpfchen mit schmerzhafter Schwielenbildung auf der Sohle.

### Was rechtzeitig tun?

Solange sich die Fehlstellung des Vorfußes nur optisch bemerkbar macht und weiche, weite Schuhe gute Entlastung bringen, muss die Fehlstellung nicht zwingend operativ korrigiert werden. „Ganz wichtig dabei: Nur flach alleine reicht bei Schuhen nicht aus. Sie sollten vorne breit genug und hinten mit guter Fersenbettung ausgestattet sein, um ausreichenden, aber nicht übergroßen Halt zu gewähren. Entscheidend ist, die natürliche Abrollfunktion des Fußes beim Gehen nicht zu behindern“, erklärt OA Dr. Andreas Gfrerrer, Orthopäde und orthopädischer Chirurg. Auch gezielte Fuß-



Hallux-OP  
nach  
Prof. Bösch  
Gelb –  
Hautschnitt  
Rot –  
Knochnschnitt

und Zehengymnastik, anfangs unterstützt durch einen Physiotherapeuten, sowie Tapes oder eine Schiene, bzw. Nachtlagerungsschiene können in einem frühen Stadium hilfreich sein. Orthopäde Dr. Gfrerrer: „Solange der Druckschmerz nur hin und wieder auftritt und die oben angeführten Maßnahmen Linderung bringen, liegt kein zwingender Operationsgrund vor.“ Anders verhält es sich, wenn folgende 5 Punkte oder die meisten davon zutreffen:

### Fünf Gründe für eine OP

1. Kein modischer Schuh passt mehr, sondern scheuert am Ballen der Großzehe.
2. Man verliert Freude am Gehen, da schon kurze Wege quälend sind, selbst Komfortschuhe schmerzen nach 15–20 Minuten.
3. Zumindest eine der kleineren Zehen ist durch Platzmangel bereits deformiert und schmerzt beim Gehen.

4. Der stechende Schmerz im Großzehengrundgelenk tritt auch beim Autofahren oder Sitzen immer wieder auf.

5. Man leidet unter Auftrittsschmerzen mit Schwielenbildung an der Sohle.

### Altbekannt und bewährt

Beim Hallux valgus stehen uns über 100 OP-Techniken zur Verfügung, die – abhängig von Art und Ausmaß der Deformierung – individuell gewählt werden müssen. Besonders bewährt hat sich die minimal-invasive OP-Technik nach Prof. Bösch, wo mittels zweier winzigen Einstiche durchs „Schlüsselloch“ korrigiert wird. „Der Eingriff in örtlicher Betäubung, die sehr geringe Wundgröße, das gedeckte, nicht offene Verfahren und der nur vorübergehende Verbleib des fixierenden Metallstifts haben sich als große Vorteile für den Patienten erwiesen“, berichtet Dr. Gfrerrer. Der Fuß kann übrigens gleich nach der Operation in einem Schuh mit steifer Sohle und ohne Gehhilfe belastet werden, wodurch eine baldige Rückkehr zu Alltags- und sitzenden Berufsaktivitäten möglich ist.

### Gleichzeitige Korrektur

Weitere Fehlstellungen der kleineren Zehen sollten gleichzeitig korrigiert werden, was zwar die Dauer des Eingriffs, nicht aber die des Krankenstands verlängert. Der entscheidende Vorteil: Wird beispielsweise nur die Hammerzehe saniert, riskiert man, dass diese nach einiger Zeit wiederkommt, da ja das Grundleiden „Hallux valgus“ nicht beseitigt wurde.

# Wirksame Hilfe bei quälendem Fersensporn

## Eine physikalisch-medizinische Behandlung bringt vielen Hilfe



> OÄ Dr. Veronika Schöll, Orthopädin und orthopädische Chirurgin

Starke, stechende Schmerzen im Fersenbereich machen das Gehen zur Qual. Vor allem am Morgen sind die ersten Schritte besonders schmerzhaft. Speziell unter der Ferse, am Fersenrand oder hinten im Bereich der Achillessehne tut es besonders weh ... All das deutet auf einen „Fersensporn“, eine Entzündung im Ansatz des Fußlängsgewölbes am unteren Fersenbein hin. Betroffen sind sehr oft Menschen mit unkorrigierter Fehlstellung des Fußes, Übergewichtige und sogenannte Wochenendsportler. Da das stoßdämpfende Fettpolster unter dem Fuß mit den Jahren schrumpft, steigt das Risiko für Frauen und Männer ab dem mittleren Alter.

### Auch Überbelastung kann schaden

Bei jüngeren Menschen kann sich die Achillessehne durch unregelmäßigen, aber dafür umso intensiver ausgeübten Sport (z. B. Joggen, Radfahren)

chronisch entzünden und heftige Schmerzen verursachen. Diese treten dann nicht am Fersenbein unten, sondern am hinteren Rand der Ferse und darüber auf.

Schon eine ausgedehnte Stadttour oder Wanderung mit flachem, leichten Schuhwerk ohne dämpfendes Fußbett oder Barfuss gehen auf hartem Untergrund bewirken manchmal eine Überbelastung, die Mikroverletzungen verursacht und damit die schmerzhafte Entzündung auslöst. Dies kann zu Verkalkungen führen, die sich am Röntgenbild sichtbar als Fersensporn identifizieren lassen. Da aber die Entzündung den Schmerz auslöst, muss im Röntgen nicht zwingend schon ein Sporn zu sehen sein. Umgekehrt macht nicht jeder im Röntgen sichtbare Sporn auch Beschwerden.

### Wo die Behandlung ansetzt

Der erste Therapieansatz ist die Entlastung durch Einlagen, wobei auf eine gute Unterstützung des Fußgewölbes und eine Weichbettung des Fersenbereiches Wert zu legen ist.

Der Patient selbst kann durch mehrmals tägliche Dehnungsübungen, etwa durch langsames Heranziehen des Vorfußes bei ausgestreckten Beinen mit einem Handtuch oder Theraband, die Heilung beschleunigen. Unterstützend sind physikalische Maßnahmen wie Ultraschall- und Faszientherapie. Lokale Infiltrationen sollten jedoch, wenn überhaupt, nur ein bis zweimal und im Bereich des hinteren Randes des Fersenbeines erfolgen.

### Gebündelte Stoßwelle: Schonend und gezielt wirksam

Bei sehr vielen Patienten führt auch eine spezielle physikalisch-medizinische Behandlung zum Erfolg: Die neueste Form der gebündelten Stoßwellen-Therapie ist äußerst schmerzarm und nebenwirkungsfrei. Dabei werden die Stoßwellen gezielt ausschließlich auf die schmerzhafte Stelle gerichtet und führen genau an der richtigen Stelle zu einer Entzündungshemmung. Zusätzlich werden Vorgänge in Gang gesetzt, die das Gewebe wieder reparieren und die sogar bis zu zwei Monate nach Ende der Behandlung ihre Wirkung entfalten.

Üblicherweise reichen drei Stoßwellen-Behandlungen, die nur wenige Minuten dauern aus, um wieder beschwerdefrei zu werden. Nur in ganz seltenen, besonders hartnäckigen Fällen ist ein operativer Eingriff erforderlich, der minimal-invasiv durchgeführt werden kann.



# Neues Kompetenzzentrum für Gefäßchirurgie verbessert die Patientenversorgung



v.l.: Oberarzt Dr. Herbert Mendel, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Feil MAS, Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof FEBS, Oberärztin Dr. Silvia Hoffmann

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) ist eine gefährliche Veränderung der Schlagadern im Körper. Im fortgeschrittenen Stadium führt sie häufig zu schweren Gewebsschäden, wie z. B. zum Schlaganfall und im schlimmsten Fall zur Beinamputation. Erst kürzlich wurde auf einer Pressekonferenz vor dem Vormarsch dieser Erkrankung gewarnt und der Mangel an gefäßmedizinischen Zentren in Österreich kritisiert.

Im Evangelischen Krankenhaus haben wir diesem Umstand Rechnung getragen und unseren Beitrag zu einer besseren Patientenversorgung in Wien geleistet. Per 1. Jänner 2017 hat nun die neue Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie im Verbund der Chirurgischen Abteilungen am EKH eröffnet. Diese soll wichtiger Ansprechpartner für die Internistisch-Angiologische Abteilung (Leiter: Prim. Dr. Thomas Maca), die neurologische Abteilung (Leiter: Prim. Univ.-Doz. Dr. Udo Zifko) und die radiologische Abteilung (Prim. Dr. Bernhard Schwaighofer) sein.

Mit diesem Team für Gefäßmedizin stehen uns sowohl diagnostische als auch alle therapeutischen Methoden zur Verfügung, um Patienten mit Durchblutungsstörungen adäquat nach höchsten medizinischen Standards behandeln zu können. Doch nicht nur die arterielle, sondern auch die venöse Gefäßchirurgie nimmt einen wesentlichen Stellenwert an der Abteilung ein.

Alle bereits erprobten Methoden der Varizen- und Ulkuschirurgie werden hier angewendet und angeboten. Nach Interventionen und Operationen werden unsere Patienten an der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin (Leitung: Primaria Prof. Dr. Sibylle Kozek-Langenecker) professionell betreut.

Primarius Univ.-Prof.  
Dr. Georg Bischof FEBS  
Leiter der Abteilung für  
Allgemeinchirurgie  
und Gefäßchirurgie



# Im Kampf gegen den Krampf!

## Wann und wo genau schmerzt es im Bein? Woran erkennen Sie, welchen Facharzt Sie aufsuchen sollten?



< Prim.  
**Dr. Thomas Maca,**  
**Internist und**  
**Angiologe**

Falsche Lebensgewohnheiten hinterlassen bekanntlich ihre Spuren: Durch Übergewicht und kontinuierliche Fehlbelastung leiden unsere Gelenke. Zu üppiges Essen und Bewegungsmangel führen zu Fettablagerungen und Gefäßverschlüssen mit eingeschränkter Gehfähigkeit. Stress, Stoffwechselstörungen wie Diabetes aber auch Alkoholkrankheit verursachen Nervenleiden wie etwa Polyneuropathie. Und all das fühlt zumeist zu sehr unangenehmen und extrem schmerzhaften Krämpfen und kann in Kombination mit anderen Leiden noch ausgeprägteren Beschwerden bewirken. Somit bedarf es einer guten Diagnostik als Grundlage einer erfolgreichen Therapie.

### Welcher Arzt ist der richtige für mich?

Zur Orientierung, welcher Arzt bei Beinkrämpfen wann der richtige ist, möchte ich nachstehend die wichtigsten Krampfarten beschreiben:

#### – Krampf beim Gehen?

**Gefäßmediziner/Angiologe**

Die bei der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK), auch „Schau fensterkrankheit“ genannt, auftretenden Krämpfe sind belastungsabhängig. Das bedeutet, sie treten nach einer längeren Wegstrecke durch Minderdurchblutung der Beinmuskulatur und üblicherweise nur in einem Bein auf. Je weiter die Gefäßverengung fortgeschritten ist, umso kürzer wird die beschwerdefreie Wegstrecke. Liegt eine Stenose (Einengung) der Beckenschlagader vor, tritt der Krampf vor allem beim Bergauf – Gehen oder beim Stiegen steigen auf und äußert sich schmerzhaft in der

Gesäßmuskulatur oder am Oberschenkel. Besteht der Gefäßverschluss im Oberschenkel, quälen die Krämpfe in der Wade.

#### – Arthrose-bedingte Krämpfe?

**Orthopäde/orthopädischer Chirurg**

Starke Abnützung in den Gelenken führt oft – schmerzbedingt – zu Schonhaltungen. Hier genügt oft, sich nur aus der Ruhelage fort zu bewegen und schon schmerzt die betroffene Hüfte, das Knie oder andere Gelenke samt umgebender Muskulatur. Nach wenigen Metern kommt es automatisch wieder zur Schonhaltung, die zwar die durch Arthrose geschädigten Gelenke entlastet, jedoch auf Dauer zu einer Fehlbelastung in anderen Gelenken führen kann. Auch dies kann sich durch schmerzhafte Krämpfe bemerkbar machen.

#### Wichtig:

Viele der geschilderten Krämpfe sind nur durch fachübergreifende, ärztliche Zusammenarbeit optimal zu behandeln. Dafür steht am Evangelischen Krankenhaus ein bestens ausgebildetes, gut miteinander kommunizierendes Expertenteam zur Verfügung.

#### – Krampf beim Sitzen/Liegen?

**Neurologe**

Schmerzhafte Krämpfe in den Füßen, die im Ruhezustand auftreten, sind zumeist ein Fall für den Neurologen. Sind beide Beine gleichzeitig betroffen, kann das auf Neuropathie, ein Nervenleiden, zurückzuführen sein. Betrifft der ziehende Krampf nur ein Bein, weist auch dies auf eine Irritation der Nervenwurzeln, zumeist entlang der Lendenwirbelsäule, hin.

#### – Krampf nach langem Sitzen und Stehen?

**Gefäßmediziner/Angiologe**

Bei Menschen mit Venenklappenschwäche kommt es tagsüber zu zunehmender Überfüllung der Beinvenen. Nach längerem Sitzen ohne Pause (z. B.

im Flugzeug) oder bei längerem Stehen macht sich ein Schweregefühl mit ziehenden bis krampfartigen Schmerzen bemerkbar. Durch Hochlagern der Beine nehmen die Beschwerden wieder ab.

Darüber hinaus können auch hormonelle Störungen, beziehungsweise ein in Schiefelage befindlicher Elektrolythaushalt durch Verlust von Natrium, Magnesium, Kalium oder Kalzium zu diffusen Krämpfen führen. Dies lässt sich durch eine Blutuntersuchung genau feststellen.

### Diagnose und Therapie

Im Evangelischen Krankenhaus sind wir im Kampf gegen den Krampf speziell gerüstet. Und damit ist nicht nur die vorübergehende Linderung der Beschwerden gemeint. Vielmehr gilt es, der Ursache auf den Grund zu gehen. Bildlich gesprochen: Das Krampfleiden muss an der Wurzel gepackt werden, denn nur so ist ein nachhaltiger Erfolg zu erzielen. Dies gelingt uns dank der jahrelangen, engen Zusammenarbeit zwischen Internisten, Gefäßspezialisten, Orthopäden und Neurologen und nicht zuletzt aufgrund der im Haus etablierten, modernsten Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin.



# Auch Gefäße wollen trainiert sein

## Sind die Beinarterien verengt, heißt es gehen, gehen, gehen!



< OA  
Dr. Peter Pregant,  
Internist

Die Gehstrecke wird durch schmerzhafte Wadenkrämpfe immer kürzer. Die körperliche Leistungsfähigkeit und das allgemeine Wohlbefinden leiden. Auf den Punkt gebracht sind dies Hauptsymptome einer „Peripheren arteriellen Verschlusskrankheit“ (PAVK), im Volksmund auch „Schau-

ist allerdings, dass es richtig und regelmäßig, also mehrmals pro Woche, durchgeführt wird. Dabei muss auf eventuelle Begleiterkrankungen im Herz-/Kreislauf sowie im neurologischen und orthopädischen Bereich Rücksicht genommen und dies vor Trainingsbeginn mit dem Arzt abgesprochen werden.

So kann es durch ein entsprechendes Trainingsprogramm zur Bildung von Umgehungsarterien, einer Zunahme der kleinen Gefäße im Gewebe sowie einer besseren Sauerstoffversorgung kommen. Bei unseren Untersuchun-

schmerzfrieren Wegstrecke zurückgelegt und je nach Erfolg, die Gehdistanzen gesteigert. Lockerungsübungen vor und nach dem Training sind sinnvoll und empfehlenswert.

Eine weitere Möglichkeit bietet ein „Pedal-Ergometer-Training“. Übungen, die auch allein durchgeführt werden, sind etwa Zehenstandsübungen: Dabei werden im Stehen die Fersen langsam vom Boden abgehoben und das Gewicht gleichmäßig auf die Zehenballen verteilt. Anschließend senkt man die Fersen wieder ab und entspannt die Wadenmuskulatur. Die Übung



fensterkrankheit“ genannt. Gleich vorweg: So wichtig therapeutische Maßnahmen wie Medikamententherapie, Gefäßdehnung oder gar gefäßchirurgische Eingriffe sind – die halbe Miete muss der Patient selbst zahlen, indem er konsequentes Gehtraining betreibt. Solange noch kein starker Ruheschmerz besteht oder das Bein wegen schlechter Durchblutung gefährdet ist, kann Gefäßtraining deutliche Erfolge bewirken. Voraussetzung

gen hat sich gezeigt, dass ein gut strukturiertes Training, das zu Beginn im Rahmen einer Gruppe durchgeführt wird, die besten Erfolge bringt.

### Tipps: So wird trainiert

Das Gehtraining sollte 3–4-mal pro Woche durchgeführt werden und jeweils 30–60 Minuten dauern. Zu Beginn werden pro Trainingseinheit 2–3-mal etwa zwei Drittel der

kann mehrmals hintereinander 3–4-mal täglich durchgeführt werden.

Durch Wadendehnungsübungen wird die Beweglichkeit im Fußgelenk gesteigert. Man stellt sich in Schrittposition an eine Wand oder Türe, wobei das hintere Bein durchgestreckt wird. Nun soll das vordere Knie nach vorne gebeugt werden, während die Fersen am Boden bleiben. Diese Übung ist

*Fortsetzung auf der nächsten Seite* >>>

>>> Fortsetzung von Seite 13

5–10-mal pro Bein zu wiederholen. Als Lockerungsübungen werden dann die Beine abwechselnd leicht nach vorne und hinten geschwungen.

Zusätzlich zu diesen Übungen sind häufiges Stiegensteigen, Radfahren, Schwimmen sowie Kniebeugen empfehlenswert.

### Deutliche Verbesserung der Symptome

Bei unseren Untersuchungen konnten wir feststellen, dass sich die maximale Gehstrecke sowie die Zeit, die ohne Schmerz zurückgelegt werden kann, für die Betroffenen um 50–200% verbessern ließ! Nach Beendigung des Trainings unter Anleitung sollte für die Betroffenen allerdings möglichst viel Bewegung das Ziel sein. Auch bei regelmäßig selbst durchgeführten Bewegungsübungen konnten wir fest-

stellen, dass die Beinschmerzen nach 6 Monaten Gehtraining und Fahrradfahren deutlich später auftraten und die körperliche Aktivität insgesamt gesteigert wurde. Zudem konnte auch die Geschwindigkeit des Bewegungsablaufs erhöht werden. Es hat sich auch als vorteilhaft erwiesen, einmal wöchentliche Gruppenübungen mit den geschilderten individuellen Aktivitäten zu kombinieren.

### Therapeutische Maßnahmen zur Motivation

Dazu gehören etwa Schrittzähler, mit denen die körperliche Tätigkeit noch objektiver erfasst werden kann. Es ist auch zu empfehlen, den Verlauf der Beinschmerzen in gewissen Abständen mit dem behandelnden Arzt zu besprechen und das körperliche Übungsprogramm anzupassen. Eine Kontrolluntersuchung der arteriellen

Durchblutung soll je nach Beschwerdebild in vom Arzt festgelegten Intervallen erfolgen. Für das Training in der Gruppe sind Rehabilitationsaufenthalte oder auch Gefäßsportgruppen äußerst hilfreich.

### Zusätzliche gesundheitliche Vorteile

Ein Gehtraining wirkt sich auch auf andere Risikofaktoren wie Übergewicht, erhöhten Blutdruck und Cholesterin sowie Diabetes positiv aus. Es ist Teil eines geänderten Lebensstils, der gerade für PAVK Patienten unabdingbar ist, wie auch die Ernährungsumstellung sowie der Verzicht auf Nikotinkonsum. Eine medikamentöse Therapie kann durch all diese Maßnahmen zwar nicht ersetzt werden, die Lebensqualität sowie das Risiko weiterer Gefäßkomplikationen können aber durchaus gesenkt werden!

### Übungsvorschlag:



Wie sehr die richtige Behandlung und auch Bewegung im höheren Alter helfen können, zeigt das nachstehende Beispiel von Herrn Aichhorn:



**„Jetzt gehe ich wieder täglich mehrere Kilometer“**

> Herr Aichhorn, PAVK-Patient

„Früher bin ich täglich 5km mit meiner Gattin quer durch den Kurpark Oberlaa gewandert. In letzter Zeit konnte ich nur mehr kürzere Strecken und die immer langsamer bewältigen, da ich regelmäßig Krämpfe in der rechten Wade bekam. Zuletzt schaffte ich gerade noch 50 Meter. Da schritt meine Gattin zur Tat und machte Herrn Prim. Maca ausfindig. Er untersuchte mich genau und entdeckte, dass meine Beinarterie oberhalb des rechten Knies schon ziemlich verschlossen war. Dann ging alles sehr schnell! Binnen drei Tagen hatte ich ein Spitalsbett und bekam eine Gefäßdehnung und dabei einen Stent, ein winziges

Drahtgitter zum Offenhalten der Ader, eingesetzt. Dann erhielt ich noch Infusionen für die Durchblutung und nach zwei Tagen durfte ich nach Hause. Schon einen Tag nach der Entlassung aus dem Spital konnte ich mit meiner Gattin wieder ganze zwei Kilometer gehen. Ich hätte mehr geschafft, aber Prim. Maca riet mir, mich eine Woche zu schonen und von Tag zu Tag etwas länger zu gehen. Schließlich bin ich ja schon 80 Jahre alt.

Jetzt kann ich mit meiner Gattin wieder täglich ein paar Kilometer gehen und das fast mit meinem früheren Gehtempo. Krämpfe in der rechten Wade habe ich keine mehr, aber ich muss dennoch in einigen Wochen zur Kontrolluntersuchung. Das Schönste aber ist: In meiner linken Wade, die mir auch schon ab und zu Probleme beim Gehen bereitet hatte, spüre ich auch keinen Krampf mehr. Prim. Maca sagt, das kommt daher, weil ich so diszipliniert bin und jeden Tag viel gehe.“

Fortsetzung auf der nächsten Seite >>>

## Experten-Sprechstunde

### Was tun bei schweren Gefäßverschlüssen im Bein?

**> Frage** „Ich (67) bekomme jetzt schon nach 50 Metern Gehstrecke, manchmal auch beim Sitzen, schmerzhafte Wadenkrämpfe. Mein Hausarzt sagt, das sei fortgeschrittene Arteriosklerose und ich sollte dringend zum Gefäßchirurgen. Wie kann mir dieser helfen?“

„Tritt der Wadenschmerz regelmäßig und schon nach kurzen Gehstrecken auf, sollten Sie tatsächlich umgehend einen Gefäßchirurgen aufsuchen. Denn Ihre Beschwerden weisen schon auf eine dringend behandlungsbedürftige Durchblutungsstörung der Beinarterien hin.

Ursache der schlecht durchbluteten Adern ist Arteriosklerose, also Gefäßverkalkung. Je stärker diese fortschreitet, desto schlechter funktioniert

die Durchblutung. Faktum ist: Bei ca. 10 % der Arteriosklerose-Patienten liegt schon ein kritisch-schlechtes Durchblutungsstadium des Beins vor. Diese Patienten haben bereits ein besonders hohes Risiko einer Zehen- oder Fußamputation. 10% der Betroffenen versterben auch innerhalb eines Jahres an Herzinfarkt oder Schlaganfall. Denn Arteriosklerose betrifft den ganzen Körper, auch wenn sie sich zuerst nur in den Beinen äußert.

Aufgrund der von Ihnen geschilderten Beschwerden sollten Sie sehr rasch mittels Gefäßultraschall, MR-Angiographie, bzw. Angio-Computertomographie untersucht werden. Je nach Diagnose wird Ihnen der Gefäßchirurg die geeignetste Behandlung empfehlen. Abhängig vom Schweregrad

der Durchblutungsstörung stehen uns heute mehrere Möglichkeiten zur Verfügung. Manchmal kann dem Patienten noch mit einer Gefäßdehnung unter Einbringung eines Stents gut geholfen werden. In fortgeschrittenen Fällen erzielen wir heute mit der Legung eines Arterien-Bypasses sehr gute Erfolge. Zusätzlich wird Ihnen der Gefäßchirurg Therapien verordnen, die dem Wiederauftreten einer so kritischen Situation vorbeugen.“



**Prim. Univ.-Prof.  
Dr. Georg Bischof**  
Leiter der Abteilung  
für Allgemein-  
chirurgie und  
Gefäßchirurgie

## Wundmanagement ist Teamsache!

### Wundmanagerin Andrea Ritzengruber berichtet über herausfordernde Aufgaben, die sie tagtäglich zu leisten hat



**> Andrea  
Ritzengruber,  
DGKS ZWM  
Stabstelle  
Wundmanagement**

Was haben Diabetes, chronische Venenleiden oder schwere Durchblutungsstörungen in den Beinen gemeinsam? „Alle diese Erkrankungen führen dazu, dass Operationswunden, aber auch kleinere, offene Verletzungen nicht mehr richtig zuheilen wollen. Für den Patienten beginnt dann oft ein langer Leidensweg. Denn chronische Wunden können die Lebensqualität durch Schmerzen, verschlechterte Mobilität und soziale Isolation erheblich einschränken.“ Wundmanagerin Andrea Ritzengruber betreut im Evangelischen Krankenhaus Wien tagtäglich ein komplexes Aufgabengebiet, beginnend bei Wunddiagnostik, Wunddokumentation sowie der Erstellung eines Therapieplanes. In Abstimmung mit dem behandelnden Arzt

und dem diplomierten Pflegepersonal der jeweiligen Abteilung erarbeitet sie letztlich den exakten Therapieplan. „Wer Wunden optimal behandeln, sprich, zügig zur Abheilung bringen will, muss zunächst den Menschen als Ganzes in die Behandlung miteinbeziehen. Denn Wunden sind so unterschiedlich wie die Patienten selbst: Alter und körperliche Verfassung beeinflussen den Heilungsverlauf ebenso wie Ernährung, Lebensweise und bereits vorhandene Erkrankungen“, erklärt Andrea Ritzengruber.

Wunden erfordern zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Lösungen bezüglich Wundaufgaben und Verbandsmaterial. „Wir legen großen Wert darauf, dass Auflagen nicht nur den Wundschmerz reduzieren, sondern ein angenehmes Tragegefühl vermitteln und auch längere Intervalle des Verbandwechsels ermöglichen.“ Ohne die Hilfe des Patienten ginge es aber nicht. Dessen Bereitschaft und die seines Umfelds (z. B. Familie), aktiv mitzuarbeiten und zu helfen, sei da

ganz wesentlich. Andrea Ritzengruber: „Da aber auch richtige Ernährung die Wundheilung begünstigt, beziehen wir in die Information unserer Patienten und deren Angehörigen auch Diätologinnen mit ein.“



# Krampfadern bedeuten Handlungsbedarf!

*Der Auswahl der geeigneten Behandlung muss eine genaue Diagnostik vorausgehen*



> OA  
**Dr. Herbert Mendel,**  
Chirurg und  
Gefäßchirurg

Nahezu 50% aller Frauen und 25% der Männer leiden früher oder später unter knotig aufgedehnten Venen, deren Klappen nicht mehr richtig schließen. Das venöse Blut staut sich und fließt teilweise zurück in Richtung Beinextremität. Zu den typischen Beschwerden im Frühstadium zählen Schweregefühl, abendliche Schwellneigung der Beine, unangenehmer Juckreiz und wiederholte Wadenkrämpfe.

Krampfadern bedeuten nicht nur ein optisch-kosmetisches Problem, sondern vor allem eine ernst zu nehmende und fortschreitende Venenerkrankung, die therapiert werden muss. Unbehandelt drohen Hautveränderungen und -verfärbungen, Entzündungen oder gar ein offener Fuß. Auch die Thromboseneigung nimmt zu.

Da Krampfadern aber nur ganz selten eine gesundheitliche Notfallsituation darstellen, kann über die Art der Therapie meistens in Ruhe entschieden werden.

## **Genauere Diagnostik ist entscheidend**

Zur gezielten Behandlung von Krampfadern steht uns heute bereits eine gute Auswahl bewährter und nachhaltiger Methoden zur Verfügung. Voraussetzung für die richtige Wahl des Eingriffs ist eine exakte Diagnostik. Diese muss den Ort (Insuffizienzpunkte) und die Ausdehnung der erkrankten Venenabschnitte sowie den sogenannten Reflux (=pathologischer Rückfluss des Venenblutes aus den tiefen Bein- und Beckenvenen durch

undichte Venenklappen im Stehen) feststellen. Geeignete Untersuchungsmethoden sind ein spezieller „Gefäß-Ultraschall“ sowie die Phlebographie (KM-Venenröntgen). Letztere kommt selten und da vor allem bei weitreichenden Venenproblemen zum Einsatz. Im Evangelischen Krankenhaus, das über ein äußerst erfahrenes Team an Gefäßspezialisten verfügt, werden alle bewährten operativen Eingriffe für sämtliche Schweregrade der Varizenerkrankung angeboten. Ziel ist es immer, die wichtige Venenfunktion zu normalisieren bzw. zu erhalten.

## **Behandlungsmöglichkeiten**

### **– Krampfadern entfernen (Venenoperation):**

Über einen Hautschnitt in Leiste oder Kniekehle werden die betroffenen Venen abgebunden und der erkrankte Venenabschnitt herausgezogen. Das Venenstripping gilt als radikalster Eingriff, ist aber bei lange bestehenden, dichten Krampfadern oder bei schwierigen anatomischen Voraussetzungen manchmal die einzig sinnvolle und nachhaltige Lösung.

### **– Venen verschließen (endovenöse Verfahren):**

Die Venen verbleiben im Körper und werden von innen her verschlossen, geschrumpft und in einen Strang umgewandelt. Zu den mittlerweile bewährten Verschließmethoden zählen die Schrumpfung mit dem Endo-Laser und die Radiofrequenzbehandlung (VNUS Closure, Fast Closure, CELON Methode). Auch die klassische Verödung und die Schaumverödung zählen zu diesen minimal-invasiven Verfahren, haben aber laut internationalen Vergleichsstudien bei Stammvenen eine deutlich höhere Rückfallrate.

### **– Venen heilen anstatt zu entfernen:**

Für frühe Krankheitsstadien stehen ambulant durchführbare, venenerhaltende und blutflusskorrigierende Möglichkeiten zur Verfügung.

Ob vor oder nach der Krampfadern-Behandlung: Durch Übungen für die Venenklappen und durch regelmäßiges Gehen trägt man auch als Patient viel dazu bei, den gesunden Rückfluss des Blutes zu fördern.





# Venenbehandlung mit Laser – eine Erfolgsgeschichte

## Im Gespräch mit dem österreichischen „Laserspionier“ Dr. Thomas Filipitsch

Seit nunmehr 13 Jahren wird die Behandlung von Krampfadern mit dem so genannten Endo-Laser erfolgreich durchgeführt. Sie war Vorreiter für andere Verschlusstechniken und stellt inzwischen die Methode der Wahl bei entsprechender Indikation dar. Der Chirurg Dr. Thomas Filipitsch kann auf über 1500 persönlich durchgeführte Laser-Eingriffe zurückblicken. Die meisten davon wurden im Evangelischen Krankenhaus durchgeführt. Wo sieht er die Vorteile des Lasers im Rückblick seiner Erfahrungen?



**< Interview mit  
OA Dr. Thomas  
Filipitsch, Chirurg**

*Herr Dr. Filipitsch, wie sieht Ihre Bilanz nach 1500 durchgeführten Laser-Operationen aus?*

Dr. Thomas Filipitsch: Im Laufe der Jahre wurde die Lasersonde mehrmals weiterentwickelt und verbessert. So strahlt der neueste Laser seine Energie als doppelter Ring ab und erhöht damit noch mal seine Wirkung



und Sicherheit. Es war spannend für mich, als Vorreiter eine neue Technik anzubieten, zu perfektionieren und die Grenzen der Methode auszuloten.

*Ist die Methode für alle Krampfadern geeignet?*

Krampfadern mit über 2 cm Durchmesser, wie sie am Oberschenkel manchmal vorkommen, oder ganz oberflächlich verlaufende Venen sind beispielsweise nicht geeignet. Dennoch kombiniere ich die verschiedenen Techniken in diesen Fällen.

*Was ist vor einer etwaigen OP für den Chirurgen zu beachten?*

Das Wichtigste ist die exakte Abklärung vor der Operation mittels Ultraschall, am besten durch den Chirurgen selbst, denn er muss letztlich auch über die Technik entscheiden. Das schmerzhafteste Venenröntgen ist übrigens nur mehr in Ausnahmefällen erforderlich.



*Wie befriedigend ist das kosmetische Ergebnis?*

Das kosmetische Ergebnis konnte durch noch dünnere Instrumente und Einstiche weiter optimiert werden, sodass praktisch nur Punkte zurückbleiben. Ich freue mich bei jeder Operation über das kosmetisch schöne Ergebnis. Das ist meine beste Visitenkarte.

*Können beide Beine gleichzeitig operiert werden?*

Beide Beine gleichzeitig zu operieren ist üblich geworden und die Tragedauer der so unbeliebten Kompressionsstrümpfe ist auf 2 Wochen geschrumpft. Der Patient ist sofort alltagstauglich, sollte aber 3 Wochen auf Sport verzichten.

*Ist die Zahl der betroffenen Personen eher rückläufig oder ansteigend?*

Die Zahl der Betroffenen hat nicht abgenommen. Im Gegenteil, aufgrund unserer Lebensweise und orthopädischer Wehwechen ist die Pumpleistung des Blutes zum Herzen zunehmend geringer. Die Folge sind Krampfadern mit so ganz typischen Symptomen wie Schwellungen, Schweregefühl oder eben Krämpfen.



# Tiefe Beinvenenthrombose – Achtung Lebensgefahr!

*Lesen Sie, bei welchen Symptomen Sie nicht zuwarten sollten*



**> OÄ Dr. Silvia Hoffmann,  
Chirurgin und  
Gefäßchirurgin**

Die Symptome treten zumeist ganz plötzlich auf: Das gesamte Bein oder der Unterschenkel sind geschwollen. Der Beinumfang ist im Vergleich zum gesunden Bein deutlich größer sowie hart, prall gespannt und schmerzhaft. Manche Betroffene bemerken blau-rote Verfärbungen oder verspüren heftigen Druckschmerz in Wadenmitte, Kniekehle oder an der Oberschenkelinnenseite. Hier ist sofortiger Handlungsbedarf in Form eines Arztbesuchs angesagt. Denn so massiv und plötzlich auftretende Beschwerden weisen aller Wahrscheinlichkeit

nach nicht auf die meist harmlos verlaufende, oberflächliche Thrombose (Venentzündung) hin, sondern auf die gefährliche, manchmal auch lebensbedrohliche tiefe Beinvenenthrombose.

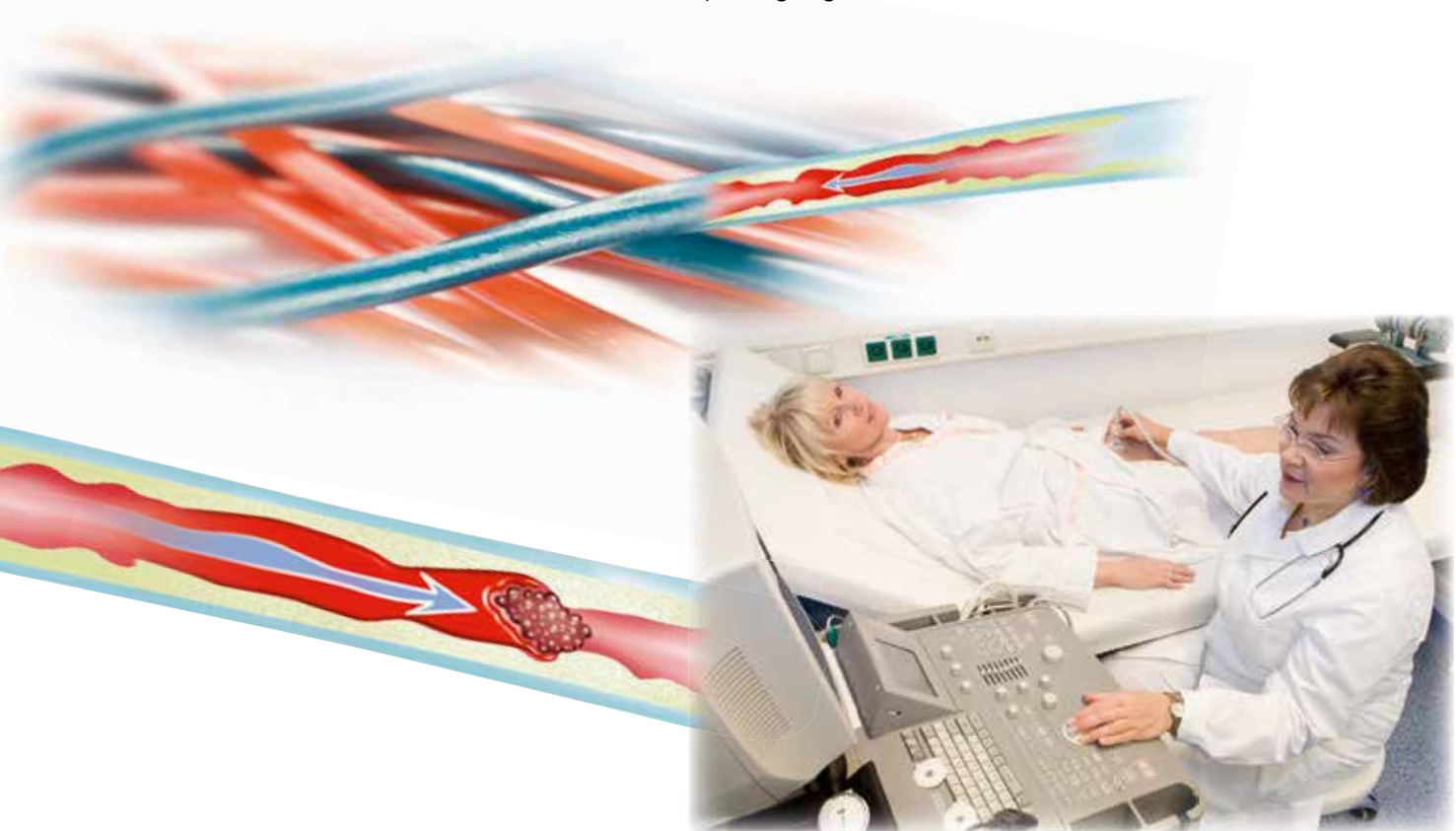
## Diagnose und Behandlung

Die Diagnose erfolgt durch klinische Untersuchung, Bluttest, Ultraschall und Venenröntgen. Bestätigt sich der Verdacht auf tiefe Venenthrombose, muss einerseits eine lebensbedrohliche Lungenembolie (Loslösen eines Teils der Thrombose und Verstopfen einer Lungenschlagader) verhindert, andererseits einer Zerstörung der Venenklappen mit Folgen wie chronischer Stauung bis hin zum offenen Bein entgegengearbeitet werden. Dazu werden Kompressionsverband oder -strümpfe angelegt und das Blut

mit verdünnenden Mitteln (zumeist eine Kombination aus mehrtäglich hintereinander verabreichtem Heparin sowie einer mehrmonatigen Kur mit Marcoumar o.ä.) behandelt. In sehr seltenen Fällen ist eine medikamentöse Auflösung des Thrombus oder eine operative Entfernung notwendig.

## Wie Sie vorbeugen können

Wichtig ist regelmäßige, ausreichende Flüssigkeitszufuhr. Vermeiden Sie auch ungewohnte körperliche Anstrengungen und legen Sie bei langen Reisen immer wieder Bewegungs-Pausen ein. Auch frühere Thrombosen oder längere Bettlägerigkeit sollten Grund zu vermehrter Vorsicht sein. Suchen Sie beim Auftreten eingangs genannter Beschwerden unverzüglich Ihren Arzt auf!



# Polyarthrititis: Rasches Handeln beugt Invalidität vor!

*Ab zum Spezialisten, wenn Zehen und Finger nach dem Aufstehen geschwollen, steif und kraftlos sind!*

> **Prim. Doz. Dr. Peter Peichl MSc,**  
Internist  
und  
> **OA Dr. Rolf-Dieter Dessoovich,**  
Internist



Finger und Zehen schmerzen, sind prall geschwollen, steif und kraftlos, vor allem am Morgen, nach dem Aufstehen. Solche Symptome sind typisch für Polyarthrititis. Selbst wenn sich diese Beschwerden nur fallweise melden, sind sie bald abzuklären. Denn Polyarthrititis ist eine Autoimmunerkrankung, bei der der Körper sein

eigenes Gewebe attackiert und schädigt. Speziell Gelenke, bisweilen aber auch innere Organe, sind Ziele dieser selbstzerstörerischen Entzündung.

## Was das Risiko erhöht

Autoimmunerkrankungen wie Polyarthrititis kann man kaum wirklich vorbeugen. Mittlerweile sind aber mehrere Risikofaktoren bekannt. So können etwa Rauchen oder Umweltbelastungen durch Quarz- und Kohlestaub diese Fehlreaktion des Immunsystems begünstigen. Neueste Studien zeigen auch einen Zusammenhang zwischen rheumatoider Arthritis und einem Bakterium, das Parodontitis verursacht. Wer also unter häufigen Zahnfleischentzündungen leidet, sollte diese zahnärztlich behandeln lassen, um einen Risikofaktor auszuschalten.

## Warum ist eine rasche Abklärung so wichtig?

„Ohne richtige Behandlung zerstört Polyarthrititis binnen zwei Jahren bis zu 50 % des Gelenks“, warnt Internist und Rheumatologe Prim. Priv.-Doz. Dr. Peter Peichl, Leiter der Internen Abteilungen am Evangelischen Krankenhaus Wien. Häufige Spätfolgen sind dann neben starken Schmerzen auch deformierte Gelenke, zerstörte Knorpel und Behinderungen im Alltag, wogegen manchmal nur mehr eine Operation hilft.

„All das kann und sollte man sich ersparen, wenn man von Anfang an darauf besteht, gründlich untersucht zu werden. Denn am Röntgenbild allein ist Polyarthrititis im Frühstadium nicht immer eindeutig zu diagnostizieren“, empfiehlt Internist und Rheumatologe Dr. Rolf-Dieter Dessoovich. Der Arzt:  
*Fortsetzung auf der nächsten Seite >>>*



>>> Fortsetzung von Seite 19

„Schmerzfremde Gelenkulterschall-Untersuchungen (Power-Doppler) und ein genauer, spezieller Bluttest liefern zumeist sehr guten Aufschluss.“

### Klare Behandlungsregeln

Lautet die Diagnose tatsächlich Polyarthritis, sind medizinisch anerkannte Therapien und keinesfalls irgendwelche Experimente angesagt! Es gibt klare Behandlungsregeln, die sich an den Empfehlungen internationaler und heimischer Fachgesellschaften orientieren. Sie haben sich in der Praxis auch gut bewährt. „Zunächst verordnen wir einmal wöchentlich ein sehr niedrig dosiertes Zytostatikum.

Bei sehr starken Schmerzen wird kurzfristig Cortison zur Überbrückung eingesetzt. Kommt es nach zwei bis drei Monaten zu keiner merkbaren Verbesserung, erweitern wir die Behandlung mit Biologika, um Zerstörungen an den Gelenken zu vermeiden“, erläutert Prim. Dr. Peter Peichl.

Biologika können den weiteren Verlauf von Polyarthritis im Vergleich zu früher ganz entscheidend verbessern. Spezialist Dr. Dessovic: „Bei zwei Drittel der Patienten wird die Aktivität der Krankheit deutlich eingebremst, bei einem kleineren Teil der Betroffenen kommt die Erkrankung sogar zum Stillstand.“

### Dringender Appell an Patienten

Die Präparate wirken nicht sofort, sondern üblicherweise erst nach einigen Wochen konsequenter Einnahme. „Haben Sie daher bitte Geduld, wenn die Schmerzen nicht sofort weggehen und setzen Sie die verordneten Medikamente keinesfalls eigenmächtig nach wenigen Tagen ab“, appellieren die Spezialisten Prim. Dr. Peichl und Oberarzt Dr. Dessovic an alle Betroffenen. Denn neben einer rechtzeitigen Diagnose eröffnet auch Behandlungsdisciplin beste Chancen für eine sehr gute Langzeitprognose. Die nachfolgende Patientengeschichte schildert, dass trotz später Krankheitsdiagnose durch richtige Behandlung und gewissenhafte Mitarbeit des Patienten dennoch gute Erfolge zu erzielen sind.

### Übungsvorschlag:

– Bein aufstellen, die Ferse soll dabei möglichst nahe an das Gesäß kommen.



– Wie Übung Bild oben und Bein etwas anheben.  
– Beide Beine aufstellen und am Platz gehen.



„Nach vielen Irrwegen – jetzt ist das Leben wieder schön!“

> Yvonne Oberortner, Polyarthritis-Patientin

„Bereits im Alter von 45 Jahren hatte ich immer wieder mit vermeintlichen Ischias Schmerzen zu kämpfen. Eines Tages konnte ich meine Finger kaum noch bewegen, konnte vor Schmerzen fast nicht mehr schreiben und nichts mehr halten. In der Früh kam ich nur ganz mühsam aus dem Bett. Ich schleppte mich von einer Schmerzambulanz zur nächsten und nahm immer mehr an verschiedensten Medikamenten ein. Der lapidare Kommentar meines

damaligen Arztes: „Damit müssen Sie halt leben, Sie sind ja schon über 40.“ Es wurde immer schlimmer und irgendwann fiel mir ohne ersichtlichen Grund immer wieder das Besteck aus den Händen und ich hatte Nervenschmerzen in den Ellenbogen. Ich hatte mich bereits aufgegeben, als ich zu Prim. Dr. Peter Peichl kam. Erstmals nahm sich ein Arzt wirklich Zeit für mich, stellte viele Fragen, hörte geduldig zu und veranlasste einige Untersuchungen. Da ich mich bereits nach dem ersten Gespräch besser fühlte, hatte ich volles Vertrauen in die Spritzenkur und in die anderen Medikamente, die ich von ihm verordnet bekam. Obwohl meine Krankheit aufgrund der späten Diagnose schon chronisch geworden war, habe ich wieder eine wesentlich bessere Lebensqualität als die vielen Jahre zuvor. Mein Dank gilt Dr. Peter Peichl und dem Team des Evangelischen Krankenhauses, aber auch der Forschung.“

# Schachmatt dem quälenden Nervenleiden!

## *Polyneuropathie: Richtige Diagnose und professionelle Betreuung erhalten Lebensqualität!*



< Prim. Univ.-Doz.  
Dr. Udo Zifko,  
Neurologe

Ständiges Kribbeln und heftige Schmerzen in den Beinen, aber auch zunehmende Gehprobleme sind nicht immer die Folge von Alter oder einer Einwirkung von außen. Hunderttausende Österreicher leiden, oft unerkannt, an einer Erkrankung der peripheren Nerven, in der Fachsprache Polyneuropathie genannt. Bei dieser Vielnerven-Krankheit (poly=viel) gehen die manchmal unerträglichen Beschwerden nicht auf Abnützungsercheinungen oder auf eine Verletzung zurück, sondern auf eine gestörte Reizweiterleitung der peripheren Nerven. Diese tun sich immer schwerer, Nachrichten zwischen Gehirn und Rückenmark zu transportieren. Sinnesreize werden entweder gar nicht, vermindert oder verstärkt ans Gehirn übermittelt.

### Symptome werden oft erst zu spät richtig gedeutet

Polyneuropathie tritt nur in selteneren Fällen als Akuterkrankung auf. Meist entwickelt sich die Krankheit schleichend über viele Jahre hinweg und wird demzufolge leider oft erst spät erkannt. Daher ist es wichtig, einige der am häufigsten auftretenden Symptome zu kennen. Handelt es sich bei den geschädigten Nerven um motorische, so beeinträchtigt dies Kraft und Beweglichkeit der betroffenen Muskelpartien und kann bis zu schweren Lähmungserscheinungen und Gehbehinderungen führen. Handelt es sich um sensible Nerven, sind Missempfindungen wie etwa das vorhin beschriebene Kribbeln, Taubheitsgefühle sowie nicht von außen verursachte Kälte- oder Hitzegefühle

die Folge. Leider geht die Krankheit bei manchen Patienten auch mit schlimmen Schmerzen einher. Das kann so weit führen, dass bereits die nächtliche Berührung der Bettdecke nahezu unerträglichen Schmerz verursacht. Da die Nerven an Beinen und Armen besonders lang sind und sich dünn verästeln, machen sich die Symptome als erstes oft hier, an den so genannten Extremitäten, bemerkbar.

### Risikogruppen

Besonders häufig betroffen sind schlecht eingestellte Diabetiker und Menschen mit chronischem Alkoholproblem. Polyneuropathie kann auch als Nebenwirkung bestimmter Medikamente und auch nach einer Chemotherapie auftreten. In eher selteneren Fällen ist Polyneuropathie erblich bedingt oder geht auf eine Autoimmunerkrankung zurück. Liegt eine erkennbare Ursache wie etwa eine Grunderkrankung vor, muss auch diese vorrangig behandelt, bzw. beseitigt werden. Bei jedem fünften Betroffenen ist allerdings keine Ursache feststellbar.

### Warum exakte Diagnose so wichtig ist

Um Art, Intensität und Umfang der Polyneuropathie genau festzustellen und Verwechslungen mit anderen, sich ähnlich äußernden Krankheiten zu vermeiden, braucht es eine exakte Diagnostik. Neben einem

Fortsetzung auf der nächsten Seite >>>



>>> Fortsetzung von Seite 21

vertrauensvollen ärztlichen Gespräch und einigen Nerventests liefern vor allem neurophysiologische Untersuchungen wie die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit wichtige und besonders präzise Erkenntnisse. Je gewissenhafter die Untersuchungen, desto zielführender auch das individuell geschnürte Behandlungspaket für den Patienten.

### Individuell geschnürtes Therapiepaket bringt's

Auch wenn Polyneuropathie in vielen Fällen nicht ausgeheilt werden kann, gibt es doch eine gute Nachricht: Gegen die Krankheit kann man heute bereits sehr viel mehr als früher tun, um Schmerzen und Missempfindungen zu lindern oder zu beseitigen und um die Beweglichkeit wiederherzustellen.

Das Spektrum an Behandlungen reicht von medikamentösen Therapien und speziellen Nahrungsergänzungsmitteln über physikalisch-medizinische Maßnahmen sowie Sporttherapien bis hin zu psychotherapeutischer Unterstützung. Meist ist es eine speziell auf den Patienten abgestimmte Kombination aus verschiedenen Therapiebausteinen, die letztlich zum Erfolg führt.

### Auch der Patient muss mitarbeiten!

Um es offen auszusprechen: Ein nicht unerheblicher Anteil an der gesundheitlichen Verbesserung liegt beim Patienten selbst. Da geht es zunächst darum, Auslöser zu vermeiden. Das bedeutet im Fall der diabetischen Polyneuropathie eine gewissenhaft kontrollierte Blutzuckereinstellung, im

Fall von Alkoholkrankheit eine rasche Abstinenz mit oder ohne professionelle Hilfe. Weiters ist Geduld angesagt, denn viele Nervenschmerztherapien benötigen einige Wochen, um ihre Wirksamkeit zu entfalten. Vertrauern Sie auch Ihrem Neurologen, dass er Ihnen die bestmögliche Therapie anbietet.

Ratschläge von außen, vor allem von Nicht-Medizinern, mögen gut gemeint sein, haben aber oft wenig Relevanz für Ihre ganz persönliche Krankheitsgeschichte. Versuchen Sie auch, soweit es Ihnen möglich ist, mehr Bewegung in Ihren Alltag einzubauen oder regelmäßig Sport zu betreiben. Die damit erzielte, verbesserte Durchblutung des Gewebes wird in vielerlei Hinsicht von Nutzen für Sie sein.

## Hochtontherapie: gute Erfolge bei Nervenleiden



< Prim. Dr. Peter Biowski, Physikalische Medizin und Rehabilitation

Bei vielen Formen der Polyneuropathie kann die Behandlung nur auf die deutliche Linderung oder Beseitigung der unangenehmen Symptome abzielen. Anders ist das bei der so genannten Hochtontherapie: Diese physikalisch-medizinische Behandlung setzt direkt an der Ursache an, indem sie den geschädigten Nerv repariert. Die Hochton- oder HiToP®-Therapie, eine Methode der Muskelstimulation, arbeitet mit Wechselstrom im Mittelfrequenzbereich zwischen 4 und 33 kHz über Elektroden, die an Oberschenkeln, Waden und Fußsohlen fixiert werden. Dabei entsteht kein typisches „Stromgefühl“, wodurch die Anwendung intensiver als bei anderen Elektrotherapieformen und auch länger, (bis zu 60 Minuten) erfolgen kann.

### Vorteile der Hochtontherapie

Das Gerät lässt sich so einstellen, dass die Anwendung nicht nur lokal, also im schmerzenden Bereich wirkt, sondern bei den Ursachen im gesamten Körper

ansetzt, was bei Polyneuropathie durchaus Sinn macht. Denn so kommt es zur Erhöhung des Energiehaushaltes aller Zellen im Körper. Durch die in den Körper eingeschleuste Energie wird der Nervstoffwechsel insgesamt positiv beeinflusst und die Funktion „schlafender“ Nerven wiederhergestellt oder zumindest stark verbessert.

Neuere Studien bescheinigen dieser Therapieform eine entscheidende Verbesserung im Vergleich zu niederfrequenten, elektrischen Stimulationssystemen. Die Schmerzlinderung setzt oft schon nach wenigen Tagen ein. Eine Besserung von Gefühlsstörungen, etwa das typische Ameisenkribbeln, dauert etwas länger. Als positive Nebenwirkung der besseren Energieversorgung des Körpers nimmt die Schlafqualität zu, Durchblutung, Insulinsensibilität und Blutzuckereinstellung verbessern sich.

Die Hochtontherapie sollte mindestens 3-mal wöchentlich und über einen langen Zeitraum hinweg erfolgen. Ein zu früher Abbruch der Behandlung kann dazu führen, dass

sich der Nervstoffwechsel wieder verschlechtert. Um Patienten die Dauerbehandlung zu erleichtern, gibt es die Möglichkeit, das Hochtontherapie-Gerät zu mieten, um die Behandlung zu Hause neu durchzuführen.

Geeignet ist diese Anwendung speziell für Patienten, die an diabetischer oder medikamentös bedingter Polyneuropathie oder an Polyneuropathie aufgrund fortgeschrittener Niereninsuffizienz leiden. Auch bei Trägern von Metallimplantaten (Hüft- oder Knie-Totalendoprothese) ist diese Therapie durchführbar. Bei Patienten mit Herzschrittmacher darf die Therapie nur an den Beinen erfolgen!



# Restless Legs – wenn rastlose Beine den Schlaf rauben

*Arbeiten Sie an der Erkrankung! Es gibt viele Ursachen und ebenso viele Behandlungsmöglichkeiten*



< OÄ  
Dr. Jasmin Kechvar,  
Neurologin

Kaum legt man sich ins Bett oder sitzt vor dem Fernseher, schon geht's los. Die Beine kribbeln und ziehen. Krampfartige Zustände und Schmerzen lassen an Entspannung oder Schlaf nicht einmal denken. Man steht auf, geht rastlos herum, spürt Bewegungsdrang, massiert Füße und Unterschenkel oder versucht es mit Einreibungen. Nach einiger Zeit bessert sich zwar der Zustand, aber kaum entspannt man sich wieder, machen sich die Beine erneut selbstständig. Etwa 5–10 % der Bevölkerung leiden unter dieser äußerst unangenehmen neurologischen Störung, die auch bei Kindern auftreten kann. Restless Legs stellen zwar in der Regel ein ungefährliches, aber doch enorm belastendes Beschwerdebild dar, das – bedingt durch permanenten Schlafmangel – zu Angstzuständen und Depressionen führen kann. Zustände, die sich in der Schwangerschaft noch verstärken können.

## Viele mögliche Auslöser

Warum manche Menschen zu „rastlosen Beinen“ neigen, ist noch nicht restlos abgeklärt. Es sind uns zwar genetisch bedingte, familiäre Formen bekannt, aber ebenso auch sekundäre „symptomatische“ Fälle, in denen bestimmte Stoffwechselstörungen oder Medikamente als Verursacher gelten. Dazu gehören Nieren- oder Schilddrüsenfunktionsstörungen, Diabetes mellitus, Vitaminmangel, Störungen des Eisenhaushalts oder Rheumatoide Arthritis. Auslösende Medikamente sind z.B. diverse Psychopharmaka sowie Medikamente gegen Übelkeit oder „Magenschutz“. Nicht zuletzt hat auch Koffein auslösende Ursachen.

**Wichtig:** Nur eine gezielte und konsequente Behandlung kann letztlich einen deutlichen Gewinn an Lebensqualität bringen! Geben Sie daher nicht zu früh auf, sondern den Arzneimitteln eine Chance, ihre Wirkung aufzubauen und somit zu entfalten.

## Auf zum Neurologen!

Viele meiner Patienten haben einen langen Irrweg von Facharzt zu Facharzt hinter sich, bis endlich vom Neurologen die richtige Diagnose gestellt wird. Denn Restless Legs werden gerne mit Polyneuropathien, Durchblutungsstörungen oder Reizzuständen der Nervenwurzel der Wirbelsäule verwechselt. Ein ausführliches Gespräch und eine gründliche

neurologische Untersuchung, unterstützt durch Blutbefunde und genaue Diagnostik der Wirbelsäule, sollten letztlich Klarheit schaffen. Darüber hinaus geben elektrophysiologische Zusatzuntersuchungen von Nerven oder Muskeln weiteren Aufschluss. In Ausnahmefällen kann auch eine Nacht im Schlaflabor erforderlich sein.

## Was kann eine Therapie bewirken?

Obwohl bis jetzt zwar nur eine symptomatische Therapie möglich ist, kann mit Medikamenten, die beispielsweise auch gegen Parkinson wirksam sind (Dopaminagonisten oder L-Dopa), durchaus eine Linderung erzielt werden. Neue Therapieoptionen, wie das tägliche Anbringen eines Pflasters, führen ebenfalls zu einer Besserung.

## Nebenwirkungen nicht ausgeschlossen

Sollte es nach Jahren unter Therapie zu einer Zunahme der Intensität der Beschwerden kommen, ist unbedingt der Neurologe zwecks Therapieoptimierung aufzusuchen!. In manchen Fällen, wenn sich bei Messung der Nervenleitgeschwindigkeit, eine Polyneuropathie zeigt, können auch Antiepileptika und bestimmte Schmerzmittel zum Einsatz kommen.

# Hauptsache gesund!

## Die Experten dieser Ausgabe:



Dr. Peter Biowski  
Facharzt für Physikalische Medizin  
und allgemeine Rehabilitation  
Ordination: 0664 325 87 11



Prim. Dr. Thomas Maca  
Leiter der Internen Abteilung III  
Facharzt für Innere Medizin und Angiologie  
Ordination: (01) 533 14 39



Prim. Univ.-Prof. Dr. Georg Bischof FEBS  
Leiter der Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie  
Facharzt für Allgemein-,  
Viszeral- und Gefäßchirurgie  
Ordination: (01) 486 17 86



OA Dr. Herbert Mendel  
Facharzt für Chirurgie und Gefäßchirurgie  
Ordination: (01) 526 31 02



OA Dr. Rolf Dieter Dessovic  
Facharzt für Innere Medizin  
und Rheumatologie  
Ordination: 0650 944 43 24



Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Müllner PhD  
Vorstand der orthopädischen Abteilungen  
Facharzt für Unfallchirurgie und chirurgische Orthopädie  
Ordination: (01) 877 94 44, (02272) 820 08



OA Dr. Thomas Filipitsch  
Facharzt für Chirurgie  
Ordination: (01) 336 13 36



Prim. Priv.-Doz. Dr. Peter Peichl MSc  
Vorstand der Internen Abteilungen  
Facharzt für Innere Medizin  
Ordination: (01) 879 63 05, 0676 300 66 72



OA Dr. Andreas Gferrer  
Facharzt für Orthopädie  
und orthopädische Chirurgie  
Ordination: 0680 215 15 43



OA Dr. Peter Pregant  
Facharzt für Innere Medizin und Angiologie  
Ordination: (01) 924 61 90, 0699 1924 61 90



OÄ Dr. Silvia Hoffmann  
Fachärztin für Chirurgie und Gefäßchirurgie  
Ordination: 0676 795 91 57



Andrea Ritzengruber  
DGKS ZWM  
Stabstelle für Wundmanagement  
Wundpraxis: 0676 424 14 43  
E-Mail: a.ritzengruber@ekhwien.at



Prim. Dr. Sabine Junk-Jantsch  
Leiterin der Abteilung für Orthopädie  
und Rheumachirurgie  
Ordination: (01) 505 35 81



Prim. Dr. Sascha Sajer  
Vorstand der Abteilung für  
Physikalische Medizin und Rehabilitation  
Ordination: (01) 968 27 28



OA Dr. Gerhard Kainz  
Facharzt für Orthopädie  
und orthopädische Chirurgie  
Ordination: 0664 585 57 95



OÄ Dr. Veronika Schöll  
Fachärztin für Orthopädie  
und orthopädische Chirurgie  
Ordination: (01) 406 66 00, 0699 1882 82 31



OÄ Dr. Jasmin Kechvar  
Fachärztin für Neurologie  
Ordination: (01) 916 59 16, 0664 832 27 29



Prim. Univ.-Doz. Dr. Udo Zifko  
Vorstand der Neurologischen Abteilung  
Facharzt für Neurologie und Psychologie  
Ordination: 0664 544 58 00

Aus Gründen der Lesefreundlichkeit verzichten wir auf das Gendering von Substantiven. Selbstverständlich wenden wir uns mit dieser Publikation gleichermaßen an Frauen und Männer.

Österreichische Post AG  
SP 05Z03144 S

Evangelisches Krankenhaus Wien  
Hans-Sachs-Gasse 10–12, 1180 Wien  
kontakt@ekhwien.at · www.ekhwien.at  
Tel.: (01) 404 22-0, Info-Tel.: (01) 404 22-508

Retouren an Postfach 555 – 1008 Wien

