

09:00 Uhr **Begrüßung**  
 Prof. Kuno Weise  
 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen  
 Ärztlicher Direktor

**Anatomische Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes**

Dr. Wilhelm Loewe

**Therapie von Begleitverletzungen der Kreuzbandläsion**

Dr. Ralph Fischer  
 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen  
 Sporttraumatologie und arthroskopische Chirurgie  
 Oberarzt

**Radiologische Diagnostik der Kniebandverletzung**

Dr. Oliver Luz  
 Radiologische Diagnostik Universitätsklinikum  
 der Eberhard Karls Universität Tübingen  
 Oberarzt

10:15 Uhr **Kaffeepause**  
**Demonstration: Bewegungsschiene**

10:45 Uhr **Therapie der hinteren Kreuzbandverletzung**  
 Dr. Dirk Albrecht  
 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen  
 Leitender Arzt Sektion Sporttraumatologie  
 und arthroskopische Chirurgie

**Nachbehandlungskonzepte**

Dr. Alexander Harsányi  
 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen  
 Assistenzarzt

**Erlössituation in der Kniebandchirurgie**

Dr. Wilhelm Loewe  
 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen  
 Sporttraumatologie und arthroskopische Chirurgie,  
 Oberarzt, Leiter Medizincontrolling

12:00 Uhr **Imbiss / Ende der Veranstaltung**



**Veranstaltungsort**

BG-Unfallklinik Tübingen  
 Schnarrenbergstraße 95  
 72076 Tübingen  
 Tel. (07071) 606-0

In Tübingen den Wegweisern „BG Unfallklinik“ folgen.  
 Es stehen Parkplätze in der Tiefgarage der BG-Unfallklinik zur Verfügung.  
 Optimale Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel durch die Bus-Linie: 5



**LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN,**

Kreuzbandrupturen stellen nach wie vor eine gravierende Verletzung des Kniegelenks dar und fordern vom zuweisenden Arzt, dem Radiologen und dem Operateur hohe Kompetenz sowie eine enge Zusammenarbeit.

Die Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes in Einzelbündel- oder Doppelbündeltechnik wird derzeit kontrovers diskutiert. Wesentlich für beide Methoden ist die korrekte und anatomiegerechte Platzierung der Bohrkanäle, um ein optimales funktionelles Ergebnis zu erzielen.

Im Rahmen des Symposiums werden die aktuellen operativen Therapieverfahren bei vorderen und hinteren Kreuzbandrupturen dargestellt. Darüber hinaus liegt der besondere Fokus auf der therapeutischen Strategie bei der Primärversorgung der häufig bestehenden Begleitverletzungen. Die exakte Diagnostik der Kreuzband- und Begleitverletzungen ist nur in enger Zusammenarbeit mit Radiologen möglich, so dass die Darstellung radiologischer Untersuchungstechniken einen wichtigen Bestandteil des Symposiums ausmacht. Spezifische Aspekte eines differenzierten und umfassenden Nachbehandlungskonzeptes sollen ebenso besprochen werden wie aktuelle ökonomische Bedingungen der Erlössituation unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Therapie.

Wir freuen uns auf einen Vormittag mit Erfahrungsaustausch und interessanten Diskussionen mit Ihnen.

**Ihr Kuno Weise**

Ärztlicher Direktor der BG Unfallklinik und  
 Ordinarius für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
 an der Eberhard Karls Universität Tübingen



**Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie**

**ARTHROSKOPIE AKTUELL**

Therapie der Bandverletzungen am Kniegelenk

**Samstag, 28.03.2009**  
**09.00 - 12.00 Uhr**





## SPEZIELLE LEISTUNGSANGEBOTE

## SEKTION SPORTTRAUMATOLOGIE UND ARTHROSKOPISCHE CHIRURGIE

**Ltd. Arzt**  
**Dr. med. Dirk Albrecht**  
dalbrecht@bgu-tuebingen.de

**Oberarzt**  
**Dr. med. Ralph Fischer**  
rfischer@bgu-tuebingen.de



**Oberarzt**  
**Dr. med. Wilhelm Loewe**  
wloewe@bgu-tuebingen.de

**KONTAKT:**  
Tel: 07071/6061166  
Fax: 07071/6061084  
Sporttraumatologie und  
arthroskopische Chirurgie  
Berufsgenossenschaftliche  
Unfallklinik Tübingen  
Schnarrenbergstr. 95  
72076 Tübingen

## ALLGEMEINES LEISTUNGSANGEBOT

Die Sektion Sporttraumatologie und arthroskopische Chirurgie verfügt über ein breites konservatives und operatives Behandlungsspektrum. Dieses gliedert sich in 3 Kernkompetenzen:

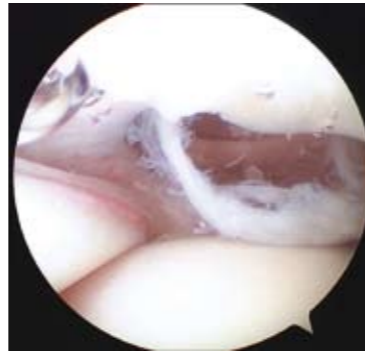
1. Arthroskopische Weichteil- und Bandrekonstruktion des Schulter-, Hüft- und Kniegelenkes
2. Knorpelrekonstruktive Chirurgie des Knie- und oberen Sprunggelenkes inklusive kniegelenksnaher Umstellungsosteotomie zur Beinachsenkorrektur
3. Endoprothetik des Schulter- und oberen Sprunggelenkes

Allgem. Sprechstunde: Mi. von 8.00 bis 15.00 Uhr  
Für BG-Patienten: Di. und Do. von 8.00 - 15.00 Uhr  
Terminvergabe: Frau Beiter  
Tel.: 07071-606 1620  
Fax: 07071-606 1182

### SCHULTERGELENK

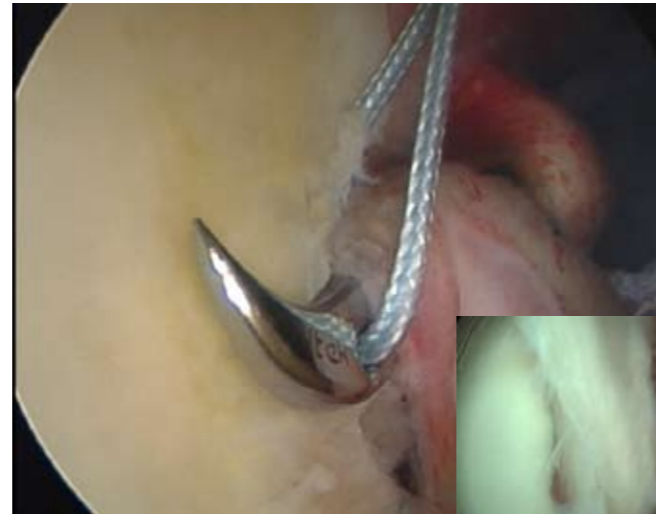
#### **Rotatorenmanschettenläsion**

In Abhängigkeit von der Läsionsgröße erfolgt die Rekonstruktion als arthroskopische Operation oder in offener Technik mit kleiner Schnittführung (mini-open-repair). Regelmäßig wird eine Erweiterung des subacromialen Raumes durchgeführt. Die Refixation der Rotatorenmanschettenanteile erfolgt durch resorbierbare Fadenanker in sog. double-rowe Technik als anatomische Rekonstruktion.



#### **Schulterinstabilität**

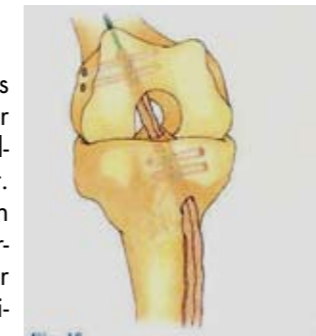
Die arthroskopische Rekonstruktion/Refixation des Labrum glenoidale am Pfannenvorderrand wird unter Verwendung von Knochenankern durchgeführt. Gleichzeitig erfolgt die Raffung der erweiterten Gelenkkapsel. Bei einer knöchernen Läsion der Gelenkpfanne (knöchere Bankart-Läsion) ist in Abhängigkeit von der Fragmentgröße unter Umständen eine Schraubenrefixation notwendig. Bei ausgeprägtem knöchernem Defekt des Glenoids oder Glenoidfehlstellungen muss eine so genannte J-Spanplastik vom Beckenkamm in offener OP-Technik zur Rekonstruktion der Gelenkfläche durchgeführt werden.



### KNIEGELENK

#### **Kreuzbandersatz**

Der Ersatz des vorderen Kreuzbandes erfolgt wahlweise in Einzel- oder Doppelbündeltechnik und wird vollständig arthroskopisch durchgeführt. Als Ersatzsehne wird in den meisten Fällen die Semitendinosusehne verwendet. Die Gracilissehne wird zur Aufrechterhaltung der Rotationsstabilität erhalten. Die Transplantatfixation erfolgt in der Regel mittels gelenknahen resorbierbaren Cross Pins. Die Ersatzoperation des hinteren Kreuzbandes erfolgt in Einbündeltechnik vollständig arthroskopisch. Als Sehnersatzmaterial wird ebenfalls die Semitendinosusehne verwendet. Die häufig gleichzeitig notwendige laterale Bandplastik wird in einer modifizierten Technik nach LARSON mit der Gracilissehne durchgeführt.



#### **Knorpelschaden**

Zur Behandlung lokaler Knorpeldefekte im Bereich des Knie- und oberen Sprunggelenkes stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung. Die Palette der Therapieoptionen reicht von der Mikrofrakturierung über die autologe Osteochondraltransplantation (OCT) bis hin zur autologen Chondrozytentransplantation (ACT). Die Wahl des Therapieverfahrens wird im Wesentlichen von der Lokalisation und der Ausdehnung des Defektes bestimmt.



#### **Beinachskorrektur**

Durch Beinachsenabweichung (valgus / varus) wirken pathologische biomechanische Kräfte auf das betroffene Kniegelenk ein und können so die Entstehung einer Arthrose induzieren. Die notwendige Korrekturosteotomie erfolgt bei einer Varus-Beinachse gestützt durch Computernavigation als hohe Tibiaosteotomie (HTO) minimal-invasiv und Stabilisierung mittels winkelstabilem Implantat. Bei einer Valgusabweichung der Beinachse erfolgt die Korrektur mittels subtraktiver und schließender supracondylärer Femurosteotomie.

### ENDOPROTHETIK

#### **Schulterendoprothetik**

Die Endoprothetik des Schultergelenkes orientiert sich am Grad der Deformierung der Gelenkflächen und vom Zustand der das Gelenk führenden Weichteile (Muskulatur, Sehnen, Gelenkkapsel). Für die verschiedenen Indikationen stehen unterschiedliche Prothesentypen von der Oberflächenprothese (CUP-Prothese ECLIPSE®) über die anatomische Prothese mit Schaftkomponente bis zur Inversen Prothese (Delta-EXTENT®) zur Verfügung.



#### **Sprunggelenkendoprothetik**

Inzwischen hat sich das Prinzip des prothetischen Gelenkersatzes im Sprunggelenksbereich etabliert. Die Implantation einer Sprunggelenksprothese ist indiziert bei einer Sprunggelenksarthrose und noch gut erhaltener Beweglichkeit. Prothesen der neuesten Generation bestehen aus drei unabhängigen Komponenten mit beweglichem Gleitlager und werden zementfrei implantiert. Bei der verwendeten Endoprothese (MOBILITY®) ist die notwendige Knochenresektion minimal.

