



St. Marien- und
St. Anastiftskrankenhaus

Ludwigshafen am Rhein

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Heidelberg

Wirbelsäulenchirurgie

Patienteninformationen



Vorwort

„Erlanget Wissen über das Rückgrat, denn von diesem gehen viele Krankheiten aus“
Hippokrates von Kos (um 460-377 v. Chr.)



Dr. med. Breitenfelder
Oberarzt der Orthopädischen
und Unfallchirurgischen Klinik



Dieter Vogel
Leiter der Physikalischen
Therapie

Sprechstunde

Donnerstag
13.00–15.30 Uhr

Terminvereinbarung

Montag–Freitag 8.00–16.00 Uhr
Tel.: 0621-5501-2100

Kontakt

St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus

Orthopädische und Unfallchirurgische Klinik
Salzburger Straße 15
67067 Ludwigshafen am Rhein
Tel.: 0621-5501-2172
Fax: 0621-5501-2428
michael.breitenfelder@st-marienkrankenhaus.de
www.st-marienkrankenhaus.de

Sekretariat

Isabell Fasderness
Tel.: 0621-5501-2172
Fax: 0621-5501-2428

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

die zunehmenden Erfolge in der modernen Wirbelsäulenchirurgie haben in den letzten Jahren weltweit zu einer deutlichen Zunahme der operativen Eingriffe in diesem Bereich geführt. Trotz zunehmender Patientensicherheit, zum Beispiel durch die Verwendung von hochauflösender Bildgebung, den Einsatz von Operationsmikroskopen, Nervenüberwachungssystemen und minimalinvasiven OP-Techniken, ist die Angst vor der Operation am Rücken ein den Therapieverlauf häufig negativ beeinflussender Faktor. Zum einen beängstigt die gestellte Diagnose zum anderen aber auch die Frage „Was kommt nach der Operation auf mich zu?“.

Um dieser Angst zu begegnen finden Sie hier Informationen zu den häufigsten Beschwerdebildern in der Wirbelsäulenchirurgie, zu deren Nachbehandlung und allgemeine Tipps für rückschonendes Verhalten.

Das Ausmaß der am St. Marien- und St. Anastiftskrankenhaus in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie durchgeführten Eingriffe umfasst das gesamte Spektrum der modernen Wirbelsäulenchirurgie, wobei ein Schwerpunkt auf die minimalinvasive Chirurgie gelegt wird. Ziel ist eine schnelle Mobilisierung nach dem Eingriff. Aus diesem Grund arbeiten wir auch eng mit dem Team der Physiotherapie zusammen.

Diese Broschüre soll Ihnen helfen, die Zeit nach der Operation besonders im Hinblick auf eine zügige Rückkehr in Ihren Alltag, das häusliche Umfeld, den Sport und Ihren Arbeitsplatz besser zu planen.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Haus sowie für Ihre Operation und die Nachsorge einen guten Verlauf.

Dr. med. Michael Breitenfelder

Oberarzt der Orthopädischen und Unfallchirurgischen Klinik

Dieter Vogel

Leiter Physikalische Therapie

Inhalt

Merkblatt

- 5 | Für Patienten nach Entfernung eines Bandscheibenvorfalles aus dem Spinalkanal
- 6 | Für Patienten mit dem Syndrom des engen Spinalkanals (Claudicatio spinalis/Spinalkanalstenose)
- 7 | Für Patienten mit Sacroiliacalgelenksyndrom
- 9 | Für Patienten mit osteoporotischem Wirbelkörperbruch

Konservative Orthopädie

- 10 | Eine Operation ist nicht nötig

Nachbehandlung

- 12 | Lumbale Dekompression
- 14 | Lumbale Instrumentierung und Fusion
- 16 | Versteifung des Kreuz-Darmbeingelenkes/Distraktions-Interferenzarthrodese (DIANA)
- 18 | Osteoporotische Wirbelfraktur – Kypho-/Vertebroplastie

Tipps

- 20 | Rückenschonendes Verhalten
- 21 | Nachsorge
- 22 | Rapid Recovery

Über uns

- 23 | Kontakt | Anfahrt



Merkblätter

Informationen geben Sicherheit und fördern den Heilungsverlauf

Patienten nach Entfernung eines Bandscheibenvorfalls aus dem Spinalkanal

Ihre Beschwerden sind auf einen Bandscheibenvorfall zurückzuführen. Hierbei verliert die Pufferscheibe (Bandscheibe) zwischen unseren Wirbelkörpern, am ehesten verschleißbedingt, ihre Stabilität und reißt ein. Damit verbunden ist der Austritt des Bandscheibenkerns in den Rückenmarkskanal. Nicht jeder Bandscheibenvorfall verursacht allerdings Beschwerden (etwa nur 20% aller Bandscheibenvorfälle).

Zu Schmerzen, Taubheit und Lähmungen kann es kommen, wenn das vorgefallene Gewebe die Blutzufuhr zum entsprechenden Rückenmarksnerven unterbindet. In der Regel lassen sich die Beschwerden mit konservativen Therapiemaßnahmen wie Schmerzmedikamente, Einspritzungen (PDA) und Physiotherapie gut kontrollieren. Nur in wenigen Fällen muss bei Versagen dieser Maßnahmen eine Operation überlegt werden.

Eine Operation kann meist mikrochirurgisch mit Hilfe eines Mikroskops oder eines Endoskops (bekannt als Schlüssellochchirurgie) durchgeführt werden. Die Narbe ist dabei zwischen 0,7 cm (Endoskop) und 2 cm (Mikroskop) lang, die Dauer des Eingriffs liegt meist unter einer Stunde.

Ziel der Operation ist es, dass in den Rückenmarkskanal vorgefallene Bandscheibengewebe zu entfernen und somit die Durchblutung für die beeinträchtigten Nerven zu verbessern. Bitte beachten Sie, dass eine solche Operation Sie nicht vor dem weiteren Verschleißprozess der Bandscheiben schützt. Auch wird nicht die gesamte Bandscheibe entfernt (denn auch eine defekte Bandscheibe hat immer noch Pufferfunktion), sondern nur das im Rückenmarkskanal einliegende Gewebe. Ein nochmaliger Vorfall von Gewebe aus dem Bandscheibenkern an dieser Stelle ist somit denkbar und möglich. Das Risiko für einen solchen Rezidivvorfall liegt unabhängig vom Verhalten nach einem solchen Eingriff bei etwa 15%.

Häufig sind trotz erfolgreicher Operation in Abhängigkeit der Probleme vor der Operation noch Restbeschwerden zu beobachten. Schmerzen, Taubheit und Lähmungen verschwinden nicht unbedingt sofort nach dem Eingriff, da sich der befreite Nerv zunächst von der Durchblutungsstörung erholen muss. Das braucht Zeit.



Die Bandscheibe gleicht einem „Berliner“. Ein wasserhaltiger Pufferkern (Marmelade) ist dabei umgeben von Knorpelgewebe (Kuchenteig). Bei einem Vorfall tritt die „Marmelade“ durch den „Teig“ nach außen und beeinträchtigt unter anderem die Durchblutung der Rückenmarksnerven.

Patienten mit dem Syndrom des engen Spinalkanals (Claudicatio spinalis/Spinalkanalstenose)

Ihre Beschwerden sind auf das Syndrom des engen Spinalkanals der Spinalkanalstenose zurückzuführen.

Es handelt sich hierbei um einen fortgeschrittenen Verschleißprozeß der Wirbelsäule, der in einem altersbedingten Höhenverlust der Pufferscheiben (Bandscheiben) seinen Ausgang nimmt. Durch den Verlust der Pufferung nutzen sich die Wirbelkörper gegeneinander ab und beginnen, sich gegeneinander zu verschieben. Die Wirbelsäule wird somit stellenweise instabil. Das kann die mit diesem Beschwerdebild auftretenden Kreuzschmerzen erklären. Durch knöcherner Verschleißgrade und überschießendes Bindegewebe wird der Rückenmarkskanal zunehmend enger und die Durchblutung der Nervenabgänge gestört. Langes Gehen in aufrechter Körperhaltung ist dann nicht mehr möglich, da nach wenigen Schritten die Kraft fehlt. Dieses Phänomen wird ähnlich wie bei der arteriellen Verschlusskrankheit auch „Schaufensterguckerkrankheit“ genannt (Claudicatio spinalis). Die Durchblutung bessert sich beim Beugen, so dass Fahrradfahren oder auch Schieben eines Einkaufswagens besser möglich sind als der aufrechte Gang.

Wenn die konservativen Maßnahmen nicht mehr greifen und die Beschwerden den Alltag stark beeinträchtigen, kann eine Operation helfen, aber die Ursache der Spinalkanalstenose, nämlich den Verschleiß, nicht rückgängig machen.

Wie an der Engstelle einer Sanduhr wird der Informationsfluss der Rückenmarksnerven an der Einengung durch eine Durchblutungsstörung verlangsamt und es „ermüden“ die Beine.



Sie kann aber helfen, die Beschwerden kontrollierbar zu machen, den Rückenschmerz lindern und die Gehstrecke auf ein akzeptables Maß verbessern.

Den Zeitpunkt der Operation bestimmen Sie in Absprache mit Ihrem Arzt. Aus zahlreichen Untersuchungen wissen wir, dass der Erfolg des Eingriffes stark vom Zeitpunkt der Operation abhängt. Ein gutes Ergebnis können Sie eher erwarten, wenn Sie noch nicht allzu lange von den Beschwerden geplagt werden.

Ziel der Operation bei Spinalkanalstenose ist es, dem eingegengten Rückenmarkskanal wieder Platz zu geben, um die Durchblutung zu verbessern. Hierzu wird in Vollnarkose und Bauchlage der hintere knöcherner Anteil des Wirbelkanals (Wirbelbogen) entweder teilweise oder komplett auf Höhe der Einengung entfernt. Manchmal müssen auch die hier befindlichen Zwischenwirbelgelenke (Facettengelenke) entfernt werden. Der sich hieraus ergebenden Instabilisierung der entsprechenden Segmente wird mit einer Fusionierung der Wirbelkörper durch eine Verschraubung („dorsale Instrumentierung“) oder einem Bandscheibenersatz („intercorporelle Fusion“) begegnet. Bei einer Engstelle beträgt die Dauer der Operation etwa zwei Stunden, der Blutverlust liegt unter 0,5 Liter.

Um die Schmerzen nach der Operation zu kontrollieren, wird ein Schmerzkatheter eingelegt. Hierdurch ist Aufstehen und Gehen unmittelbar nach dem Eingriff möglich. Der Krankenhausaufenthalt beläuft sich meist auf eine Woche. Je nach Ausmaß der Einengung brauchen die Nerven einige Zeit, um sich zu erholen, so dass eine Verbesserung nicht unbedingt in den ersten Tagen nach der OP beobachtet werden muss. In seltenen Fällen kann die Besserung auch erst nach 6-12 Monaten eintreten. Eine Anschlussrehabilitation ist zunächst meist nicht erforderlich.

Patienten mit Sacroiliacalgelenksyndrom

Schmerzhafte Störungen im Kreuzdarmbein- oder auch Iliosacralgelenk werden als Sacroiliacalgelenksyndrom (SIG-Syndrom) bezeichnet. Hierunter fällt auch der Begriff des „Hexenschuss“, der beginnende Funktionsstörungen dieses großen Gelenkes, welches sich im Bereich des Gesäßes befindet, beschreibt. Hierbei spielen Bewegungsstörungen im Sinne von Blockierungen eine wichtige Rolle.

Die eindeutige Diagnose eines SIG-Syndroms kann nur in Zusammenschau vieler einzelner Untersuchungen gestellt werden und stellt gelegentlich einen zeitintensiven Prozess dar.

Die Iliosacralgelenke sind tragende Gelenke, die sich zwischen den Hüftgelenken und der Wirbelsäule befinden. Es handelt sich um echte Gelenke, die demselben Verschleiß ausgesetzt sein können wie andere Gelenke. Obwohl hier nur ein geringer Bewegungsumfang beobachtet werden kann (maximal 3°), spielen die Kreuzdarmbeingelenke durch die Feinabstimmung des aufrechten Ganges eine wichtige Rolle bei fast jeder körperlichen Aktivität. Eine Störung der Bewegungsfähigkeit wird als Blockierung bezeichnet und kann durch eine Dysbalance der stützenden Bänder und Muskeln zu Schmerzen führen.

Das Iliosacralgelenk ist bereits seit vielen Jahren als Verursacher starker Schmerzen mit erheblicher Beeinträchtigung der Lebensqualität bekannt. Der Schmerzcharakter ist dabei vergleichbar mit anderen Schmerzen, die im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule entstehen und lässt sich häufig nur schwer von anderen Ursachen abgrenzen. Bis zu 25% der tief sitzenden Rückenschmerzen entspringen diesem Bereich.

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Medikamente

Schmerzmittel (Analgetika) können zur Reduktion der Beschwerden und zur Symptomkontrolle beitragen.

Manuelle Therapie/Chirotherapie/Osteopathie

Durch bestimmte Grifftechniken (Mobilisationen und Manipulationen) können Verhakungen (Blockierungen) des Gelenks gelöst werden.

Infiltrationen

Durch ein Betäubungsmittel, welches unmittelbar in das betroffene Gelenk gespritzt wird, kann der Schmerz kontrolliert werden. Die Wirksamkeit ist jedoch nicht von langer Dauer.

Denervierung

Ein Teil der den Schmerz weiterleitenden Nerven kann zum Beispiel durch hohe Temperaturen verödet werden. Hierdurch wird die Schmerzweiterleitung unterbunden und eine Symptomkontrolle ist bis zu drei Jahren möglich.

DIANA-OP-Verfahren

Wenn diese Therapien ausgereizt sind und eine Symptomkontrolle mit diesen Mitteln nur noch über sehr kurze Zeit oder überhaupt nicht mehr eintritt und die Diagnose eines SIG-Syndroms eindeutig gesichert ist, besteht die Möglichkeit einer Versteifung des Gelenkes. Diese Art der früher sehr komplikationsträchtigen und deshalb nur selten durchgeführten Operation hat in den letzten Jahren eine weniger-invasive Neuerung erfahren: das DIANA-OP-Verfahren.

Hier wird über einen kleinen Hautschnitt (3-5 cm) mit einem Spezialinstrument ein Implantat eingesetzt, das den Bandapparat und die Gelenkflächen durch kontrolliertes Aufspreizen dem normalen, nicht blockierten Zustand wieder annähert. Damit dieser Zustand auf Dauer gehalten werden kann, werden Knochenzellen oder Knochenersatzmaterial angelagert, welche für die dauerhafte Ruhigstellung des Gelenkes sorgen sollen.

DIANA steht für

D – Distraction

Hiermit ist das Aufspreizen des Gelenkes gemeint.

I – Interferenz

Bezeichnet das Einbringen eines Implantats in den Gelenkspalt.

A – Arthrodese

Meint die Versteifung eines Gelenkes.

N – Neurovascular

In der Nähe des Gelenkes liegen wichtige Gefäß-Nervenstraßen.

A – Anticipating

Gefäße und Nerven werden über diese Art der Operation nicht in Gefahr gebracht.

Die Verlaufsbeobachtung der letzten Jahre zeigt eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität und in den meisten Fällen eine Abnahme der Schmerzen. Eine durch die OP bedingte Verschlechterung des Befindens wurde bislang bei diesem gewebe- und muskelschonenden Verfahren nicht beobachtet.



Durch Versteifen des Gelenkes mit dem DIANA-OP-Verfahren ergibt sich eine deutliche Verbesserung für die Patienten.

Patienten mit osteoporotischem Wirbelkörperbruch

Ursache für die Rückenschmerzen ist in diesem Fall ein Wirbelkörperbruch, das bedeutet, dass ein gewichtstragender Anteil Ihrer Wirbelsäule eingebrochen und die nötige Stabilität verloren gegangen ist. In der Folge kann es zu einer zunehmenden Buckelbildung kommen. Zu Grunde liegt die Osteoporose, die altersabhängige Erweichung des Knochens, die vor allem Frauen nach den Wechseljahren aber auch Männer in hohem Lebensalter betrifft. Wenn der Knochen durch die Osteoporose geschwächt wird reichen „Bagatellverletzungen“ (zum Beispiel ein Hustenanfall oder ein unkontrolliertes Bücken), um einen Wirbelkörper einbrechen zu lassen. Dabei kann das Ausmaß des Einbruchs sehr unterschiedlich sein. In einigen wenigen Fällen kann es sogar durch den zerbrochenen Wirbelkörper zu einer Verlegung des Rückenmarkkanals mit Gefahr der Lähmung kommen. Viel häufiger jedoch verursachen osteoporotische Wirbelkörperbrüche starke Rückenschmerzen und führen gelegentlich zur Bildung des „Witwenbuckels“. Betroffene merken dies an einer Abnahme der Körpergröße. In der Folge kommt es zur Änderung des Körperschwerpunktes und die Sturzgefahr steigt. Diese erhöhte Sturzneigung bedeutet wiederum die Gefahr sich weitere operationsbedürftige Knochenbrüche zuzuziehen.

Bei der Behandlung dieser Wirbelkörperbrüche ist es wichtig, die Schmerzen in den Griff zu bekommen und der Sturzneigung zu begegnen, indem die Wirbelsäule wieder aufgerichtet wird. Dies kann zum Beispiel über das Tragen eines 3-Punkte-Korsetts erfolgen, welches den osteoporotisch veränderten Rücken in eine aufrechte Haltung drückt (das Tragen eines solchen Korsetts erfordert Disziplin). Die Schmerzen können in der Regel gut durch Schmerzmedikamente kontrolliert werden.

In den Fällen, bei denen die Schmerzen trotz starker Medikamente nicht beherrschbar erscheinen oder eine frisch aufgetretene Buckelbildung zu beobachten ist, kann auch eine Operation hilfreich sein. Hierbei richtet sich das Ausmaß des Eingriffs nach dem Schweregrad des Wirbelkörperbruchs. In den meisten Fällen kann schon eine kleine minimalinvasive Operation eine große Hilfe sein. Im Rahmen solch einer minimalinvasiven Wirbelkörperbruch-Operation, genannt Kypho- oder Vertebroplastie, wird der gebrochene Wirbelkörper von innen mit Knochenzement ausgespritzt und dadurch wieder aufgerichtet. Bei frischen Brüchen lässt der Schmerz häufig unmittelbar nach der Operation nach. Die Operation kann sowohl in Vollnarkose als auch lokaler Betäubung durchgeführt werden und dauert häufig nicht länger als 30 Minuten. Der stationäre Aufenthalt nach der Operation kann kurz gehalten werden, so dass Sie bereits nach wenigen Tagen wieder entlassen werden können.

Diese Operation schützt allerdings nicht vor der zukünftig möglichen Erweichung des Knochens, der Osteoporose. Hier ist begleitend eine spezielle medikamentöse Therapie, deren wichtigster Bestandteil die regelmäßige Einnahme von Vitamin D darstellt, sinnvoll. Ein weiterer Schutz gegen die Osteoporose ist Bewegung und moderates Krafttraining bis ins hohe Alter.



Gebrochener Wirbelkörper vor der OP



Derselbe Wirbelkörper nach der OP mit Zement ausgespritzt

Konservative Orthopädie

Eine Operation ist nicht nötig. Wie geht's jetzt weiter?

Immobilisierende Rückenschmerzen haben bei Ihnen zu einer stationären Aufnahme geführt. Durch Maßnahmen der konservativen Orthopädie (Physiotherapie, physikalische Therapie, Schmerzmedikamente, Einspritzungen, Hilfsmittelversorgung, schmerzpsychologische Gespräche, etc.) haben sich Ihre Beschwerden gut kontrollieren lassen. Doch wie geht es weiter?

Die Ursachen für Rücken- und Beinschmerzen sind zahlreich. Auch ohne Operation ist nach dem Krankenhausaufenthalt eine Fortsetzung der begonnenen therapeutischen Maßnahmen sinnvoll.

Im ärztlichen Abschlussgespräch können diesbezügliche Fragen geklärt werden. Sie erhalten einen Entlassbrief, der sowohl die Arbeitsdiagnose als auch die eingeleiteten medizinischen Maßnahmen aufführt. In diesem Bericht sind die erhaltenen Schmerzmedikamente und deren Dosis für die Weiterverordnung dokumentiert. Auch finden Sie hier wichtige Hinweise für die Weiterbehandlung durch Ihren niedergelassenen Orthopäden.

Nach der Entlassung sollten Sie in den Folgetagen eine kurzfristige Vorstellung bei Ihrem Orthopäden veranlassen. Dieser übernimmt gegebenenfalls die Fortsetzung der Krankmeldung, verschreibt die nötigen Schmerzmedikamente und erforderliche Physiotherapie.

In einigen Fällen kann eine Anschlussrehabilitation sinnvoll sein. Gerne kooperieren wir in diesen Fällen mit dem ZAR Ludwigshafen, welches sich auf dem Gelände des St. Marienkrankenhauses befindet. Die Anmeldung hierfür erfolgt über die Mitarbeiterinnen unseres Krankenhaussozialdienstes. Der Beginn der Maßnahme erfolgt nach Kostenzusage der Versicherung oder Rentenkasse entweder direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt oder nach vorheriger Entlassung in Ihr häusliches Umfeld. Sind Sie allein lebend oder sollten Sie Hilfsmittel oder personelle Unterstützung für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt benötigen, wird dies gerne auch durch unseren Krankenhaussozialdienst unterstützt. Bitte sprechen Sie Ihren Stationsarzt diesbezüglich rechtzeitig darauf an.

Sollten Sie eine Beschwerdeverstärkung erfahren und die konservativen Maßnahmen nicht weiter erfolgreich sein, ist gegebenenfalls doch eine Operation zu überlegen. Diesbezüglich bieten wir Ihnen unsere Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie an. Die Terminvereinbarung erfolgt dabei mit Überweisung von Ihrem Orthopäden über unser Patientenaufnahmezentrum (PAZ).



Nachbehandlung

Nachbehandlung lumbale Dekompression

- Entfernung eines Bandscheibenvorfalls aus dem Spinalkanal (Nukleo-/Sequestrotomie)
- Lumbale Dekompression (knöchern wie weichteilig)
- Lumbale Dekompression und Implantation eines interspinösen Spreizers (IPD)

Mobilisierung

Wenn es von den Schmerzen her geht, dürfen Sie gegebenenfalls schon am OP-Tag mit Begleitperson aufstehen. Hierbei sind die Regeln der „Rückenschule“ zu beachten, die Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Physiotherapie erklären.

Jede Bewegung, die ohne größere Schmerzen möglich ist, beeinträchtigt nicht den Heilungsverlauf. Vermeiden Sie jedoch in den ersten Tagen Überanstrengungen.

Aktivitäten

Liegen

Soweit es der Operationsschmerz zulässt dürfen Sie nach der Operation so liegen, wie Sie möchten.

Sitzen

Sitzen ist bereits unmittelbar nach der Operation ohne größere Einschränkungen – auch für längere Zeit – möglich.

Gehen

Beschwerdeabhängig ist in der ersten Woche nach der Operation das Gehen 3-4 mal am Tag für etwa 30 Minuten ohne Probleme möglich. In der zweiten Woche kann das Ausmaß der Gangzeit vorsichtig bis auf das übliche Maß gesteigert werden.

Ein gleichmäßiger Wechsel zwischen Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen ist dabei sinnvoll.

Alltag

Körperpflege

Wenn die Wundverhältnisse es zulassen, können Sie etwa ab dem 3. Tag nach der Operation wieder Wasser an die Wunde kommen lassen, wobei Duschen besser ist als Baden.

Heben und Tragen

Prinzipiell spricht in der ersten Woche nach der OP nichts gegen das Heben und Tragen von Lasten: Frauen bis 10 kg und Männer bis 20 kg. Hierbei sollten unbedingt die Regeln der „Rückenschule“ beachtet werden. Beschwerdeabhängig ist eine Steigerung ab der zweiten Woche postoperativ möglich.

Arbeit und Sport

Die Wiederaufnahme der Arbeit und leichte sportliche Betätigung ist beschwerdeabhängig 2-3 Wochen nach der Operation möglich und sinnvoll. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sexualität

Grundsätzlich gilt: wer seinen Rücken schonen muss, sollte eher den passiven Part wählen. Was Ihnen gut tut und keine Schmerzen verursacht, das dürfen Sie tun.

Autofahren

Wenn kein Ausfall muskulärer Funktionen besteht, können Sie bereits 2-3 Wochen nach der Operation selber wieder Autofahren. Bitte bedenken Sie, dass Sie bei motorischen Beeinträchtigungen im Zweifelsfall den Zeitpunkt der Fahrtüchtigkeit mit uns oder den Kollegen in der Rehaaufnahme besprechen.

Entlassung

In der Regel erfolgt die Entlassung nach der Operation in Abhängigkeit von Operationsschmerzen und Wundverhältnissen etwa nach einer Woche.

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung übernimmt in der Regel Ihr Hausarzt oder Orthopäde. Bei besonderen Problemen ist eine Wiedervorstellung bei uns jederzeit möglich.

Fäden

Die Fäden können 14 Tage nach dem Eingriff von Ihrem Hausarzt oder Orthopäden entfernt werden.

Medikamente

In Abhängigkeit der Beschwerden können Sie die Schmerzmedikamente nach Rücksprache mit Ihrem Hausarzt oder Orthopäden langsam reduzieren.

Sollten sie ausreichend beweglich sein, können Sie etwa zwei Wochen nach der Operation auf die Thromboseprophylaxe verzichten.

Hilfsmittel

Sollten Sie zur Bewältigung Ihres häuslichen Alltags nach der Operation auf spezielle Hilfsmittel (Rollator, Pflegebett, etc.) angewiesen sein, wird sich unser Krankenhaussozialdienst gerne mit Ihnen in Verbindung setzen.

Rehabilitationsmaßnahmen/Physiotherapie

Sollten Sie vor der Operation für eine längere Zeit einen Kraftverlust oder eine Gefühlsstörung im entsprechenden Bein aufweisen, kann nach der Operation eine Anschlussheilbehandlung oder intensiviertere Physiotherapie gerechtfertigt sein. Dies ist eine Einzelfallentscheidung bei der wir Ihnen gerne helfen.

Die Wirbelsäule

Die Wirbelsäule ist unser zentrales Stützorgan. In ihrem Inneren befindet sich geschützt das Rückenmark. Durch ihre spezielle Krümmung wirkt sie federnd und dämpft Erschütterungen, wie sie beim Gehen auftreten. Somit wird auch unser Gehirn vor Erschütterungen geschützt.

Beschwerden rund um die Wirbelsäule

Rücken- und Nackenschmerz und damit verbundener Arm- und Beinschmerz haben verschiedenste Ursachen. Allein an der Wirbelsäule können rund 200 Stellen ausgemacht werden, an denen Schmerzen entstehen können (Bandscheiben, kleine Wirbelgelenke, Rückenmuskulatur, Nervenwurzeln, Bänder der Wirbelsäule, etc.). Bei der Behandlung von Rücken- und Nackenschmerzen ist deshalb eine genaue Diagnose sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedenster Therapeuten wichtig.

Nachbehandlung lumbale Instrumentierung und Fusion

- Alleinige dorsale Instrumentierung/dorsale Spodylodese
- PLIF – posteriore lumbale interkorporelle Fusion/dorsoventrale Spodylodese
- TLIF – transforaminale lumbale interkorporelle Fusion/dorsoventrale Spodylodese
- XLIF – extrem laterale lumbale interkorporelle Fusion/dorsoventrale Spodylodese
- ALIF – anteriore lumbale interkorporelle Fusion/Dorsoventrale Spodylodese

Mobilisierung

Die Benutzung des Bettgalgens ist nicht gestattet.

Wenn es von den Schmerzen her geht, dürfen Sie bereits am ersten Tag nach der Operation mit Begleitperson aufstehen. Hierbei sind die Regeln der „Rückenschule“ zu beachten, die Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Physiotherapie erklären.

Jede Bewegung, die ohne größere Schmerzen möglich ist, dürfen Sie ohne Angst den Heilungsverlauf zu beeinträchtigen tätigen. Vermeiden Sie jedoch in den ersten 3 Monaten Überanstrengungen und Extrembewegungen.

Häufig ist unmittelbar nach erster Mobilisierung in den Folgetagen eine Schmerzhaftigkeit im Bereich des Gesäßes zu beobachten. Dies ist in der Regel auf die Anpassung der hier liegenden Gelenke an die neue mechanische Situation zu verstehen und in den meisten Fällen ohne weitere therapeutische Konsequenz.

Aktivitäten

Liegen

Soweit es der Operationsschmerz zulässt, dürfen Sie nach der Operation so liegen, wie Sie möchten.

Sitzen

Sitzen ist bereits unmittelbar nach der Operation ohne größere Einschränkungen – auch für längere Zeit – möglich. Achten Sie bei der Nahrungsaufnahme auf eine aufrechte Haltung des Oberkörpers.

Gehen

Beschwerdeabhängig ist in der ersten Woche nach der Operation das Gehen 3-4 mal am Tag für etwa 30 Minuten ohne Probleme möglich. In der zweiten Woche kann das Ausmaß der Gangzeit vorsichtig bis auf das übliche Maß gesteigert werden.

Ein gleichmäßiger Wechsel zwischen Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen ist dabei sinnvoll.

Alltag

Körperpflege

Wenn die Wundverhältnisse es zulassen, können Sie in den meisten Fällen etwa ab dem 3. Tag nach der Operation wieder Wasser an die Wunde kommen lassen, wobei Duschen besser ist als Baden.

Toilette

Bitte beachten Sie, dass es in den ersten Tagen nach der Operation aufgrund der Schmerzmedikamente und geringer Bewegung zu Verstopfung kommen kann. Hier kann zunehmende Bewegung hilfreich sein (s.o.).

Heben und Tragen

Das Tragen und Heben schwerer Lasten ist für 6 Wochen nicht gestattet (max. 5 kg körpernah).

Bürotätigkeit/Bildschirmarbeitsplatz

Die Wiederaufnahme der Arbeit ist in der Regel bereits ab der dritten Woche nach der Operation stundenweise möglich und sinnvoll.

Körperliche Arbeit/Außendienst

Die Wiederaufnahme der Arbeit ist in der Regel 12 Wochen nach der Operation möglich und sinnvoll. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sport

Fitness und Kraftsport sowie Kontakt- und Ballsportarten sind in der Regel 12 Wochen postoperativ wieder möglich und sinnvoll. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sexualität

Grundsätzlich gilt: wer seinen Rücken schonen muss, sollte eher den passiven Part wählen. Was Ihnen gut tut und keine Schmerzen verursacht, das dürfen Sie tun.

Autofahren

Wenn kein Ausfall muskulärer Funktionen besteht, können Sie bereits 2-3 Wochen nach der Operation selber wieder Autofahren. Bitte bedenken Sie, dass Sie bei motorischen Beeinträchtigungen im Zweifelsfall den Zeitpunkt der Fahrtüchtigkeit mit uns oder den Kollegen in der RehaMaßnahme besprechen sollten.

Entlassung

In der Regel erfolgt die Entlassung nach der Operation in Abhängigkeit von den Operationsschmerzen und Wundverhältnissen etwa 7-10 Tage nach der Operation.

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung übernimmt in der Regel Ihr Hausarzt oder Orthopäde. Bei besonderen Problemen ist eine Wiedervorstellung bei uns jederzeit möglich.

Fäden

Die Fäden können 14 Tage nach dem Eingriff von Ihrem Hausarzt oder Orthopäden entfernt werden.

Medikamente

In Abhängigkeit der Beschwerden können Sie die Schmerzmedikamente und nach Rücksprache mit Ihrem Hausarzt oder Orthopäden langsam reduzieren. Sollten sie ausreichend beweglich sein, können Sie etwa zwei Wochen nach der Operation auf die Thromboseprophylaxe verzichten.

Hilfsmittel

Sollten Sie nach der Operation zur Bewältigung Ihres häuslichen Alltags auf spezielle Hilfsmittel (Rollator, Pflegebett, etc.) angewiesen sein, wird sich unser Krankenhaussozialdienst gerne mit Ihnen in Verbindung setzen.

Rehabilitationsmaßnahme/Physiotherapie

Sollten Sie vor der Operation für eine längere Zeit einen Kraftverlust oder eine Gefühlsstörung im entsprechenden Bein aufweisen, kann gegebenenfalls eine Anschlussheilbehandlung oder intensiviertere Physiotherapie gerechtfertigt sein. Dies ist jedoch eine Einzelfallentscheidung bei der wir Ihnen gerne weiter helfen. Prinzipiell ist eine Rehabilitationsbehandlung erst nach Ausbildung der Muskelnarbe, also frühestens 6 Wochen nach der Operation, sinnvoll.

Nachbehandlung Versteifung des Kreuz-Darmbein- gelenkes/Distraktions-Interferenzarthrodese (DIANA)

Das DIANA-Verfahren ist seit 2010 auch in Deutschland in der klinischen Anwendung. Aufgrund der noch fehlenden Langzeiterfahrungen sind die folgenden Verhaltensregeln Vorsichtsmaßnahmen, die Sie bitte beachten sollten.

Mobilisierung

Je nach Schmerzen dürfen Sie bereits am ersten Tag nach der Operation mit Begleitperson aufstehen.

Jede Bewegung, die ohne größere Schmerzen möglich ist, dürfen Sie ohne den Heilungsverlauf zu beeinträchtigen tätigen. Vermeiden Sie jedoch in den ersten 3 Monaten Überanstrengungen und Extrembewegungen.

Zur Entlastung des operierten Gelenkes ist das Gehen an Unterarmgehstützen für 6 Wochen erforderlich.

Aktivitäten

Liegen

Soweit es der Operationsschmerz zulässt dürfen Sie nach der Operation so liegen, wie Sie möchten.

Sitzen

Sitzen ist bereits unmittelbar nach der Operation ohne größere Einschränkungen – auch für längere Zeit – möglich.

Gehen

Zur Entlastung des operierten Gelenkes ist das Gehen an Unterarmgehstützen für 6 Wochen erforderlich.

Beschwerdeabhängig ist in der ersten Woche nach der Operation das Gehen 3-4 mal am Tag für etwa 30 Minuten ohne Probleme möglich. In der zweiten Woche kann das Ausmaß der Gangzeit vorsichtig bis auf das übliche Maß gesteigert werden.

Ein gleichmäßiger Wechsel zwischen Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen ist dabei sinnvoll.

Alltag

Körperpflege

Wenn die Wundverhältnisse es zulassen, können Sie in den meisten Fällen etwa ab dem 3. Tag nach der Operation wieder Wasser an die Wunde kommen lassen, wobei Duschen besser ist als Baden.

Heben und Tragen

Das Tragen und Heben schwerer Lasten ist für 6 Wochen nicht gestattet (maximal 5 kg körpernah).

Bürotätigkeit/Bildschirmarbeitsplatz

Wiederaufnahme der Arbeit ist in der Regel bereits ab der dritten Woche postoperativ stundenweise möglich und sinnvoll.

Körperliche Arbeit/Außendienst

Wiederaufnahme der Arbeit ist in der Regel 12 Wochen postoperativ möglich und sinnvoll. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sport

Fitness und Kraftsport sowie Kontakt- und Ballsportarten sind in der Regel 12 Wochen postoperativ wieder möglich und sinnvoll. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sexualität

Grundsätzlich gilt: wer seinen Rücken schonen muss, sollte eher den passiven Part wählen. Was Ihnen gut tut und keine Schmerzen verursacht, das dürfen Sie tun.

Autofahren

Wenn kein Ausfall muskulärer Funktionen besteht, können Sie bereits 2-3 Wochen nach der Operation selber wieder Autofahren. Bitte bedenken Sie, dass Sie bei motorischen Beeinträchtigungen im Zweifelsfall den Zeitpunkt der Fahrtüchtigkeit mit uns oder den Kollegen in der Rehaabnahme besprechen sollten.

Entlassung

In der Regel erfolgt die Entlassung nach der Operation in Abhängigkeit von Operationsschmerzen und Wundverhältnissen etwa 5-7 Tage nach der Operation.

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung übernimmt in der Regel Ihr Hausarzt oder Orthopäde. Bei besonderen Problemen ist eine Wiedervorstellung bei uns jederzeit möglich.

Fäden

Die Fäden können 14 Tage nach dem Eingriff von Ihrem Hausarzt oder Orthopäden entfernt werden.

Medikamente

Beschwerdeabhängig können Sie die Schmerzmedikamente nach Rücksprache mit Ihrem Hausarzt oder Orthopäden langsam reduzieren.

Sollten sie ausreichend beweglich sein, können Sie etwa zwei Wochen nach der Operation auf die Thromboseprophylaxe verzichten.

Hilfsmittel

Sollten Sie zur Bewältigung Ihres häuslichen Alltags nach der Operation auf spezielle Hilfsmittel (Rollator, Pflegebett, etc.) angewiesen sein, wird sich unser Krankenhaussozialdienst gerne mit Ihnen in Verbindung setzen.

Rehabilitationsmaßnahme/Physiotherapie

Die Verknöcherung des operierten Gelenkes steht zunächst im Vordergrund, so dass eine Rehabilitationsmaßnahme in den ersten 12 Wochen postoperativ zunächst nicht sinnvoll ist. Ob dann noch eine Rehabilitationsmaßnahme erforderlich ist, bleibt eine Einzelfallentscheidung.

Wirbelsäulenchirurgie auf hohem Niveau

In unserer Wirbelsäulenchirurgie hospitieren gerne junge Mediziner, da wir zu den wenigen Krankenhäusern in Deutschland gehören, in dem viele moderne Verfahren der Wirbelsäulenchirurgie von Beginn an mit getragen, angewandt und weiter entwickelt wurden und somit eine lange Erfahrung besteht. Hierzu gehören neben dem DIANA-Verfahren unter anderem auch die perkutane Zementaugmentation von Pedikelschrauben, die perkutane Frakturbehandlung an der Wirbelsäule und perkutane Instrumentierung und Corpektomie.

Nachbehandlung Osteoporotische Wirbelfraktur – Kypho-/Vertebroplastie

Mobilisierung

Je nach Schmerzen dürfen Sie bereits am ersten Tag nach der Operation mit Begleitperson aufstehen. Hierbei sind die Regeln der „Rückenschule“ zu beachten, die Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Physiotherapie erklären.

Jede Bewegung, die ohne größere Schmerzen möglich ist, dürfen Sie ohne den Heilungsverlauf zu beeinträchtigen tätigen.

Bewegung ist ein wichtiger Schutz gegen die Zunahme der Osteoporose!

Aktivitäten

Liegen

Soweit es der Operationsschmerz zulässt dürfen Sie nach der Operation so liegen, wie Sie möchten.

Sitzen

Sitzen ist bereits unmittelbar nach der Operation ohne größere Einschränkungen – auch für längere Zeit – möglich. Achten Sie bei der Nahrungsaufnahme auf eine aufrechte Haltung des Oberkörpers.

Gehen

Beschwerdeabhängig ist bereits unmittelbar postoperativ Gehen sinnvoll und ohne Beeinträchtigung möglich.

Ein gleichmäßiger Wechsel zwischen Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen ist dabei sinnvoll.

Alltag

Körperpflege

Wenn die Wundverhältnisse es zulassen, können Sie in den meisten Fällen etwa ab dem 3. Tag nach der Operation wieder Wasser an die Wunde kommen lassen, wobei Duschen besser ist als Baden.

Toilette

Bitte beachten Sie, dass es in den ersten Tagen nach der Operation aufgrund der Schmerzmedikamente und geringer Bewegung zu Verstopfung kommen kann. Hier kann zunehmende Bewegung hilfreich sein.

Heben und Tragen

Das Tragen und Heben schwerer Lasten sollten Sie aufgrund der Osteoporose generell unterlassen. Kleinere Gewichte (< 5kg) sind körpernah zu tragen.

Bürotätigkeit/Bildschirmarbeitsplatz

Wiederaufnahme der Arbeit ist in der Regel unmittelbar stundenweise möglich und sinnvoll.

Körperliche Arbeit/Außendienst

Wiederaufnahme der Arbeit ist in der Regel unmittelbar möglich und sinnvoll. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sport

Fitness und leichter Kraftsport sind für eine Kräftigung des osteoporotischen Knochens sinnvoll und möglich. Achten Sie jedoch darauf nicht zu stürzen. Kontakt- und Ballsportarten sind, aufgrund der erhöhten Unfallgefahr bei Osteoporose zu meiden. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Sexualität

Grundsätzlich gilt: wer seinen Rücken schonen muss, sollte eher den passiven Part wählen. Was Ihnen gut tut und keine Schmerzen verursacht, das dürfen Sie tun.

Autofahren

Wenn kein Ausfall muskulärer Funktionen besteht, können Sie bereits wenige Tage nach der Operation selber wieder Autofahren. Bitte bedenken Sie, dass bei motorischen Beeinträchtigungen den Zeitpunkt der Fahrtüchtigkeit mit uns besprechen sollten.

Entlassung

In der Regel erfolgt die Entlassung nach der Operation in Abhängigkeit von Operationsschmerzen und Wundverhältnisse etwa 3-5 Tage nach der Operation!

Nachbehandlung

Die Nachbehandlung übernimmt in der Regel Ihr Hausarzt oder Orthopäde. Hierbei sollte der Schwerpunkt auf die Therapie und Prophylaxe der Osteoporose gelegt werden. Bei besonderen Problemen ist eine Wiedervorstellung bei uns jederzeit möglich.

Fäden

Die Fäden können 14 Tage nach dem Eingriff von Ihrem Hausarzt oder Orthopäden entfernt werden.

Medikamente

Beschwerdeabhängig können Sie die Schmerzmedikamente nach Rücksprache mit Ihrem Hausarzt oder Orthopäden reduzieren.

Sollten Sie ausreichend beweglich sein, können Sie etwa zwei Wochen nach der Operation auf die Thromboseprophylaxe verzichten.

Wichtig ist die konsequente Einnahme von Calcium und Vitamin D. Darüber hinaus ist die Einnahme spezieller Osteoporose-Medikamente angezeigt.

Hilfsmittel

Sollten Sie zur Bewältigung Ihres häuslichen Alltags nach der Operation auf spezielle Hilfsmittel (Rollator, Pflegebett, etc.) angewiesen sein, wird sich unser Krankenhaussozialdienst gerne mit Ihnen in Verbindung setzen.

Rehabilitationsmaßnahme/Physiotherapie

Eine postoperative RehaMaßnahme ist nach Kypho-/Vertebroplastie in der Regel nicht erforderlich. Im Zweifel nehmen Sie bitte Rücksprache mit uns.

Osteoporose

Die Osteoporose ist eine häufige Alters-Erkrankung des Knochens, die ihn für Brüche (Frakturen) anfälliger macht. Die auch als Knochenschwund bezeichnete Krankheit ist gekennzeichnet durch eine Abnahme der Knochendichte durch den übermäßig raschen Abbau der Knochensubstanz und -struktur. Die erhöhte Frakturanfälligkeit kann das ganze Skelett betreffen. 80% aller Osteoporosen betreffen Frauen nach den Wechseljahren. Häufige Folgen der Osteoporose sind Knochenbrüche.

Zur medikamentösen Behandlung der Osteoporose stehen mittlerweile eine Vielzahl an Präparaten zur Verfügung. Durch Wirbelkörperbrüche entstandene Schmerzen können im Rahmen von minimalinvasiven Operationen (Kyphoplastie) gebessert werden.

Tipps für rückenschonendes Verhalten

Liegen / Aufstehen / Hinlegen

- Die Wirbelsäule sollte in einer neutralen, physiologischen Position liegen
- Das Kopfteil so flach wie möglich stellen
- Mittelharte Matratzen passen sich dem Körper am besten an
- Es sollte ausreichend Platz zum Drehen vorhanden sein
- Drehen „en bloc“, d.h. Schultergürtel und Becken drehen gleichzeitig, Beine anstellen
- Aufstehen und Hinlegen über die Seitlage („en bloc“)

Sitzen

- Dynamisches Sitzen: längere einseitige Sitzpositionen vermeiden
- Gewicht öfter nach vorne und hinten verlagern
- Anlehnen oder Abstützen: Gewicht abgeben
- Arbeitsumfeld beachten: Arbeitstischhöhe
- Bildschirmposition, Tastaturform- und -position, optimale Beleuchtung

Ein ergonomischer (Büro-)Stuhl/ Autositz bietet

- eine höhenverstellbare Sitzfläche
- eine höhenverstellbare, neigbare und bewegliche Rückenlehne
- eine wirbelsäulengerechte Form der Rückenlehne
- eine großflächige Abstützung des gesamten LWS-Bereiches (Lordose)
- verstellbare Arm-/Ellenbogenstützen (beim Autositz einseitig)
- eine variable Sitzflächenneigung
- eine Federung

Bei Berufstätigen werden ergonomische Bürostühle oftmals von der Krankenkasse bezuschusst.

Alternative Sitzmöglichkeiten

- Sitzball/ Pezziball
- Kniestuhl
- Hochstuhl
- Ergonomischer Bürohocker
- Ein zusätzlicher Steharbeitsplatz verkürzt die Sitzzeiten

Stehen

- Aufrechte Körperhaltung einnehmen
- Bei längerem Stehen anlehnen oder abstützen
- Arbeitshöhe und Distanz des Arbeitsobjektes beachten
- Bequemes, möglichst flaches Schuhwerk wählen

Heben und Tragen

- Stabile Ausgangsstellung
- Konzentration vor dem Hebevorgang
- Sicherer Griff
- Mäßige Beugung in LWS, Hüfte und Knie, leichte LWS-Lordose (Hohlkreuz)
- Last so gering wie möglich halten
- Ruhig und gleichmäßig heben
- Rumpf mit Last möglichst nicht drehen oder seitwärts neigen, besonders in gebeugter Position
- Gewichte möglichst körpernah
- Lasten wenn möglich auf links und rechts gleichmäßig verteilen (Rucksack)

Vermeiden Sie grundsätzlich

- Unhandliche, sperrige Lasten
- Schwierig zu greifende Lasten
- Instabile, bewegliche Lasten

Bei dauerhafter Belastung nimmt die Muskelaktivität ab, die Muskeln ermüden, dadurch werden passive Strukturen, wie Bandscheibe, Bänder, Sehnen und Knochen überbelastet. Bitte ausreichend Pausen einplanen.

Allgemeine Verhaltensregeln

- Aufrechte Haltung einnehmen
- Körper/-teile abstützen oder entlasten
- Lange einseitige Körperhaltungen vermeiden, immer wieder bewegen.
- Wechseln zwischen Sitzen, Stehen, Gehen und Liegen
- Alles im Blick haben (Sehentfernung, Blickrichtung)
- Körpernah arbeiten

Nachsorge

Ihre und unsere Aufgabe

Die richtige Nachbehandlung ist ebenso wichtig wie die Operation. Hier können Sie selbst sehr viel für sich tun. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Physikalischen Therapie kümmern sich vom ersten Tag nach der Operation darum, dass Sie schnellstmöglich wieder „auf die Beine“ kommen. Bereits am Tag nach der Operation beginnen Sie unter ihrer Anleitung mit Bewegungsübungen. Bereits kurz nach der Operation stehen Sie das erste mal wieder auf. Danach folgen weitere physiotherapeutische Maßnahmen und Übungen, um den Muskelaufbau und die Gehfähigkeit zu fördern.

Jeder unserer Patienten wird nach einem individuellen Therapiekonzept behandelt. Die Therapieeinheiten werden je nach Mobilität und Allgemeinzustand auf Station oder in unserer modern ausgestatteten Physikalischen Abteilung durchgeführt. Wichtig ist uns dabei nicht nur ein frühest möglicher Therapiebeginn, sondern die gute Zusammenarbeit zwischen Therapeuten, Ärzten und Pflegepersonal.

Achten Sie auf sich

Alle Tipps für rückschonendes Verhalten sollten Sie nicht nur in Ihrem Alltag, sondern besonders auch an Ihrem Arbeitsplatz und in Ihrer Freizeit berücksichtigen. Die gewissenhafte Durchführung der krankengymnastischen Übungen und darauf aufbauende fördernde sportliche Betätigung helfen dabei, Sie lange gesund und fit zu erhalten.

Physiotherapie

Gerne beantworten wir alle Fragen während und nach Ihrem Krankenhausaufenthalt. Natürlich können Sie uns auch gerne wegen einer ambulanten Weiterbehandlung kontaktieren.

Kontakt

Tel.: 0621-5501-2208

Montag–Freitag 7.30–20.30 Uhr

physikalische-therapie@st-marienkrankenhaus.de



Rapid Recovery

Schneller Weg nach Hause

Rapid Recovery ist ein an vielen orthopädischen Zentren etabliertes Konzept, mit dem die Liegedauer – besonders nach Endoprothesen-Operationen – deutlich verkürzt werden kann. In der Wirbelsäulenchirurgie im St. Marien- und St. Anastifts-Krankenhaus sind wir bemüht, unnötige Liegezeiten zu vermeiden und wollen Sie nach dem Wirbelsäuleneingriff bald in Ihr gewohntes häusliches Umfeld entlassen. Eine spezielle Rehabilitationsbehandlung ist in den meisten Fällen unmittelbar postoperativ nicht erforderlich.

In das Programm eingeschlossen werden Spondylodese-Patienten, die an einem oder zwei Segmenten der Lendenwirbelsäule operativ mit einer Fusion („Versteifung“) versorgt werden. Diese Gruppe entspricht etwa der Hälfte unserer primär operierten Patienten.

Weitere Kriterien müssen zusätzlich erfüllt sein

- nur kleinere Voroperationen an der Wirbelsäule
- keine erheblichen Vorerkrankungen
- ein Mindestmaß an Mobilität

Die Information über den geplanten Eingriff, sowie die zu erwartenden Beeinträchtigungen stehen im Zentrum der präoperativen Vorbereitung. Diese Broschüre soll Ihnen helfen, das Ausmaß und die Folgen der anstehenden Operation besser zu verstehen. Bitte zögern Sie nicht, sich für die operative Aufklärung als auch für die täglichen Visiten Fragen zu notieren, die wir gerne offen mit Ihnen erörtern wollen.

Die Durchführung der für Sie geplanten Operation ist im Rahmen von Rapid Recovery nur dann sinnvoll, wenn die Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt sicher ist. Bitte klären Sie bereits vor dem Eingriff, wie Ihre häusliche Versorgung nach der Operation gewährleistet sein wird. Sollten Sie allein leben oder im häuslichen Umfeld nicht ausreichend barrierefrei untergebracht sein, wird Ihnen unser Krankenhaussozialdienst bereits vor dem Eingriff in der Organisation hilfreich zur Seite stehen, so dass einer raschen und problemlosen Rückkehr nach Hause nichts im Wege steht.

Wenn dies für Sie möglich ist, reicht die Aufnahme am Morgen der Operation in nüchternem Zustand. Die für den Eingriff erforderlichen Drainagen, Zugänge und Katheter versuchen wir bereits am Abend der Operation zu entfernen. Ein Aufenthalt auf der Intensivstation ist in vielen Fällen nicht mehr erforderlich. Bereits am ersten Tag nach der Operation werden Sie mit unserer Physiotherapie aufstehen und die ersten Schritte wagen. Für die postoperative Schmerztherapie sind wir besonders in den ersten zwei Tagen nach dem Eingriff auf Ihre Mithilfe angewiesen, da gerade in dieser Zeit die Schmerzmittel gut eingestellt werden sollten.

Wenn Treppensteigen möglich ist, die Wunde reizlos und trocken ist und sie Ihre häusliche Versorgung organisiert haben, steht Ihrer Entlassung am siebten Tag nach der Operation nichts mehr im Weg.

Krankenhaussozialdienst

Ein Team von sieben Mitarbeiterinnen unterstützt Sie dabei, die nachstationäre Zeit optimal vorzubereiten.

Sprechzeiten

Montag–Freitag 10.00–11.00 Uhr
Montag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag
16.00–18.00 Uhr
und nach Vereinbarung

Kontakt

Nurgül Kaynar (Leitung)

Tel.: 0621-5501-2568

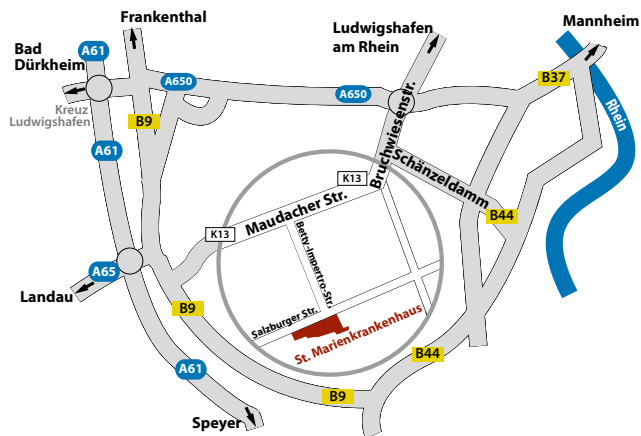
Monika Kampe

Tel.: 0621-5501-2567

sozialdienst@st-marienkrankenhaus.de

Anfahrt

Kontakt



Von Norden kommend

- Linksrheinisch/A61 bis Kreuz Ludwigshafen
- Wechseln auf A650 bis Abfahrt Ludwigshafen-Stadt
- Abfahrt Ludwigshafen-Stadt auf Bruchwiesenstraße
- Wechseln auf die Maudacher Straße
- Links in die Betty-Impertro-Straße einbiegen

Von Süden kommend

- Hockenheimring – Richtung Speyer auf die A61
- Autobahnkreuz Speyer auf die B9/B44 in Richtung Ludwigshafen bis Abfahrt Rheingönheim/Gartenstadt
- Auf die Umgehungsstraße zur K13 in die Gartenstadt auf der Maudacher Straße
- Rechts in die Betty-Impertro-Straße einbiegen

Buslinie 73, 74, 75, 76, 571, 580, 581, 582
Haltestelle „Marienkrankenhaus“

St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus

Orthopädische und Unfallchirurgische Klinik
Salzburger Straße 15
67067 Ludwigshafen am Rhein
Tel.: 0621-5501-2172
Fax: 0621-5501-2428
michael.breitenfelder@st-marienkrankenhaus.de
www.st-marienkrankenhaus.de

Sekretariat

Isabell Fasderness
Tel.: 0621-5501-2172
Fax: 0621-5501-2428

Wirbelsäulensprechstunde

Donnerstag
13.00–15.30 Uhr

Terminvereinbarung

Montag–Freitag 8.00–16.00 Uhr
Tel.: 0621-5501-2100

Impressum

Herausgeber

St. Dominikus Krankenhaus und
Jugendhilfe gGmbH

Geschäftsführer

Marcus Wiechmann

Kontakt

Salzburger Straße 15
67067 Ludwigshafen am Rhein
Tel.: 0621-5501-0
Fax: 0621-5501-2266
www.st-marienkrankenhaus.de

Gestaltung

www.medienagenten.de

Marketing | Kommunikation

Jürgen Will
Katja Hein
Beate Seidl

Fotos

Klaus Landry
Dirk 69CS
© koya979 - Fotolia.com
© eyewave - Fotolia.com

Stand Mai 2013

