

# Das Klinik Fleetinsel Magazin

Patienteninformation: Neues aus Orthopädie, Chirurgie und Gefäßchirurgie

A close-up photograph of a middle-aged couple smiling warmly. The woman, on the left, has short, wavy brown hair and is wearing a light yellow top. The man, on the right, has short grey hair and is wearing an orange polo shirt. They are both looking towards the camera with bright, genuine smiles. The background is a soft, out-of-focus light blue and white, suggesting an outdoor setting.

**Bandscheibenvorfall:  
Was können moderne Therapien leisten?**

**Mikrochirurgie oder Implantat:  
Neueste Verfahren bei Wirbelkanalverengung**

**Neuer Spezialist für Hals- und Lendenwirbelsäule**

**Springt die Kniescheibe öfter raus?  
Neues Plastikband hilft sofort**



### Inhalt

#### *Rücken und Wirbelsäule*

Bandscheibenvorfall

**Was können minimal-invasive, schonende Therapien leisten?**  
**PD Dr. med. Michael Muschik**

*Seite 3 + 4*

#### *Rücken und Wirbelsäule*

Mikrochirurgie oder Implantat

**Moderne Therapien**

**bei Wirbelkanalverengung**

**PD Dr. med. Achim Hedtmann**

*Seite 5 + 6*

#### *Was gibt es Neues*

In der Klinik-Praxis von

Dr. med. Marcus Flotho

**Voruntersuchung zur**

**geplanten Operation**

*Seite 7 + 8*

#### *Was gibt es Neues*

Neuer Spezialist für die

Behandlung der HWS und LWS

**PD Dr. Michael Muschik**

*Seite 8*

#### *Service*

OP-Leitung

**Vera Lempp – Managerin von**

**vier OP-Sälen und dem gesamten**

**OP-Team**

*Seite 9*

#### *neu und innovativ*

Kniescheibenband

**MPFL-Plastik kann helfen**

**Dr. med. Werner Siekmann**

*Seite 10*

#### *Bleien Sie gesund*

Krankheiten vorbeugen

**Tipps für die Gesundheit**

**Dr. med. Christiane Gebhardt**

*Seite 11*

#### *Medizin von A – Z*

*Medienspiegel*

*Seite 12*



**KLINIK  
FLEETINSEL  
HAMBURG**

DIE INNOVATIVE SPEZIALKLINIK



Liebe Leserin, lieber Leser,

unsere Klinik hat seit Frühjahr 2011 Verstärkung durch einen neuen Kollegen bekommen: PD Dr. med. Michael Muschik, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Physikalische Therapie.

Die fachlichen Schwerpunkte von Dr. Muschik liegen in der Behandlung von Beschwerden in der HWS (Halswirbelsäule) und LWS (Lendenwirbelsäule).

Von Bandscheibenvorfällen sind relativ häufig Frauen und Männer im Alter von 35 bis 55 Jahren betroffen. Aber auch die Wirbelkanalverengung (Spinalkanalstenose) trifft immer mehr ältere Menschen. Diese Erkrankung ist schwer zu diagnostizieren und wird oft mit der so genannten „Schaufensterkrankheit“, Durchblutungsstörung der Beine, verwechselt. Daher wird sie häufig nicht oder zu spät erkannt. Die Spinalkanalstenose ist heute bei Menschen über 50 die häufigste Indikation für einen operativen Eingriff an der Wirbelsäule. Glücklicherweise stehen inzwischen minimal-invasive, schonende OP-Verfahren zur Verfügung. Die Patienten sind normalerweise schnell wieder auf den Beinen. Lesen Sie dazu das Schwerpunktthema in dieser Ausgabe unseres Patientenmagazins.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr Dr. Achim Hedtmann

## Bandscheibenvorfall

# Was können minimal-invasive, schonende Therapien leisten?



PD Dr. med. Michael Muschik, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und für Physikalische Therapie. Seit Januar 2011 Leitender Orthopäde der Klinik Fleetinsel Hamburg.

**Wenn der Rücken schlagartig stark schmerzt, kann das ein Zeichen für einen Bandscheibenvorfall sein. Meistens tritt er im unteren Lendenwirbelbereich der Wirbelsäule auf, seltener an der Halswirbel- oder Brustwirbelsäule. Am häufigsten sind Männer und Frauen zwischen 35 und 55 Jahren betroffen. Was ist zu tun? Wann muss operiert werden?**

**Was sind eigentlich Bandscheiben und was ist ein Bandscheibenvorfall?**

Bandscheiben sind faserknorpelige Verbindungen zwischen den einzelnen Wirbeln der Wirbelsäule. Durch Alterung oder ungünstige Belastung kann das Gewebe der Bandscheibe sich vorwölben bzw. austreten. Dann spricht man von einem Bandscheibenvorfall, bei dem die Spinalnervenzwurzeln oder das Rückenmark zusammengedrückt werden. Das verursacht starke Schmerzen und kann im schlimmsten Fall zur Lähmung der Beine und Füße führen.

**Kann ein Bandscheibenvorfall vermieden werden?**

Jeder Mensch sollte sich möglichst viel bewegen. Das gilt auch für den Arbeitsplatz. Wer eine sitzende Tätigkeit z. B. am Computer hat, sollte zwischendurch immer mal kurz aufstehen. Wer beruflich schwere Lasten tragen muss, sollte täglich kleine Übungen machen, um die Wirbelsäule zu entlasten und die Rückenmuskulatur zu stärken. Einfache Übungen wie Rumpfbeugen, Liegestütz oder Schulterkreisen können viel bewirken, wenn sie kontinuierlich gemacht werden. Wenig, aber regelmäßig, hilft mehr, als nur ab und zu mal längere Zeit zu trainieren.

**Gibt es Warnsignale, die auf einen Bandscheibenvorfall hinweisen?**

Ja, ein sicheres Signal ist der wiederkehrende Schmerz im Rücken. Über 80 % der Bandscheiben-Patienten klagen darüber. Der Schmerz tritt meistens im Bereich der Lendenwirbel auf. Bei einem Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) macht sich dies durch Taubheitsgefühl und Krabbeln in den Händen und Schmerzen in den Armen und Händen bemerkbar. Bei einem Vorfall in der LWS (Lendenwirbelsäule) verspürt der Patient Schmerzen und ein Taubheitsgefühl in den Füßen und ist unfähig, kraftvoll aufzutreten.

**Wer ist besonders gefährdet, einen Bandscheibenvorfall zu erleiden?**

Gefährdet sind vor allem Menschen, deren Rücken von Berufs wegen besonders belastet wird, z. B. Fernfahrer und Büroangestellte, die viel sitzen, oder Bauarbeiter, die große Lasten tragen oder heben müssen. Aber es gibt auch anlagebedingte, d. h. vererbte Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Neigung zu Bandscheibenvorfällen verbunden sind.

**Welche konservativen Therapien helfen bei Bandscheibenbeschwerden?**

Angewendet werden bei solchen Beschwerden die Elektrotherapie sowie bestimmte Methoden der physikalischen Therapie (Wärme- oder Kälteanwendungen) und Physiotherapie. Auch alternative Therapien wirken erstaunlich gut, ohne dass man bisher ihr Wirkungsprinzip genau kennt. Innerhalb von ein bis zwei Wochen sind dann normalerweise die Beschwerden abgeklungen.

**Wann muss operiert werden?**

Eine OP ist erforderlich, wenn der betroffene Patient die Kontrolle über bestimmte Blasen- und Darmfunktionen verliert oder durch den Vorfall eine Nervenquetschung vorliegt und die Gefahr einer Lähmung in den Füßen besteht. Wenn also neurologische Ausfallerscheinungen auftreten, dann muss rasch, manchmal sogar innerhalb weniger Stunden operiert werden.

*Fortsetzung auf der nächsten Seite*



*Fast jeder Erwachsene hat schon einmal Probleme mit dem Rücken gehabt. Auf Dauer können die Schmerzen zu großen Einbußen in der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit führen.*

Auch wenn sich Rücken- und Bein-schmerzen innerhalb von 6 – 8 Wochen trotz intensiver konservativer Therapie und Medikamenten nicht bessern, kann eine Operation notwendig sein. Ist der Nerv eingeklemmt, sollte der Eingriff nicht zu lange hinausgeschoben werden, denn das kann die Nervenwurzel chronisch schädigen. Schmerzen und Lähmungen bleiben dann trotz der Operation bestehen.

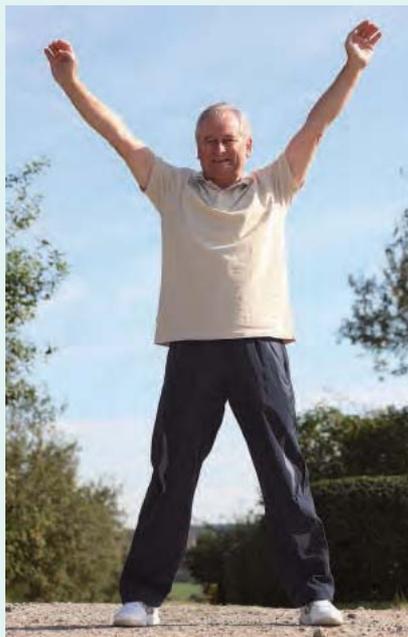
### Welche OP-Verfahren gibt es und welche Vorteile bieten sie dem Patienten?

Bei der offenen mikrochirurgischen Vorgehensweise wird über einen kleinen Hautschnitt von 2 cm eine Art Fenster über der gequetschten Nervenwurzel geschaffen und die vorgefallene Bandscheibe mit Mikroinstrumenten unter Sicht durch das Operationsmikroskop entfernt. Die Nervenwurzel wird so vom Druck befreit, u. U. können dabei auch Einengungen durch Knochen beseitigt werden.

Weitere effektive operative Zugangsmöglichkeiten bietet die minimal-invasive Chirurgie, bei der es mehrere Verfahren gibt. Ohne große Schnitte wird dabei über einen minimalen Zugangsweg die Nervenwurzel entlastet. Der Vorteil bei beiden Verfahren: Die Patienten können kurz nach dem Eingriff aufstehen. Es ist nur ein kurzer Aufenthalt in der Klinik notwendig. Welches Verfahren beim jeweiligen Patienten optimal ist, hängt vom jeweiligen Befund, den individuellen anatomischen Gegebenheiten des Patienten und auch von den Erfahrungen des Operateurs ab.

Beim endoskopischen Eingriff wird ein schmales Rohr von der Seite in den Körper eingebracht. Hier ist nur ein Hautschnitt von sieben bis zehn Millimetern notwendig. Durch das Rohr wird mit sehr feinen Instrumenten

operiert. Der Vorteil dieser Methode ist, dass auf dem Weg durch die Muskulatur nur wenig Gewebe verletzt wird und die späteren Vernarbungen dadurch geringer sind.



*Wieder unbeschwert den Alltag genießen. Eine kleine Operation, die große Wirkung zeigt. Schon nach kurzer Zeit haben viele Patienten ihre alte Lebensqualität wieder erlangt.*

### Teilweise wird auch der Laser eingesetzt, was ermöglicht er?

Sowohl bei der endoskopischen als auch bei der offenen chirurgischen Operation kann der Laser eingesetzt werden. Vorfälle und Vorwölbungen der Bandscheibe können durch Laserenergie geschrumpft werden. Die Lücke, durch die das Bandscheibengewebe durchgetreten ist, wird mit dem Laser wieder verschweißt. Bei diesem Verfahren muss die Bandscheibe nicht vollständig ausgeräumt werden, was der Stabilität der Wirbelsäule zugutekommt.

Bei der endoskopischen Operation können mit dem Laser Bandscheibenstücke verdampft werden, die mit den feinen Zangen nicht erreichbar oder entfernbar sind, z. B. vernarbte oder verkalkte

Teile. Zusätzlich können mit dem Laser Schmerzempfänger ausgeschaltet werden, die z. B. im Bereich von Bandscheibenkapseln sitzen.

### Welche Risiken haben solche OP-Verfahren?

Die minimal-invasiven Bandscheiben-Operationen gelten heute als risikoarm. Bei sorgfältiger Vorgehensweise ist die Wahrscheinlichkeit von Komplikationen gering. Bei weniger als einem Prozent der Patienten kann es zu Wundinfektionen, Nervenwurzelschädigungen oder Nachblutungen kommen.

### Was sollte der Patient nach einem solchen Eingriff unbedingt beachten?

Ziel einer solchen OP ist es, den Bandscheibenvorfall zu entfernen. Sie kann aber nicht die Wirbelsäule erneuern. An Stelle der entfernten Bandscheibe tritt eine Narbe, die nach etwa zwei Monaten belastbar ist. Sie wird aber nie so elastisch und abpuffernd sein wie eine gesunde Bandscheibe. Probleme können auch durch Narbenbildungen im Bereich der Nervenwurzeln entstehen, die dann erneut zu Schmerzen und Missempfindungen führen. Diese Folgeerscheinungen der operierten Bandscheibe sind aber durch die heutigen minimal-invasiven Methoden deutlich geringer geworden.

### Es besteht der Eindruck, dass heute zu oft an der Bandscheibe operiert wird?

Es gibt Patienten, die beruflich bedingt wenig Zeit für konservative Behandlungen haben und möglichst schnell durch eine OP von ihren Beschwerden befreit werden möchten. Das ist verständlich. Im Allgemeinen wird aber die Notwendigkeit eines solchen Eingriffs an der Wirbelsäule genau abgewogen und die optimale Behandlung individuell geplant.

## Mikrochirurgie oder Implantat?

# Moderne Therapien bei Wirbelkanalverengung (Spinalkanalstenose)



PD Dr. med. Achim Hedtmann

**Wenn der Rücken schmerzt, die Beine plötzlich nicht mehr wollen. Platzmangel im Körper: Verengung des Wirbelkanals (Spinalkanal-Stenose). Es trifft Menschen ab 50 Jahre beim Laufen, Gehen, Golfen oder Shopping. Plötzlich geht nichts mehr. Heftige Schmerzen schießen von der Lendenwirbelsäule in die Beine. Eine kurze Pause und die Schmerzen lassen nach. Viele Betroffene gehen in solch einer Situation instinktiv in die Hocke. Ideal, denn so bilden sich die Symptome in wenigen Minuten zurück. Aber genau so schnell sind sie wieder da.**

Verwechselbar mit der „Schaufenster-Krankheit“ und doch ganz anders. Die Symptome ähneln zwar der so genannten „Schaufensterkrankheit“, bei der die Arterien verengt sind, sie beschreiben aber eine andere, wenig bekannte Krankheit: die Wirbelkanalverengung, die andere Ursachen hat. Dazu eine kurze Erklärung der Wirbelsäule, die aus einzelnen Wirbeln aufgebaut ist, die den Wirbelkanal umschließen. Im Wirbelkanal liegt geschützt das Rückenmark, das in der Höhe des zwei-

ten Lendenwirbels endet. Darunter verlaufen die vom Rückenmark ausgehenden Nervenfasern. Der Wirbelkanal (Spinalkanal) ist normalerweise weit genug, dass die Nervenfasern dort ausreichend Platz haben. Der Kanal wird vorne von den Rückflächen der Wirbelkörper bzw. der Bandscheiben begrenzt und seitlich von den Wirbelgelenken und den Wirbelbögen, die jeweils durch ein Band verbunden sind. Die Wirbelbögen verbinden sich hinten zum Dornfortsatz. Der Wirbelkanal kann quer, längs oder allgemein eingeengt sein.

### Spinalkanal-Stenose wird oft nicht oder zu spät erkannt.

Die Ursachen für eine Spinalkanal-Stenose sind anlage- und/oder verschleißbedingt. Die Nerven im eingeengten Wirbelkanal werden gequetscht und verursachen Schmerzen und Gehstörungen. Die Gehstrecken solcher Patienten werden mit der Zeit immer kürzer. Auch Schweregefühl in den Beinen, Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Lähmung, aber auch Blasen- und Mastdarmstörungen können auftreten. Durch den ständigen Druck im Spinal-

kanal kann es zu bleibenden Schädigungen der Nervenwurzeln kommen. Die Enge kann in allen Abschnitten des Wirbelkanals auftreten, betrifft aber vor allem die Lendenwirbelsäule. Die Erkrankung tritt immer häufiger auf, ist aber bisher auch unter Ärzten wenig bekannt. Oft vergehen Jahre mit vielen Untersuchungen, bis die richtige Diagnose gestellt wird.

### Wann reicht eine konservative Behandlung?

Sind nur die Nerven gereizt, können Medikamente, Injektionen, physikalische Therapie und Krankengymnastik helfen. Wenn diese keine deutliche Besserung bringen, ist eine Operation angebracht. Ziel der OP ist es, die eingeengten Nervenfasern von ihrem Druck zu entlasten. Die Spinalkanalstenose ist heute bei Patienten über Fünfzig die häufigste Indikation für einen operativen Eingriff an der Wirbelsäule. Früher wurde die Wirbelsäule versteift oder die Verengung beseitigt, indem ein oder mehrere Wirbelbögen mit Dornfortsätzen entfernt wurden.  
*Fortsetzung auf der nächsten Seite*



*Bandscheiben, die durch falsche Belastung oder Verschleiß ihre normale Lage verlassen, können direkt auf die Nervenbahnen drücken und so zu starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen führen.*



Dadurch wurde zwar mehr Platz geschaffen, das führte aber zum Teil zu einer Instabilität der Wirbelsäule mit unangenehmem Wirbelgleiten.

### Die Lösung sind heute minimalinvasive, schonende OP-Verfahren

Je nach Befund des Patienten kommen verschiedene Verfahren zum Einsatz. Bei verdickten Bändern, narbigen Veränderungen nach Wirbelsäulenoperationen oder bei Bandscheibenvorfällen kann die Wirbelsäulenkatheter-Technik angewandt werden.

Die Mikrolasertechnik empfiehlt sich bei bandscheibenbedingten Einengungen. Bei ausgeprägten Veränderungen wie z. B. überwiegend knöchernen Einengungen, erfolgen Eingriffe mit Hilfe des Mikroskops. Dadurch kann der Zugang durch einen sehr kleinen Schnitt erfolgen. Bei diesem Eingriff wird eine Hohlhülse verwendet, wodurch die Rückenmuskulatur und das Weichteilgewebe optimal geschont werden. Gleichzeitig macht das Spezialmikroskop den Eingriff noch präziser. Der Wirbelkanal wird dabei nur von einer Seite geöffnet und nur so viel Material entfernt, dass der Druck vom Nerv und dem Rückenmarkshüllensack genommen wird. Beim Abtragen von Anteilen an Knochen, Gelenken, Bändern und gegebenenfalls Bandscheiben, die den Spinalkanal einengen, kommt eine hochoberflächige Diamantfräse zum Einsatz. Ein operatives Verfahren, das durch einen erfahrenen Wirbelchirurgen erfolgen sollte. Der Schnitt bei diesem Eingriff ist nur 2 – 4 Zentimeter breit und der Patient nach wenigen Tagen wieder auf den Beinen.

### Und die Erfolgsaussichten dieser Verfahren?

Ca. 70 – 80 % der Patienten sind mit der Operation zufrieden. Liegt gleichzeitig eine Wirbelsäulenverkrümmung (Skoliose) oder Wirbelgleiten vor, ist unter Umständen ein zusätzlicher sta-

bilisierender Eingriff erforderlich. Zu beachten ist, dass bei schweren Verschleißerscheinungen die Belastbarkeit der Wirbelsäule nach dem Eingriff vermindert ist. Daher sollte der Patient in den ersten Wochen nach der Operation starke Belastungen der Lendenwirbelsäule vermeiden – dazu gehören schweres Heben sowie extreme Dreh- und ruckartige Bewegungen.

### Sind Aufspreiz-Implantate eine schonende Alternative?

Sind Veränderungen noch nicht so ausgeprägt, kann auch ein Implantat helfen, die Beschwerden zu reduzieren. Ein kleines Implantat wird in Höhe der Einengung zwischen den Dornfortsätzen eingesetzt und in der neuen Position fixiert. Durch das Implantat wird

groß gewählt werden. Im Vergleich dazu gibt es die knöcherne Dekompression, bei der ganze Wirbelbögen mit den Dornfortsätzen oder Teile der Wirbelbögen entfernt werden, um den betroffenen Rückenmarksbereich zu entlasten. Das Implantat bietet mehrere Vorteile. Es müssen keine Knochen noch Weichteilgewebe entfernt werden und die minimalinvasive Operation ist schnell durchzuführen. Bei Begleiterkrankungen ist der Eingriff auch in örtlicher Betäubung durchführbar. Das Implantat hat auch den Vorteil, dass die schmerzhafte Einengung reduziert wird und die Beweglichkeit der Wirbelsäule erhalten bleibt. Der Eingriff ist sehr sicher und schonend, weil dafür der Wirbelkanal nicht geöffnet werden muss.

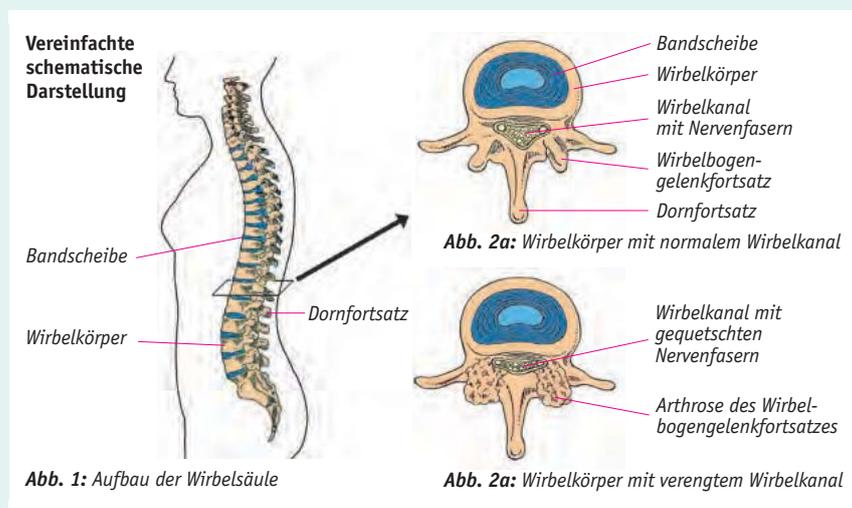


Abb. 1: Aufbau der Wirbelsäule

Abb. 2a: Wirbelkörper mit normalem Wirbelkanal

Abb. 2a: Wirbelkörper mit verengtem Wirbelkanal

der Abstand zwischen den Dornfortsätzen aufgespreizt und erweitert. Das führt auch zu einer Erweiterung im Wirbelkanal und den Nervenaustrittslöchern. Die eingeeengten Nervenwurzeln gewinnen wieder Platz und die Rücken- und Beinschmerzen klingen rasch ab. Das Implantat stellt eine schonende, minimal-invasive Alternative zu den vorhandenen operativen Maßnahmen bei lumbaler (Lendenwirbel-) Spinalkanalstenose dar. Das Implantat kann je nach Ausmaß der Spinalkanalstenose unterschiedlich

## In der Klinik: Praxis von Dr. med. Marcus Flotho

# Voruntersuchung zur geplanten Operation



Dr. med. Marcus Flotho

**Patienten, die sich in der Klinik Fleetinsel operieren lassen wollen, können nach der Untersuchung beim Orthopäden die Voruntersuchungen für die geplante OP in der Klinik machen lassen. Sinnvoll ist es, wenn der Termin für das Anästhesie-Gespräch festliegt, auch den Termin für die Voruntersuchungen durch Dr. Marcus Flotho zu machen. Beide Praxen befinden sich in der ersten Etage der Klinik. Das erspart Wartezeit und unnütze Wege.**

Dr. Flotho, Facharzt für Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung, bietet alle notwendigen Voruntersuchungen an wie z. B. Blutuntersuchungen, EKG – auch unter Belastung, Lungenfunktionsprüfung usw. Natürlich auch das Anamnesegespräch, bei dem die Vorerkrankungen des Patienten (seine Krankengeschichte) erfasst werden. Nach der OP in der Klinik kommen viele Patienten zu Dr. Flotho zur Weiterbetreuung wie Wundnachsorge, Verbandswechsel etc. All diese Maßnahmen vor und nach der OP erfolgen in Abstimmung mit dem jeweiligen Operateur. Auch bei gesundheitlichen Problemen während des Aufenthalts des Patienten in der Klinik, z. B. wenn der Patient

plötzlich hohe Zuckerwerte hat, wird Dr. Flotho um Unterstützung gebeten.

### Neue Leitung der Anästhesieabteilung:



Dr. Erich Walther ist bereits seit 2001 Leitender Oberarzt der Abteilung. Seit Januar 2011 ist er Leitender Arzt der Klinik Fleetinsel Hamburg.

### Was hat sich bei den modernen Narkosemitteln verändert?

Die Medikamente für Narkoseverfahren sind unterschiedlich. Moderne Narkosemittel sind gezielter wirksam und besser steuerbar.

Grundsätzlich gibt es Schmerz- und Hypnosemittel, die individuell für den Patienten zusammengestellt werden. Neben den bekannten Narkosegasen kommen heute immer häufiger auch intravenöse Substanzen mit günstigeren Eigenschaften und weniger Nebenwirkungen zum Einsatz. Auch die Aufrechterhaltung der Narkose erfolgt heute immer häufiger über eine kontinuierliche Verabreichung intravenöser Narkotika. Durch die individuelle Kombination der Narkosemittel treten Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen sehr selten auf.

Während der Narkose überwacht das Anästhesieteam EKG, Puls, Blutdruck

und den Sauerstoffgehalt im Blut des Patienten. Zusätzlich werden Ein- und Ausatemparameter mit O<sub>2</sub>- und CO<sub>2</sub>-Messung dokumentiert, damit eine optimale Überwachung der Organfunktionen gewährleistet ist. Auch die Hirnströme können gemessen werden, um die Narkosetiefe in speziellen Situationen zu überwachen.

Immer häufiger werden Vollnarkosen in Kombination mit sogenannten „peripheren Nervenblockaden,“ also zeitlich begrenzte Betäubung peripherer Nerven im Operationsgebiet, angeboten. Für den Patienten bedeutet das ein noch schonenderes Narkoseverfahren mit verkürzter Aufwachphase und effizienterer Schmerztherapie.

Alternativ zur Vollnarkose stehen eine Reihe von Regionalanästhesie-Verfahren, wie Spinalanästhesie oder isolierte Nervenblockaden zur Verfügung.

### Warum haben einige Menschen trotzdem immer noch Angst vor der Narkose?

Das ist verständlich, denn in den 50er- und 60er-Jahren war das Risiko einer Komplikation der Narkose mangels moderner Überwachungstechniken wesentlich größer. Die Angst vor der Narkose haben viele Menschen im Gedächtnis gespeichert und über Generationen weitergegeben. Viele haben auch Angst, sich der Obhut eines anderen Menschen anzuvertrauen. Sie verbinden damit Hilflosigkeit und Kontrollverlust. All diese Ängste sind völlig normal und dem Anästhesisten bekannt.

### Welche Rolle spielt heute die Schmerztherapie?

Die Schmerztherapie ist heute ganz entscheidend. Ein durch das Behandlungsteam aus Anästhesist und Operateur erstelltes Schmerzkonzept soll die Schmerzfreiheit und auch den Heilungsverlauf beschleunigen.

*Fortsetzung auf der nächsten Seite*

### Neuer Spezialist für die Behandlung der HWS und LWS

## PD Dr. Michael Muschik

Hierzu erfolgen auch regelmäßig Visiten und Gespräche. Die eingesetzten Therapien umfassen schmerzlindernde Medikamente, auch in intravenöser Form (Schmerztropf), bis hin zur Betäubung spezifischer Nerven bzw. Nervengeflechten durch eine Lokalanästhesie während der OP.

#### Was kann der Patient selber tun, damit die Narkose optimal verläuft?

Er sollte sich auf das Gespräch mit dem Anästhesisten gut vorbereiten. Das Narkosegespräch sollte rechtzeitig – in der Regel eine Woche vor der OP – erfolgen. So können offene Fragen und fehlende Untersuchungen rechtzeitig geklärt werden.

Zum Gespräch ist es unbedingt erforderlich, dass der Patient die Unterlagen, die er von der Klinik erhalten hat, mitbringt. Dabei wird der Arzt oder die Ärztin die Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren sowie deren Risiken genau erläutern. Auf Basis der individuellen Krankengeschichte wird dann gemeinsam die Narkoseform festgelegt.



PD Dr. med. Michael Muschik

**Dr. med. Michael Muschik, Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und für Physikalische Therapie, ist seit Januar 2011 Leitender Orthopäde an der Klinik Fleetinsel Hamburg.**

Die fachlichen Schwerpunkte von Dr. Muschik liegen in der Behandlung der HWS (Halswirbelsäule) und LWS (Lendenwirbelsäule) sowie in der Kinderorthopädie. Hierbei geht es speziell um Mikrochirurgie-Eingriffe an Hals- und Lendenwirbelsäule, bei Bandschei-

benvorfällen und Spinalkanalstenose, Bandscheibenprothesen der HWS und LWS, Spondylodesen bei Instabilitäten und Spondylolisthesen, konservative und operative Skoliosebehandlung, Therapie von Frakturen der Wirbelsäule, minimalinvasive Injektionstherapie, Kinderorthopädie.

Zum Einsatz kommen dabei verschiedene bewährte Operationsverfahren wie offene mikrochirurgische, minimalinvasive und endoskopische Verfahren. Diese bieten effektive und schonende Behandlungsmöglichkeiten. Die Auswahl des Verfahrens hängt vom jeweiligen Befund und von den individuellen anatomischen Gegebenheiten des Patienten ab. Der Patient profitiert von solchen innovativen, schonenden Verfahren. Er erholt sich schneller und kann meistens bereits nach kurzem stationärem Aufenthalt die Klinik verlassen.

#### Falls Sie dazu Fragen haben oder einen Termin wünschen:

PD Dr. med. Michael Muschik  
Telefon: 040/37671 - 16  
E-Mail: [dr.muschik@klinik-fleetinsel.de](mailto:dr.muschik@klinik-fleetinsel.de)



*Bei ersthaften Erkrankungen und Verletzungen der Halswirbelsäule sollte ein erfahrener Spezialist zu Rate gezogen werden.*

## OP-Leitung

# Vera Lempp – Managerin von vier OP-Sälen und dem gesamten OP-Team



Vera Lempp

**Vera Lempp ist zwar von zarter Statur, aber starkem Durchsetzungsvermögen. Die Mutter von zwei Kindern arbeitet seit über zehn Jahren als OP-Schwester in der Klinik Fleetinsel. Vor zwei Jahren hat sie die OP-Leitung übernommen. Eine Aufgabe, die sie sehr reizte, von der sie aber selber sagt: „Ich wusste nicht, ob ich das schaffe.“**

Heute ist das kein Thema mehr, wenn sie den gesamten OP-Ablauf für vier Säle vorbereitet, überwacht und für kleine Probleme per Telefon immer erreichbar ist. Längst hat sie bewiesen, dass sie ein Team von 15 OP-Schwestern (es gibt nur einen OP-Pfleger) und die freien Ersatzkräfte gut führen, planen und entsprechend ihrer Fähigkeiten einsetzen kann – natürlich in Koordination mit den jeweiligen Ärzten am OP-Tisch.

So managt sie jeden Tag vier OP-Säle der Klinik Fleetinsel Hamburg. Pro Saal werden zwei OP-Schwestern benötigt. Frau Lempp kennt ihr Team genau und weiß, wie engagiert und hochmotiviert alle arbeiten. Das zeigt auch die geringe Fluktuation. Viele gehören schon lange zur Klinik, ältere Schwestern arbeiten mit jüngern zusammen und geben ihre Erfahrungen weiter. Zu den Aufgaben einer OP-Leitung gehören auch die Weiterbildung der OP-Schwestern sowie die Einarbeitung neuer Kolleginnen.

### Was genau sind die Aufgaben einer OP-Schwester?

Die OP-Schwester reicht dem operierenden Arzt die Instrumente und Hilfsmittel an. Dafür bereitet sie sich einen Instrumententisch vor, auf dem alles für die jeweilige OP griffbereit liegt. So sorgt sie für einen reibungslosen Ablauf der OP. Das bedeutet, dass sie die einzelnen Schritte, z. B. einer Hüft-OP mit Einsatz einer Endoprothese, genau kennen muss. Der Patient liegt dabei in stabiler Seitenlage und wird entsprechend mit Hilfsmitteln gestützt. Der jeweilige Operateur muss sich auf seine Schwestern verlassen können. Die OP-Schwester ist auch zuständig für die Hygienemaßnahmen wie z. B. die Sterilisation der Instrumente.

Auf die Frage, wieso Frau Lempp diesen Beruf gewählt hat, antwortet sie: „Weil Medizin und vor allem die Chirurgie mich schon immer interessiert haben. Mir macht die Arbeit mit dem Team viel Freude. Alle im Team ziehen toll mit.“

### Wieso gibt es so viele OP-Schwestern, aber wenige OP-Pfleger?

Weil die meisten Ärzte die Gesellschaft von Frauen vorziehen und Frauen nun mal einfühlsamer als Männer sind. Oder? Dr. Diedrich Haesen meint dazu lächelnd: „Ja, das stimmt. Aber Männer holen auf. Es gibt immer mehr OP-Pfleger. Das mit der OP-Schwester ist historisch gewachsen. Das waren früher an den Krankenhäusern alles Nonnen.“



Das OP-Team besteht aus vielen Spezialisten und ist sehr gut aufeinander eingespielt.

## Wenn die Kniescheibe öfter mal rausspringt Neu: Kniescheibenband – MPFL-Plastik kann helfen



Dr. med. Werner Siekmann

**Viele wissen zwar, wo die Kniescheibe (Patella) sitzt, aber welche wichtige Funktion sie hat, weiß kaum jemand. Das wird erst bemerkt, wenn sie nicht mehr richtig funktioniert.**

Die Kniescheibe ist eine Art Kraftumleiter. An ihrem oberen Rand setzt der Streckmuskel des Oberschenkels an. An der Unterseite der Kniescheibe zieht das Kniescheibenband zum Unterschenkel hin. Die Kniescheibe funktioniert beim Beugen und Strecken des Knies wie eine „Umlenkrolle“. Sie bewegt sich in einer Gleitrinne auf und ab und überträgt die Kraft der Streckmuskulatur des Oberschenkels über das Knie auf den Unterschenkel. Wie alle Teile des Kniegelenks sind auch die Gleitrinne und die Kniescheibenrückfläche von Gelenkknorpeln überzogen.

**Was passiert bei einer Knieverrenkung, wenn das Kniegelenk plötzlich rausspringt und schmerzt?**

Typischerweise springt dabei die Kniescheibe nach außen aus der Gleitrinne. Dabei kommt es eigentlich immer zu einem Zerreißen des Aufhängebandes der Kniescheibe an der Knie-Innenseite sowie meistens auch zu einer Schädigung des Knorpels hinter der Kniescheibe.

**Was ist der Grund für diese Verrenkung?**

Oftmals kann eine angeborene Fehlf orm die Ursache dafür sein, dass die Kniescheibe rausspringt. Häufig liegt auch eine hoch stehende Kniescheibe vor. Auch ein Unfall kann zu einer Bandzerrei ßung führen und in der Folge solche Verrenkungen fördern. Risikofaktoren für eine Kniescheibenverrenkung sind auch X-Beine, eine allgemeine Bindegewebschwäche und ein Ungleichgewicht der Oberschenkelmuskulatur.

Ist die Kniescheibe einmal herausgesprungen, kommt es in der Folge nicht immer, aber doch überwiegend, zu erneuten Luxationen. Da dabei immer das Risiko der Knorpelschädigung besteht, sollte das Ziel sein, diese zu verhindern.

**Wie kann das wiederholte Herausspringen der Kniescheibe nach außen verhindert werden?**

Wichtig ist, dass die Stabilität der Kniescheibe in der Gleitrinne wieder hergestellt wird. Dafür muss zunächst festgestellt werden, was zu der Verrenkung geführt hat. Ist die knöcherne Form der Gleitrinne noch ausreichend, genügt es oftmals, das zerrissene, ehemals von innen stabilisierende Kniescheibenband zu ersetzen. Dies geschieht durch die so genannte MPFL-Plastik. Das MPFL (Medio-Patello-Femoral-Ligament) ist der Fachausdruck



*Durch eine MPFL-Plastik wird die Funktionsweise der Kniescheibe wieder hergestellt und das Knie kann wieder normal belastet werden.*

für das innere Band, das bei einer Luxation zerrei ßt. Dass es sich hierbei um ein echtes Band und nicht nur um eine derbere Kapsel des Kniegelenks handelt, mussten die orthopädischen Chirurgen vor einigen Jahren „neu“ lernen. Das zerrissene Band wird durch eine Sehne vom Oberschenkel (Gracilissehne) ersetzt. Dieses Band wird über kleine Hautschnitte an der Kniescheibe und am Oberschenkel sicher und stabil befestigt.

**Wie lange muss der Patient in der Klinik bleiben?**

Der Eingriff erfolgt in unserer Klinik kurzstationär. Das Knie kann innerhalb weniger Tage wieder voll belastet werden. Es muss lediglich für zwei bis sechs Wochen eine bewegungseinschränkende Schiene angelegt werden. Nach drei Monaten kann sogar uneingeschränkt wieder Sport getrieben werden.

**Gibt es noch andere Möglichkeiten der Behandlung?**

Bei einer ersten Luxation kann man bei einem Teil der Patienten, je nach Befund, auch versuchen, ohne Operation auszukommen. Natürlich gibt es auch andere Operationsmethoden, die je nachdem, welche Ursachen für die Luxation (Gleitlagerfehlf orm, Rotationsfehlf estellung des Oberschenkelknochens) vorliegen, alternativ oder in Kombination mit dem Bandersatz angewendet werden können. Grundsätzlich versucht der Orthopäde, so gut es geht, die wirkliche Ursache der Luxation anzugehen.

**Wie lange hält solch ein MPFL-Band?**

Die vorgestellte MPFL-Plastik ist Teil einer ganzen Reihe von kniescheibenstabilisierenden Maßnahmen. Sie ersetzt eine bislang übliche „Narbenoperation“, die naturgemäß später oft „ausleierte“. Bei richtiger Indikation hält eine Bandplastik uneingeschränkt und leierte eben nicht aus!

## Krankheiten vorbeugen

Dr. med. Christiane Gebhardt:  
Tipps für Ihre Gesundheit

Dr. med. Christiane Gebhardt

in der Sonne – vor allem in südlichen Ländern. Die Beine mit einem Tuch abdecken. Die Beine beim Sitzen nicht übereinander schlagen, denn das behindert die Blutzirkulation. Möglichst viel bewegen und mehrmals in der Woche 30 Minuten flott gehen. Auch Schwimmen, Wandern und Radfahren macht den Venen Freude. Warme und kalte Wechselduschen regen die Durchblutung der Beine an (Kneippsche Anwendungen). Zu heiße Bäder und Sauna meiden (Biosauna wählen). Auf das Gewicht achten – zuviel belastet auch die Venen.

Vorsicht mit den Venen bei  
Sonne und langen Flugreisen

**Dr. med. Christine Gebhardt, Gefäßspezialistin und Expertin für Erkrankungen der Venen**

Was kann jeder für die Gesundheit  
seiner Venen tun?

Achtung bei Langzeitflügen! Öfter mal aufstehen, nicht zu lange sitzen oder stehen. Wenn es doch sein muss, öfter mit den Fersen auf und ab wippen. Das geht im Stehen, aber auch im Sitzen. Vorsicht auch bei zu langem Aufenthalt

Was sind eigentlich  
Besenreiser?

**Und wann entfernt man sie am besten?**

Dr. Christiane Gebhardt: Besenreiser sind kleine rote oder blaue Äderchen an den Beinen. Der Name entstand, weil diese Äderchen den kleinen Ästen ähneln, die früher als Kehrbesen benutzt wurden. Besenreiser können auf eine Bindegewebsschwäche der Beine hindeuten. Häufig sind sie das erste Anzeichen einer Venenschwäche, die



*Schon leichte regelmäßige sportliche Aktivitäten vermindern das Risiko von Durchblutungsstörungen in den Beinen.*

zu Krampfadern führen kann. Besenreiser werden nach Farbe und Durchmesser unterschieden. Sie können auch ohne angeborene Venenschwäche entstehen, dann sind sie harmlos und nur ein ästhetisches Problem. Zu Beginn der Urlaubs- und Badesaison werden diese wieder sichtbar und plötzlich als störend empfunden.

Besenreiser können entweder verödet oder durch spezielles Licht behandelt werden. Die beste Zeit dafür ist die kalte Jahreszeit, so Dr. Gebhardt, wenn die Gefäße eng gestellt sind.

*(Anmerkung: bei Wärme, Sonne weiten sie sich. Außerdem stören im Winter Kompressionsstrümpfe weniger. Diese müssen einige Zeit nach der Behandlung getragen werden.)*



*Lange Flüge sind Stress für die Beine. Dr. Christiane Gebhardt verrät Ihnen, wie Sie vorbeugen können.*

**Fachbegriffe leicht verständlich**

**Aufspreiz-Implantat**

Bei einer Wirbelkanalverengung wird ein kleines Implantat in Höhe der Einengung zwischen den Dornfortsätzen eingesetzt. Dadurch wird der Abstand zwischen den Dornfortsätzen aufgespreizt und erweitert, was zu einer Erweiterung im Wirbelkanal und den Nervenaustrittslöchern führt. Das Implantat ist eine schonende, minimal-invasive Alternative zu den vorhandenen OP-Verfahren.

**Bandscheibe**

Bandscheiben sind faserknorpelige Verbindungen zwischen den einzelnen Wirbeln der Wirbelsäule.

**Bandscheibenvorfall**

Durch Alterung oder ungünstige Belastung kann das Gewebe der Wirbel sich vorwölben bzw. austreten. Dann spricht man von einem Bandscheibenvorfall, bei dem die Spinalnervenwurzeln oder das Rückenmark zusammengedrückt werden. Das verursacht starke Schmerzen und kann im schlimmsten Fall zur Lähmung der Beine und Füße führen.

**Besenreiser**

Besenreiser sind kleine rote oder blaue Äderchen an den Beinen. Sie können auf eine Bindegewebsschwäche der Beine hindeuten. Häufig sind sie das erste Anzeichen einer Venenschwäche, die zu Krampfadern führen kann.

**Endoskopisch**

Bedeutet wörtlich übersetzt „in das Innere sehen“ zur Diagnose oder zur operativen Endoskopie.

**HWS/LWS**

Halswirbelsäule/Lendenwirbelsäule

**Luxation**

Als Luxation (von lat. luxare = verrenken) wird das Verrenken oder

Auskugeln von Knochen in Gelenken bezeichnet.

**Mikrochirurgie**

Operationstechnik, bei der der Chirurg am OP-Feld mit optischer Vergrößerung, z. B. durch das Operationsmikroskop arbeitet.

**minimal-invasiv**

Operativer Eingriff mit kleinster Verletzung von Haut und Weichteilen.

**MPFL-Plastik**

MPFL (Medio-Patello-Femoral-Ligament) ist der Fachausdruck für das innere Band, das bei einer Luxation der Kniescheibe zerreißt. Das zerrissene Band wird durch eine Sehne vom Oberschenkel (Gracilissehne) ersetzt. Dieses Band wird über kleine Hautschnitte an der Kniescheibe und am Oberschenkel sicher und stabil befestigt.

**Schaufensterkrankheit**

Bei dieser Erkrankung sind die Arterien in den Beinen verengt. Die Symptome ähneln denen der Wirbelkanalverengung, die aber andere Ursachen hat.

**Varizen**

Krampfadern meistens in den Beinen.

**Wirbelkanalverengung (Spinalkanalstenose)**

Im Wirbelkanal liegt geschützt das Rückenmark. Der Wirbelkanal (Spinalkanal) ist normalerweise weit genug, dass die Nervenfasern dort ausreichend Platz haben. Der Wirbelkanal kann quer, längs oder allgemein eingengt sein. Die Symptome ähneln zwar der so genannten „Schaufensterkrankheit“, bei der die Arterien verengt sind, sie beschreiben aber eine andere, wenig bekannte Krankheit: die Wirbelkanalverengung, die andere Ursachen hat.

**Von der Redaktion eine Bitte an Sie!**

Wir freuen uns sehr über die Erweiterung des Magazins auf 12 Seiten. Wir haben immer sehr viele aktuelle Informationen aus der innovativen Arbeit der Ärzte der Klinik, so dass es unser Ziel ist, das Ganze für Sie noch lesefreundlicher und anschaulicher zu machen. Gefällt Ihnen die neue Ausgabe? Schreiben Sie uns Ihre Meinung: E-Mail: ellenhosbachpr@gmx.de

Hier finden Sie einige Beispiele von redaktionellen Beiträgen, die in Zusammenarbeit mit einzelnen Experten der Klinik erstellt und in verschiedenen Zeitschriften sowie Tages- und Wochenendzeitungen veröffentlicht wurden. Die Veröffentlichungen können auch im Internet unter [www.klinik-fleetinsel.de](http://www.klinik-fleetinsel.de) (siehe Presse und Medien) als PDF herunter geladen werden.



**Sport und Fußprobleme und Therapien**  
Interview Dr. Werner Siekmann



**MDR Hauptsache gesund**  
**Thema: Vorfuss-OP und MetaCun**  
Interview Dr. Jürgen Walpert



**Thema: Mittelfußgelenke und MetaCun (Titanplatte)**  
Dr. Jürgen Walpert



**Was macht meinen Rücken gesund?**  
Probleme mit der Bandscheibe und moderne Behandlungsverfahren  
Interview PD Dr. Achim Hedtmann



**Verknöcherung der Achillessehne**  
Interview Dr. E. H. Schwer

**IMPRESSUM**

**Herausgeber:**  
Klinik Fleetinsel Hamburg GmbH & Co. KG  
Admiralitätstraße 3-4, 20459 Hamburg  
Telefon 040/3767 1-0  
Internet: [www.klinik-fleetinsel.de](http://www.klinik-fleetinsel.de)  
E-Mail: [info@Klinik-Fleetinsel.de](mailto:info@Klinik-Fleetinsel.de)  
**Verantwortlich für den Inhalt:**  
Dr. Achim Hedtmann, Dr. Roland Sellckau  
**Redaktion:**  
Ellen Hosbach, Johanna Strömsdörfer  
Ellen Hosbach Kommunikationsberatung Hamburg  
**Gestaltung und Druck:**  
LD Druck, Hamburg