Checkliste
Indikation Knie-TEP

Patientenname, Geburtsdatum oder Patientenaufkleber

Hauptkriterien zur Indikation	Ja	Nein	Begründung
Strukturschaden • Arthrose – K & L Grad 3 oder 4: • Osteonekrose – Deformierung / Defekt der Gelenkfläche	☐	☐	
Konservative Therapie (seit mind. 3 Monaten) ☐ Medikamentös ☐ Nicht-medikamentös • Seit wann:	☐	☐	
Schmerz (seit mind. 3 Monaten) ☐ bei Belastung ☐ in Ruhe ☐ nachts • Seit wann:	☐	☐	
Einschränkung der Lebensqualität durch Knie (seit mind. 3 Monaten) • Wodurch: • Ggf. PROM Wert:	☐	☐	
Leidensdruck durch Knie (seit mind. 3 Monaten) • Wodurch: • Ggf. PROM Wert:	☐	☐	

Relevante Nebenkriterien (fakultativ, obligatorisch falls Hauptkriterien nicht vollständig erfüllt)
• Welche: • Welche: • Welche:

Kontraindikationen	Nein	Ja	Begründung
Florider Infekt	☐	☐	
Aktive Infektion (Gelenke, Weichteile oder hämatogen streuend)	☐	☐	
BMI >40 (kg/m²) (relative Kontraindikation) • BMI?	☐	☐	
Deutlich verkürzte Lebenserwartung (relative Kontraindikation) • Wodurch?:	☐	☐	
Sonstige Kontraindikationen gegen OP • Welche?:	☐	☐	

Mindestvoraussetzung zur Knieendoprothese? ☐ **Ja** ☐ **Nein**

Quelle: S2k-Leitlinie Indikation Knieendoprothese, Erstfassung 01/2018, Update 1 04/2023; Version_2026-05-05

Checkliste
Indikation Knie-TEP

Patientenname, Geburtsdatum oder Patientenaufkleber

Modifizierbare Risikofaktoren	entfällt	Ja	Nein	Begründung
Diabetes mellitus: HbA1c-Wert unter 8 %	☐	☐	☐	
BMI > 30 kg/m2: Gewichtsabnahme empfohlen	☐	☐	☐	
Nikotin: Karenz mind. 4 Wochen vor OP bis Wundheilung empfohlen	☐	☐	☐	
Anämie: Optimierung erfolgt	☐	☐	☐	
Intraartikuläre Injektion von Cortikosteroiden: keine Knie-TEP innerhalb von 6 Wochen, ggf. nach 3 Monaten	☐	☐	☐	
V.a. nicht ausreichend therapierte psychische Erkrankung: fachspezifische Abklärung empfohlen	☐	☐	☐	
Entzündlich-rheumatische Erkrankungen: adäquat medikamentös kontrolliert, max. 7,5 mg Prednisolon pro Tag	☐	☐	☐	

Partizipative Entscheidungsfindung			
Patient*innenziele Bitte notieren Sie die wichtigsten Ziele, die durch die Operation erfüllt werden sollen.	**Ärztliche Einschätzung der Erfüllung**		
	Wahrscheinlich	**unsicher**	**Unwahrscheinlich**
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Gemeinsame Entscheidung	Ja	Nein	Begründung
Knie-TEP Operation?	☐	☐	