



**Abteilung für die Behandlung von
Wirbelsäulenerkrankungen
Orthopädie, Rheumaorthopädie &
Physikalische Therapie**



Bad Kreuznach

**Diakonie-
Krankenhaus,
kreuznacher
diakonie**



Kirn



Orthopädie und Rheumaorthopädische Abteilung,
Abteilung für Physikalische Therapie
im Diakonie Krankenhaus Bad Kreuznach/Kirn

(Chefarzt Prof. h.c. (VRC) Dr. med. H. Thabe

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

wir möchten Sie als Gast unserer Abteilung herzlich begrüßen und Ihnen einen angenehmen Aufenthalt bei uns wünschen. Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Abteilung entschieden. Für diesen Vertrauensvorschuss möchten wir Ihnen danken. Wir werden uns alle bemühen, dieses Vertrauen zu Ihrer Zufriedenheit zu rechtfertigen.

Sie haben eine Abteilung gewählt, die sich einem sehr strengen Qualitätsmanagement unterzogen und unterworfen hat, zu Ihrem Vorteil!



Falls wir Ihnen im Rahmen Ihrer stationären Behandlung zur Seite stehen können, lassen Sie es uns wissen. Alle Mitarbeiter dieser Abteilung werden bemüht sein, Ihnen zu helfen. Sprechen Sie uns an, ohne Ihre Hilfe ist eine Verbesserung nicht möglich.

Mit der im Zimmer ausliegenden Patienteninformation möchten wir Ihnen das Eingewöhnen in unsere Abteilung erleichtern.

Dieser Prospekt kann zum Ende der Behandlung mitgenommen werden. Er dient somit zu Ihrer Information über den Behandlungszeitraum hinaus.

Die hier dargestellten Informationen sind natürlich einem Wandel unterzogen. Der Fortschritt in der Medizin geht voran, so dass auch die hier dargestellten Operationsmöglichkeiten möglicherweise in naher Zukunft durch andere, zeitgemäße Verfahren ersetzt werden.

Was ist Orthopädie?

Die Namensgebung „Orthopädie“ führte Nicholas Andry im Jahre 1741 ein. Es war die Kombination der Wörter orthós = gerade und paidion = Kind, Sinnbild für den Patientenkreis der damaligen Orthopäden. Im Jahre 1780 wurde erstmals ein Spital gegründet, das sich ausschließlich mit der Behandlung des Klumpfußes befasste. Die darauf folgende Entwicklung war mehr auf die **konservative** Behandlung von Fehlförmigkeiten ausgelegt. Der Orthopäde war der „Fußarzt“, der zudem kindliche Verformungen behandelte.

In der heutigen Zeit ist dieses Spektrum sicherlich nur noch **ein** Teil der Behandlungsmöglichkeiten des Orthopäden. Die Orthopädie befasst sich mit der Untersuchung und Behandlung angeborener und erworbener Formveränderungen, sowie Funktionsstörungen, Erkrankungen und Verletzungen der Knochen, Gelenke, Muskeln und der dazugehörigen Nerven. Ziel der Behandlung ist die Herstellung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der durch diese Leiden behinderten Menschen, ebenso die Schaffung der Voraussetzung für eine eventuelle Wiedereingliederung in das Berufsleben. Die Behandlungsmaßnahmen in der Orthopädie sind **konservativ** und **operativ**.

Am Anfang steht die sorgfältige Analyse und Untersuchung der vorhandenen Störungen, um Aufschluss über die Ursachen der Formveränderungen und Funktionsstörungen zu erhalten. Hierbei bedienen wir uns neben den manuellen Untersuchungstechniken im wesentlichen der diagnostischen Möglichkeiten, die uns die Röntgenabteilung bietet. Neben normalen Aufnahmetechniken, Kontrastmitteldarstellungen, Funktionstechniken ist ein wesentlicher Bestandteil für die Funktionsdiagnostik der Wirbelsäule die Computertomographie (CT) und die Magnetresonanztomographie (MRT).

In den Ursprüngen war die Orthopädie eine **vorbeugende** Medizin. Ihr Sinnbild, der gezügelte Baum, steht einmal für die Wuchskontrolle, sowie auch die Stabilisierung fehlgeformter Gliedmaßen. Vorbeugende Maßnahmen, wie z. B. die Früherkennung und Behandlung, haben in der Orthopädie eine große Bedeutung. Frühzeitig erkannte Wirbelsäulenfehlbildungen

Um Ihnen immer aktuelle Informationen bieten zu können haben wir für Sie im Internet unsere Abteilungshomepage eingerichtet.

Unter

– www.orthopaedie-kh.de und

– www.orthopaedie-kirn.de

finden Sie ständig aktualisierte Informationen. Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Seiten regelmäßig besuchen würden. Anregungen und Fragen können Sie dort dann auch bequem per E-Mail an uns versenden. Andere Kontaktmöglichkeiten finden Sie im letzten Teil dieser Broschüre. Dort finden Sie die nötigen Daten wie unsere Anschriften usw.



Mit freundlichen Grüßen Ihr
Dr. med. H. Thabe

Der Prospekt konnte erstellt werden mit freundlicher Unterstützung des:

**Vereins zur Förderung der Erforschung
und Bekämpfung Rheumatischer Erkrankungen
in der Orthopädie e.V.**

Bad Kreuznach

Bitte beachten Sie den Hinweis auf der Rückseite der Broschüre



und Hüftfehlbildungen, Hüftgelenksverrenkungen zur Kleinkindzeit und im Säuglingsalter direkt behandelt, ersparen den Patienten später langwierige, zum Teil unter hohem technischen Aufwand durchzuführende operative Eingriffe, um die Gehfähigkeit zu erhalten. Dieser Bereich der Orthopädie hat auch heute noch seinen hohen Wert, obgleich durch die engmaschige Kontrolle unserer Kleinkinder ein Rückgang dieser schweren Krankheitsbilder zu verzeichnen ist.

Die kindlichen Erkrankungen werden durch die Orthopädische Abteilung operativ versorgt, die prä- und postoperative Betreuung dieser Kinder erfolgt dann fachgerecht auf der Kinderabteilung.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat die Orthopädie eine stürmische Entwicklung durch neue Technologien erfahren. Die Orthopädie von 1970 ist nicht mehr zu vergleichen mit der Orthopädie von 2004. Dominierte noch Ende der 60er Jahre die Gipsbehandlung und Wuchslenkung über Schienenapparate, so hat die operative Entwicklung in den 70er- und 80er-Jahren einen schwunghaften Aufstieg genommen. Mit dem „Zementieren“ von Kunstgelenken in den 70er-Jahren hat Sir John Charnley aus England erstmals eine feste Verankerung von Kunstgelenken möglich gemacht. Die Weiterverbreitung dieses Verfahrens, die Verbesserung der Klimatechnik und der Narkoseverfahren machten diesen Aufschwung möglich. Gleichzeitig nahm in dieser Zeit die operative Korrektur von fehlgestellten Achsverhältnissen im Kindesalter bis ins hohe Alter einen schwunghaften Aufstieg. Operative Achskorrekturen (Umstellungsosteotomien) brachten in der anfänglich noch unsicheren Zeit der endoprothetischen Versorgung „vergleichbare“ Ergebnisse. Diese Entwicklung wurde durch den Siegeszug der Endoprothetik abgelöst.

Das Orthopädenbäumchen wurde zum korrigierten Orthopädenbaum – ***Sinnbild dieser Entwicklung in der Orthopädie***. Die anfänglich noch überschwenglich durchgeführten Wachstumskorrekturen und Achskorrekturen im frühen Kindesalter haben sich mit den heutigen Erkenntnissen in der Orthopädie auf ein normales Maß „zurückkorrigieren“ lassen. Die 80er Jahre, durch Überalterung der Bevölkerung, Bewegungsarmut, Zunahme der degenerativen Erkrankungen geprägt, wurden beherrscht durch eine wachsende Zahl **rekonstruktiver Eingriffe**. Nahezu alle

Gelenke am menschlichen Körper lassen sich heute mit endoprothetischen Ersatzmöglichkeiten versorgen – nicht alle Versorgungsmöglichkeiten sind jedoch sinnvoll!

Nahezu 40 Jahre Erfahrung mit zementierten Prothesen haben auch die Nachteile dieser Verfahren erkennen lassen. Knochenzement ist ein Werkstoff, der altert. Die neueren Entwicklungen gehen in die Richtung, dass man versucht, die Zementiertechniken und Operationsverfahren zu optimieren und alternativ für den »jungen Menschen« zementfreie Prothesen einzubauen.

Die Prothesenversorgungen finden aus logistischen Erwägungen in der Abteilung in Bad Kreuznach statt.

In der Abteilung in Kirn ist eine **Sektion für Wirbelsäulenorthopädie** und eine **Sektion für Minimal invasive Eingriffe am Bewegungsapparat** entstanden (siehe Seite 8 ff).

Schwerpunkt Rheumaorthopädie

Durch die enge Kooperation mit dem Rheumakrankenhaus (**Leiter Prof. Dr. med. Dreher**), der Karl-Aschoff-Klinik / Rhein-Pfalz-Klinik (**Leiter Dr. med. Droste**), der rheumatologischen Abteilung des St. Vincenz- und Elisabethen-Krankenhauses Mainz (**Prof. Dr. med. Brackertz**) sowie der Nuklearmedizinischen Praxis (**Dr. med. A. Zöller**) im Verbund mit der hiesigen Abteilung konnte ein für Rheinland-Pfalz beispielhaftes Modell der Rheumaversorgung eingerichtet werden. Diese Versorgungseinheit wurde mittlerweile auch von der Landesregierung als **Zentrum für die Rheumaversorgung des Landes Rheinland-Pfalz** bestätigt. Wöchentliche gegenseitige Vorstellungstermine und Untersuchung der gemeinsamen Patienten bieten eine engmaschige Betreuung gerade bei der Versorgung dieser schwerkranken Menschen.

Operative Versorgung und Nachsorge

Operative Behandlung – stationär pflegerische Betreuungen – krankengymnastische Behandlungen – Rehabilitation und motivierte Mitarbeit der Patienten sind die **Eckpfeiler** für eine erfolgreiche Behandlung.

Orthopädische operative Eingriffe sind langwierige Eingriffe, da oftmals eine Kombination von knöchernen, muskulären und sehnigen Eingriffen erfolgen muss. Daher gestaltet sich die Nachbehandlung durch Einüben neuer Bewegungsmuster oftmals als sehr langwierig und aufwendig.

All diese aufwendigen operativen Verfahren sind sicherlich nur durch die gleichzeitige hochtechnologische Entwicklung im Bereich der Narkoseverfahren denkbar und möglich geworden. Die Versorgungsmöglichkeiten in der orthopädischen Abteilung wären ohne die Qualifikation der Abteilung für Anaesthesie und Intensivmedizin nicht denkbar. Weitere Grundlagen für Eingriffe dieser Art sind bauliche Voraussetzungen, hohe Ansprüche an hygienische Verhältnisse im Operationstrakt, die in beiden Häusern verwirklicht werden konnten.

Der großzügig angelegte Operationstrakt weist im Bereich der hoch aseptischen Räume eine Besonderheit in der Lüftungstechnik auf. Hier wird durch Spezialdecken über dem Operationsgebiet, durch Korrektur der Strömungsverhältnisse, eine Keimzahlverminderung im Operationsgebiet erreicht, die Voraussetzung für Eingriffe am offenen Gelenk und für den prothetischen Ersatz ist. Allein durch diese technischen Maßnahmen kann eine Infektionsrate bei sterilen Bedingungen um den Faktor 2,6 gegenüber normalklimatisierten OP-Räumen abgesenkt werden. Unsere Infektionsrate in der Statistik bei endoprothetischen Versorgungen liegt z. Zt. bei ***unter 0,3 % bei Kniegelenken und künstlichen Hüftgelenken.***

Der Orthopädie ist eine Abteilung **für Physikalische Therapie** angeschlossen. Neben Massagen, Wärmeapplikationen, Kältetherapie sind vor allen Dingen auch elektrogalvanische Stromanwendungen, Stanger-, Vierzellen- und für Patienten nach abgeschlossener Wundheilung Bewegungsbäder für die postoperative Therapie vorhanden. In Kirn werden Sie von unserer Motologin **Frau Fuhr** und **Herrn Taube** betreut (siehe Seite 13).

Die Schuh- und Einlagenversorgung erfolgt in der **orthopädischen Schuhtechnikerwerkstatt** der Fa. Kirchner (Paulinum), die unter Leitung von **Herrn Weindorf** steht.

Schwerpunkte in der Orthopädischen Abteilung der kreuznacher diakonie

Das operative Spektrum der heutigen orthopädischen Abteilung des Diakonie Krankenhauses umfasst einen großen Rahmen.

Hüftgelenk

Weichteileingriffe bei schnappender Hüfte, Achsen korrigierende Eingriffe, Doppelosteotomien der Hüfte, Eingriffe bei Hüftgelenksluxationen bei Kleinkindern mit gleichzeitiger Pfannendachkorrektur und Einstellungsoperationen, Entfernung der Hüftgelenkschleimhaut, Hüftgelenkersatz mit Gelenkflächenersatz (zementierten, teilzementierten und zementfreien Prothesen), Hüftpfannen korrigierende Eingriffe, Operationen zum Wechsel von künstlichen Gelenken, Operationen zum Wechsel von künstlichen Gelenken bei Infektionen (septische Prothesenwechsel).

Kniegelenk

Weichteileingriffe am Kapselbandapparat, Gleitweg korrigierende Eingriffe der Kniescheibe, Kapsel-Band-Plastiken nach alten Verletzungen, Meniscusoperationen, Bandrekonstruktionen, achskorrigierende Eingriffe am Kniegelenk, Versorgung mit Gelenkflächen und Gleitflächenersatz sowie totalem Kniegelenkersatz, Entfernung der Gelenkinnenhäute und zystischer Formationen in der Kniekehle, Gelenkwechseloperationen, septische Wechseloperationen

Schulter

Schultergelenk erweiternde Operationen, Schulterdachplastiken, Operationen nach habitueller Schulterluxation (Knochen- und Weichteileingriffe), Muskelmanschetten-Rekonstruktionsoperationen, Achsen umstellende Eingriffe am Schulterkopf, Schultergelenkersatzoperationen (künstliches Gelenk) sowie Entfernung der Gelenkinnenhäute am Schultergelenk, Versteifungen des Schultergelenks und Oberarm-Teilersatzoperationen (Ersatz von Knochen) bei Tumoren und Unfallspätschäden.

Ellenbogengelenk

Entfernung von freien Gelenkkörpern, Entfernung der Gelenkinnenhaut, plastische Maßnahmen zur Neuformung der Gelenke, künstlicher Gelenkersatz, Nervenverlagerung am Ellenbogen und Muskelersatzoperationen.

Handgelenk

Karpaltunneloperationen, Entfernung der Handgelenksschleimhaut, Entfernung von Ganglien (Überbein), Handgelenksneuformungen, künstlicher Handgelenkersatz sowie Muskelersatzoperationen, Versorgung der Hohlhand nach Dupuytren-Kontrakturen, Sehnenersatz- und Rekonstruktionseingriffe nach Zerreißung von Sehnen, Umstellungsosteotomien (Korrektur der Knochenstellung) am Handgelenk, Eingriffe an der Handwurzel.

Finger

Entfernung der Gelenkinnenhäute, Eingriffe an den Sehnen, Gelenkversteifungen, Gelenkersatzoperationen der kleinen Fingergelenke sowie Stabilisierungsoperationen.

Sprunggelenk

Entfernung der Gelenkinnenhäute, versteifende Operationen, künstlicher Gelenkersatz am oberen Sprunggelenk, Versteifungsoperationen am unteren Sprunggelenk, Achillessehnenverlängerungen, Achillessehnenplastiken, Band rekonstruierende Maßnahmen am oberen Sprunggelenk nach Verletzungen, Bandersatzoperationen.

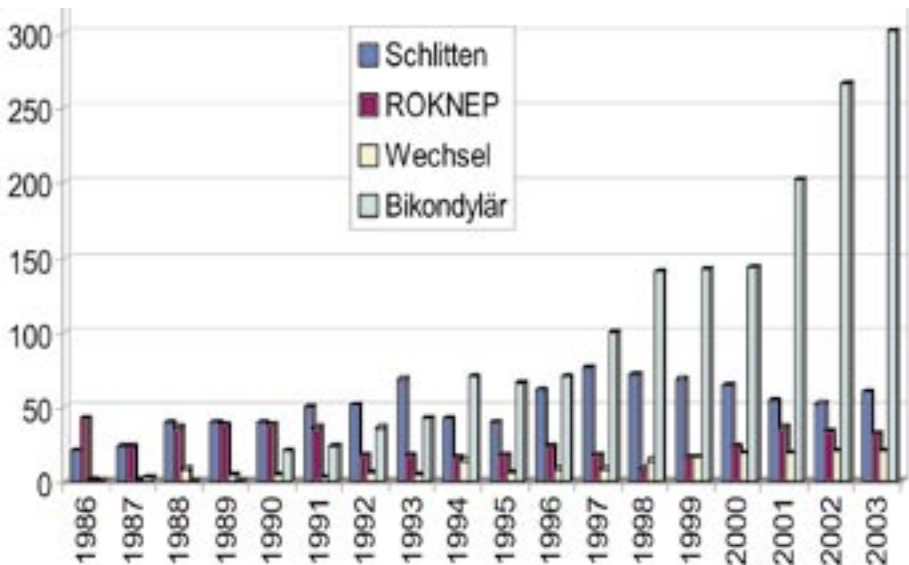
Vorfuß

Alle gängigen Verfahren zur Korrektur der Großzehen, zur Korrektur des gesamten Vorfußes bei Mittelfußschmerzen, Versorgung von Hammerzehen, Krallenzehen, Umstellungsosteotomien im Bereich des Vorfußes.

Entwicklung der Orthopädischen und Rheumaorthopädischen Abteilung ab 1. 3. 1984

Beispielhaft soll die Entwicklung der orthopädischen Abteilung anhand von der Versorgung mit Knieendoprothesen dargestellt werden. Dabei ist zu bemerken, dass ein großer Sprung nach vorn in den Versorgungszahlen durch den Bezug des Neubaus durch die Bereitstellung der doppelten Operationskapazität festgestellt werden kann, wodurch sich die für die Patienten oft unerträglich langen Wartezeiten haben zunächst abbauen lassen. Aber auch diese Entwicklung hat uns wieder eingeholt. Zunehmende Erkrankungen des Bewegungsapparates, Verschiebung der Altersstrukturen und letztlich ein weiterer Fortschritt in der Versorgungsmöglichkeit und -qualität haben die Patientenzahlen rapide ansteigen lassen, so daß heute schon wieder Engpässe bestehen. Die Eröffnung der Abteilung in Kirn hat diese Situation wieder entzerrt. Durch die Bereitstellung einer weiteren Versorgungseinheit mit OP und 18 Betten konnte der Schwerpunkt für Wirbelsäulenerkrankungen und minimal invasive Eingriffe sehr zur Entlastung der Warteliste in Bad Kreuznach beitragen.

Knieprothesen-Versorgung 1988–2003



Einstieg in die EDV-Technologie

Dieser Bereich ist nicht wirklich neu in unserer Abteilung.

Seit Jahren werden Qualitätsstandards und Dokumentation in unserer Abteilung EDV unterstützt abgewickelt. Neuere Entwicklungen haben den Einsatz von Computern auch weiter in der tägliche Arbeit vorange-
trieben.

Der Einsatz von Robotern im OP-Saal wurde an einigen Orten als bahnbrechende Technologie angepriesen. Die Realität sieht anders aus. Verlängerte OP-Zeiten (bis zu 2 Stunden, zusätzliche OPs zur Kalibrierung einen Tag vor den tatsächlichen OP-Datum (zum Einbringen der Markierungen), größere Wundenöffnungen, größerer Blutverlust, erhöhte Verletzungen der wichtigen Gelenk umgebenden Muskulatur (sie muss das Gelenk nach der OP bewegen!!), verlängerten die Rehabilitationszeiten, fehlende Spezialimplantate für Computer gerechte Implantationen lassen noch viele Fragen und Herausforderungen offen, die bis heute nicht adäquat gelöst sind.

Unsere Zielvorstellung und auch die der Orthopädischen Gesellschaft ging in Richtung Qualitätssicherung und Entwicklung von Navigationssystemen, die dem Operateur Hilfe für ein zielgenaues Arbeiten sind und den „Gewebeschaden“ so klein wie eben möglich werden lassen.

Voraussetzung ist ein exaktes Arbeiten mit klaren Planungsvorgaben und Qualitätsstandards. Dieses haben wir heute schon für Sie umgesetzt.

Impressum

Herausgeber: Orthopädische Abteilung des Diakonie Krankenhauses
kreuznacher diakonie

ViSdP: Dr. med. H. Thabe

Bildredaktion: A. Schollmayer

Satz und Layout: T. Schollmayer

Produktion und Druck: T. Schollmayer

Unser Ambulanzteam in Bad Kreuznach

Unsere ambulante Anlaufstation und zentrale Koordinationsstelle finden Sie im 1. Stock (Westflügel, hinter der Röntgenabteilung).

Unter **0671-605-2120** erreichen Sie die Patientenanmeldung. Sie wird ihre erste Ansprechpartnerin sein. Sie koordiniert die ambulante Sprechstunde und Terminvergabe sowie die Aufnahme in der Notfallambulanz.

Unter **0671-605-2800** erreichen Sie die Mitarbeiterin, die die Stations-einbestellung koordiniert. Aus organisatorischen Gründen ist diese nur in der Zeit von 9.00-11.00 Uhr unter dieser Telefonnummer zu erreichen und wird dann Ihre Fragen gerne beantworten. Die Organisation und Leitung der medizinischen Assistenzaufgaben und des Chefsekretariats erreichen Sie unter **0671/6052125**.

Unsere Adresse in Bad Kreuznach:

Orthopädische und Rheumaorthopädische Abteilung

Abteilung für Physikalische Therapie

Diakonie Krankenhaus

Ringstr. 64, 55543 Bad Kreuznach

Telefon: 0671-605-2120

Telefax: 0671-605-2129

E-Mail: info@orthopaedie-kh.de

Internet: www.orthopaedie-kh.de

Das Sekretariat im Standort Kirn befindet sich im 4.Stock. Sie erreichen es über den Zugang zur Orthopädischen Abteilung.

Unsere Adresse in Kirn:

Orthopädische und Rheumaorthopädische Abteilung

Abteilung für Physikalische Therapie

Diakonie Krankenhaus

Jahnstr.11, 55606 Kirn

Telefon: 06752-133-982 ab 9.00 Uhr

In Notfällen (außerhalb der Dienstzeiten) 06752-133-900 (Station)

Telefax: 06752-133-983

E-Mail: info@orthopaedie-kh.de

Internet: www.orthopaedie-kh.de

Schwerpunkt der Station 8K (Standort Kirn)

A. Wirbelsäulenorthopädie

1. *Alle Formen der konservativen Wirbelsäulentherapien*
2. *Schmerztherapie mit Injektionsbehandlungen*
3. *Thermokoagulation der Facetten/De-tonisierung*
4. *Katheter Therapie-Denervation*
5. *Endoskopische Spinalkanaloperationen*
 - a. Bandscheibenentfernung
 - b. Flavektomie
 - c. Erweiterung bei spinaler Stenose
6. *Osteoporotische Wirbelkörperfrakturen*
 - a. Transpedikuläre Aufrichtungsplombe
7. *Spondylolisthesis, segmentale Instabilitäten, Postnucleotomiesyn-drome*
 - a. Intercorporale Spondylodesen (endoskopisch mit Bliffcages)
 - b. Bandscheibenprothesen

B. Minimal invasive Therapien (Arthroskopische Operationen)

1. *Alle Formen der Meniskusoperationen*
2. *Knorpel-Knochendübelung*

Nur bei separater Kostenzusage der Krankenkassen:
3. *Knorpeltransplantation semiarthroskopisch*
(KK genehmigungspflichtig)
4. *Arthroskopische Sprunggelenksoperationen*
5. *Arthroskopische Schultereingriffe*

C. Alle gelenkerhaltende orthopädische Eingriffe an:

Hand (Tenosynovektomien, CTS, Daumensattelgelenksarthroplastiken, Fingerarthrodesen etc.)

Fuß (sämtliche Eingriffe am Vor- u. Rückfuß, außer OSG-Prothese in Bad Kreuznach)

Schulter, Ellenbogen, Knie und Hüfte

Nachbehandlung

Die unten angegebenen Anwendungsformen werden stationär und ambulant angeboten. Selbstverständlich erfolgen diese Anwendungen nach ärztlicher Verordnung. Diese Behandlungsstrategie in der Ergotherapie zielt auf den Erhalt und die Koordinierung der Gelenkfunktion nach unseren operativen Versorgungen. Ein weiterer Schwerpunkt ist das Erlernen von Gelenkschutzmaßnahmen, d. h. der Optimierung der Gelenkfunktion in den Alltagsanforderungen.

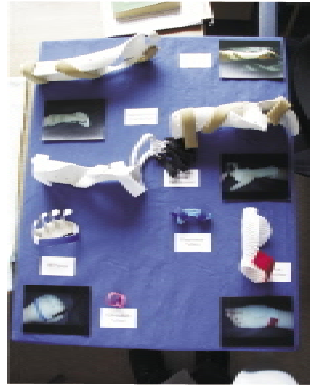
Ihr Aufenthalt in der hiesigen Abteilung stellt nur einen Teil der Behandlungskonzeption und des Erfolges nach derartigen operativen Eingriffen sicher. Sie können davon ausgehen, daß mein gesamtes Team



darum bemüht ist, Ihnen so optimal wie möglich zu helfen. Der Erfolg nach operativen Eingriffen ist aber im wesentlichen auch durch die Eigeninitiative der Patienten in der frühen und der späten Nachbehandlungsphase gekennzeichnet. Die Sorge um den Patienten kann nicht nach Ende der Operation aufhören, sondern bedarf einer gezielten Einleitung eines Nachbehandlungskonzeptes.

Die weitere Betreuung in der hiesigen Abteilung und eventuell, wenn notwendig, in Rehabilitationskliniken und Rheumakrankenhäusern sowie die konsequente Nachbehandlung auch bei Ihrem Hausarzt sichert den Erfolg der operativen Versorgung auf Dauer. Daher werden wir bemüht sein, Ihnen ein längerfristiges Behandlungskonzept für Ihre persönlichen Bedürfnisse mit-zugeben, damit das Behandlungsergebnis für Sie und für uns erfreulich wird.





Anwendungen in der Abteilung der physikalischen Therapie

Massagen	Elektrotherapie	Bäder
Teil-	Ultraschall	Medizinische Bäder
Ganzkörpermassagen	Kurzweile	Fango
Lymphdrainagen	Nemectrodyn	Stangerbäder
Reflexzonen-therapien	Reizstromtherapien	2-Zellenbäder
Wärme- u. Kältetherapien	Magnetfeldtherapie u. v. a.	Bewegungsbad
		Unterwasserdruckstrahlmassage

sowie krankengymnastische Einzelbehandlungen.

Leitlinien zum Umgang mit Ihrer Hüftprothese

- Der Patient sollte weder im Sitzen, noch im Liegen die Beine überschlagen oder überkreuzen und das operierte Bein nie nach innen drehen.
- Beim Anziehen (z.B. von Hosen) immer mit der operierten Seite beginnen, dabei das Bein immer abgespreizt und nach außen gedreht halten.
- Schuhe und Strümpfe darf der Patient erst alleine anziehen, wenn er gute Kontrolle über sein operiertes Bein hat, d. h., wenn er, ohne das Abspreizen und die Außendrehung zu verlieren und ohne Schmerzen zu haben, an den Fuß kommt.

Dabei werden beide Hände gleichzeitig zum Unterschenkel bzw. Fuß geführt, wobei mindestens die diagonale Hand immer von innen am Knie bzw. am Unterschenkel vorbei geführt werden muss, oder die diagonale Hand greift alleine von innen zum Fuß. Innendrehung und Überkreuzung müssen dabei unbedingt vermieden werden. => Luxationsgefahr!

Hilfsmittel: Langer Schuhlöffel, Strumpfanzieher

- An Badewanne und Dusche sollten Haltegriffe angebracht werden.
 - Wenn möglich, die Badewanne so stellen, dass man mit dem nicht operierten Bein zuerst einsteigen kann.
 - Evtl. Duschhocker und Badewannensitz benutzen.
 - Eventuell Toilettensitzerhöhung anbringen.
 - Beim Ein- und Aussteigen aus dem Bett soll das operierte Bein nicht mit dem anderen Bein unterstützt werden.
 - Keine weichen und tiefen Sessel benutzen.
 - Beim Treppensteigen sollte man sich immer mit einer Hand am Geländer festhalten.
 - Das Tragen schwerer Lasten ist zu vermeiden.
 - Die Schuhe sollten stets weiche Sohlen haben.
 - Belastende Sportarten, z. B. Gebirgstouren, Fußball usw., sollten vermieden werden.
- Günstigere Sportarten sind Schwimmen, Radfahren ohne starke Belastung, gemäßigt wandern.
- Beim Gehen den Fuß immer leicht nach außen drehen.

Leitlinien zum Umgang mit Ihrer Knieprothese:

In den ersten 12 Wochen nach der Operation sollten Sie alle extremen Belastungen des Knies vermeiden:

Stoßbelastungen, Beinaufsetzen in O- oder X- Stellung, Hocken oder Knien, stauchende Belastung, Heben und Tragen von Lasten
Überbelastung und große Kraftanstrengungen

Gewichtszunahme, da dies zu einer vorzeitigen Auslockerung des Kniegelenkes führen kann, schwere körperliche Arbeiten

Sportarten mit Stoßbelastungen:

Kampf-, Sprung-, Ballsportarten; Sportarten, bei denen es zu starker Beschleunigung und plötzlichem Abbremsen kommt, z. B. alpiner Skilauf, Tennis, Bergsteigen usw.

Allgemeine, praktische Ratschläge für zu Hause

In den ersten 6 bis 8 Wochen nach der Operation ist Ihr neues Gelenk noch relativ ungeschützt, bis die Muskulatur wieder gestärkt und aufgebaut ist. Sie gibt dem Gelenk die notwendige Stabilität und schützt es gegen falsche Bewegungen.

Sie müssen durch richtiges Verhalten Ihrem neuen Gelenk den anfänglich nötigen Schutz bieten. Aktiv mitarbeiten heißt, schnell Ihr Ziel erreichen und Sie werden mit dem angenehmen Gefühl neu gewonnener Lebensqualität belohnt.

Einzelheiten zu Ihrer persönlichen Nachbehandlung und den zeitlichen Rahmen müssen Sie in jeden Fall mit Ihrem behandelnden Arzt abstimmen.

Richtig Schlafen

Empfehlenswert ist das Schlafen auf dem Rücken.

Anziehen von Kleidungsstücken

Bevorzugen Sie bequeme Kleidung.

Das Anziehen kann anfänglich unter Fremdhilfe erfolgen oder durch den Einsatz von Hilfsmitteln, wie Sie es hier erlernt haben.

Socken und Strümpfe

Ziehen Sie Ihre Socken zuerst auf einen Strumpfanzieher. Ferse und Zehenteil von der Socke sollten eng anliegen

Schuhe

Tragen Sie flache, feste Schuhe mit einfachem Einstieg ohne Schürsenkel (Slipper), sodass Sie sich beim Anziehen nicht vornüber beugen müssen.

Verwenden Sie zum An- und Ausziehen einen Anziehstock oder einen Schuhlöffel mit extra langem Griff.

In das Auto einsteigen

Gehen Sie mit Hilfe der Gehhilfe rückwärts zum Autositz- Einstieg möglichst auf gesunder Beinseite

Setzen Sie sich langsam auf den Sitz, eventuell mit einem Keilkissen

Das Treppensteigen

Haben Sie bereits am Ende des Klinikaufenthalts erlernt.

Spazieren gehen

Beginnen Sie frühzeitig mit regelmäßigen Spaziergängen auf gut aufgebauten Wegen

Zu Beginn genügt ein kurzer Spaziergang von 5 bis 10 Minuten

Steigern Sie allmählich Ihre Gehstrecke-

Vermeiden Sie unebene, rutschige Wege und tragen Sie immer festes Schuhwerk.

Richtiges Sitzen

Vermeiden Sie in der Anfangsphase das Sitzen in tiefen Sesseln (Luxationsgefahr)

Ideal sitzen Sie auf hohen, stabilen Stühlen mit Armlehnen. Mit einem Kissen können Sie die Sitzhöhen erhöhen.

Zur Toilette gehen

In der Übergangszeit ist ein erhöhter Toiletten sitz empfehlenswert

Duschen

Ein rutschfeste Unterlage und ein Haltegriff an der Wand helfen Ihnen, das Gleichgewicht zu halten

Baden

Gehen Sie mit Hilfe Ihrer Gehhilfen zur Breitseite der Badewanne

Was Sie noch beachten sollten

Tragen von Kompressionstrümpfen

Um das Risiko einer Thrombose (Blutgerinnsel, das die Venen im Bein verstopft) oder einer Lungenembolie (in die Lungen gelangtes Blutgerinnsel) zu verringern, erhalten Sie vor und nach der Operation mindes-

tens bis zu 6. Wochen Medikamente und tragen je nach Absprache mit Ihrem behandelnden Arzt bis etwa einen Monat nach der Operation Kompressionsstrümpfe. Diese können Sie morgens beim Baden oder Duschen und abends kurz ausziehen, aber nicht länger als 30 Minuten. Die Strümpfe sollten beim Tragen keine Falten schlagen. Besonders wichtig ist das Tragen der Kompressionstrümpfe in der Nacht.

Ernährung

Es gibt keine besonderen Einschränkungen bezüglich der Ernährung. Bevorzugen Sie abwechslungsreiche Kost mit viel Obst und Gemüse und trinken Sie täglich sechs bis acht Gläser Wasser. Dies hilft die Verdauung zu fördern.

Fahren von Fahrzeugen

Sie sollten erst wieder Auto fahren, wenn Ihr Arzt es Ihnen erlaubt (in der Regel nach 6 Wochen). Sie müssen beide Beine zur Bedienung der Pedale gut unter Kontrolle haben und keine Gehhilfe mehr benötigen. Diese Vorschrift ist zu Ihrem eigenen und zum Schutz Ihrer Mitmenschen gedacht. Fahren Sie auch kein Auto, wenn Sie Schmerzmittel eingenommen haben.

Sexualität

In den ersten 6-12 Wochen nach dem operativen Eingriff sollten Sie auf eine starke Kniebeugung verzichten, um ein Spannungsgefühl oder leichte Gelenkiritationen auszuschließen. Ansonsten steht der Wiederaufnahme der sexuellen Aktivität grundsätzlich nichts entgegen. Wenn Sie unsicher sind, wie Sie sich verhalten sollen und welche Bewegungsmuster erlaubt sind, scheuen Sie sich nicht, Ihren Arzt zu befragen.

Regelmäßige Nachuntersuchungen...

Nach 3 Monaten dann jährlich nach Ihrer Operation sollten Sie das Angebot Ihres Arztes zu regelmäßigen Nachuntersuchungen unbedingt nutzen, auch wenn Sie beschwerdefrei sind. Sie geben Ihrem Arzt damit nicht nur Gelegenheit, Ihre Rehabilitation zu verfolgen, sondern auch eventuelle Komplikationen, die möglicherweise erst nach mehreren Jahren auftreten, frühzeitig zu erkennen.

Nachtsorgertermine tragen Sie am besten gleich in Ihren Endoprothesenpass ein, den Sie in der Klinik erhalten.

Der Prospekt konnte erstellt werden
mit freundlicher Unterstützung des:

**Vereins zur Förderung der Erforschung
und Bekämpfung Rheumatischer
Erkrankungen in der Orthopädie e. V.
Bad Kreuznach**

Spendenkonto: 0930214

Bankleitzahl: 56070024

Deutsche Bank 24, Bad Kreuznach

