

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk. Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.

Patienteninformation



Hümmling Krankenhaus 
Sögel



2

Von links nach rechts:
Chefarzt Dietmar Jansen
Chefarzt Dr. med. Holger Alex
Chefarzt Dr. med. Thomas Schulte-Huxel

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben sich dafür entschieden, Ihr erkranktes Hüftgelenk im Hümmling Krankenhaus Sögel in der **Abteilung für Unfallchirurgie** durch ein gut funktionierendes Kunstgelenk, eine so genannte Endoprothese, ersetzen zu lassen. In Deutschland werden pro Jahr zirka 200.000 Hüftgelenke erfolgreich in spezialisierten und zugelassenen Kliniken implantiert. Im Hümmling Krankenhaus Sögel und im St. Bonifatius Hospital Lingen werden insgesamt rund 400 Hüftendoprothesen pro Jahr eingesetzt. Damit gehören wir mit zu den führenden Kliniken in Deutschland.

Das Vertrauen, das Sie mit Ihrer Wahl in unser Krankenhaus setzen, ist uns Aufgabe und Verpflichtung zugleich. Das Ärzteteam, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes und der Physikalischen Therapie werden Sie jederzeit mit Sachverstand, Rat und Tat begleiten und Ihnen den Aufenthalt in unserem Krankenhaus so angenehm wie möglich gestalten.

Da letztendlich nicht nur die verwendeten Implantate und das spezialisierte Operationsteam für den Erfolg dieser Operation ausschlaggebend sind, sondern auch die noch folgende Rehabilitation haben wir in unserem Haus in Zusammenarbeit mit der **Abteilung für Physikalische Therapie und der Abteilung für Innere Medizin mit dem Fachbereich Geriatrie** das besondere Behandlungskonzept „Frührehabilitative Komplexbehandlung“ ausgearbeitet. Die anschließende ambulante oder stationäre Rehabilitation können Sie unter bestimmten Voraussetzungen in unserem Verbundkrankenhaus, dem St. Bonifatius Hospital Lingen, durchführen.



Unsere Erfahrung zeigt, dass gut informierte Patienten bewusster handeln und damit aktiv an ihrem Heilungsprozess mitwirken – das trägt zum Gesamterfolg bei. Deshalb haben wir für Sie diese Broschüre entwickelt. Sie kann und soll nicht das Beratungsgespräch ersetzen – zögern Sie nicht, sich mit Ihren individuellen Fragen, Sorgen und Anliegen an uns zu wenden.

Herzlich willkommen heißen Sie

Chefarzt Dr. med. Holger Alex
Chefarzt Dr. med. Thomas Schulte-Huxel
Chefarzt Dietmar Jansen

Das Hümmling Krankenhaus Sögel – Wir stellen uns vor



Der Fachbereich für Unfallchirurgie unter dem Dach der Abteilung für Chirurgie ist eine Einrichtung des Hümmling Krankenhauses Sögel.

Seit seiner Gründung im Jahr 1866 durch den Sögeler Pastor Altmeppen steht das Krankenhaus in bester katholischer Tradition. Einhundert Jahre lang oblag die Krankenpflege den Franziskanerinnen von Salzkotten, die dann von den Missionsschwestern vom Heiligen Namen Mariens übernommen wurde. Im Laufe der über 140-jährigen Geschichte wechselte die Trägerschaft, u. a. bedingt durch Gebietsreformen, mehrfach. 10 Jahre nach der Gründung ging das Krankenhaus von der katholischen Kirche in öffentliche Trägerschaft auf das Amt Hümmling über. 1930 folgte als Träger der Landkreis Aschendorf-Hümmling, 1977 der Kreis Emsland.

2003 ist aus dem früheren Kreiskrankenhaus das selbstständige Krankenhaus Sögel geworden. Am heutigen Hümmling Krankenhaus Sögel sind der Landkreis Emsland und der St. Bonifatius Hospital Lingen e. V. zu jeweils 50 % als Gesellschafter beteiligt.

Das Hümmling Krankenhaus Sögel ist zertifiziert nach den Normen von ProCum Cert und KTQ.



Heute präsentiert sich das Hümmling Krankenhaus Sögel mit der Emsländischen Pflege gGmbH und den integrierten Facharztpraxen als modernes Dienstleistungszentrum für Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention. Das Krankenhaus verfügt über die medizinischen Fachabteilungen

- Innere Medizin
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Unfallchirurgie
- Anästhesie
- Intensivmedizin

hinzu kommen die Belegabteilungen für

- Gynäkologie/Geburtshilfe
- Urologie

und die integrierten Praxen für

- Innere Medizin
- Diabetologie
- Neurologie
- Physiotherapie
- Psychotherapeutische Medizin

Angeschlossen ist ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit den Fachgebieten Orthopädie und Chirurgie, eine Abteilung für Physikalische Therapie, eine Krankenpflegeschule sowie ein ambulanter Pflegedienst und eine Kurzzeitpflege-Station, die sich in Trägerschaft der Emsländischen Pflege gGmbH befindet.

Das Hümmling Krankenhaus Sögel ist ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Am Krankenhaus ist der Palliativstützpunkt Nördliches Emsland angesiedelt. Bestandteil des Stützpunktes mit seinen Kooperationspartnern ist eine Palliativeinheit in der Inneren Medizin und das regionale interdisziplinäre Versorgungsnetzwerk „Palliativnetz Nördliches Emsland“.

Schwerpunkte der Unfallchirurgie

■ Unfallchirurgie

Behandelt werden Patienten mit frischen Verletzungen aller Schweregrade. Die Klinik ist zum Verletzungsverfahren der gewerblichen Berufsgenossenschaft zugelassen. Der Hubschrauberlandeplatz sichert die schnelle Versorgung der unfallchirurgischen Patienten. Für Patienten mit lebensbedrohlichen Verletzungen verfügen wir über den Sofortbehandlungsraum (Schockraum) und intensivmedizinische Betreuung.

■ Endoprothetik

Bei den Hüft- und Knieendoprothesen werden für die Patienten jeweils individuelle Prothesen – abhängig von Alter, Knochenqualität und Körpergewicht – eingesetzt. Alle verwendeten Implantate weisen die besten Langzeitergebnisse vor. Patientinnen, die ein künstliches Kniegelenk benötigen, können von uns ein speziell an die weibliche Anatomie angepasstes Frauenknie (Gender Solutions™) erhalten. Bei geeigneten Befunden erfolgt die Implantation der Gelenke in modernen minimal invasiven Operationstechniken, bei denen der Hautschnitt und die Muskelschädigung so klein wie möglich gehalten werden. Dazu kommen erforderliche Wechseloperationen aller Schwierigkeitsgrade.

■ Arthroskopische Operationen (Gelenkspiegelung)

Diese Operationen können am Kniegelenk, Schultergelenk, Ellenbogengelenk Sprunggelenk und dem Handgelenk durchgeführt werden. Die einfacheren Spiegelungen werden mittlerweile überwiegend ambulant durchgeführt.

■ Knorpelchirurgie und Kreuzbandersatzoperationen

Ein weiterer Schwerpunkt unserer Tätigkeit ist die Kreuzbandchirurgie, die wir arthroskopisch durchführen. Bei bestimmten Knorpeldefekten wird eine Knorpelzelltransplantation mit eigenen Zellen des Patienten durchgeführt. Diese Maßnahme führt häufig zu einer nahezu vollständigen Wiederherstellung der Gelenkfunktion.



■ Fußchirurgie

Innerhalb der Fußchirurgie werden zum Beispiel Korrekturen von Fuß- und Zehendeformitäten des Erwachsenen vorgenommen (Hallux Valgus, Hammerzehen, Fersenerkrankungen, Platt- und Senkfuß).

■ Osteoporose

Bei geeigneten Bruchformen wird eine Wiederaufrichtung der Wirbelsäule durch die Auffüllung von Knochenzement durchgeführt. Alle Brüche peripherer Knochen und Schenkelhalsfrakturen werden nach dem letzten Stand der Wissenschaft behandelt.

■ Umstellungsosteotomien

Umstellungsosteotomien dienen zur Entlastung bereits geschädigter Gelenkanteile. Die Last, die das Gelenk schädigt, wird durch die Umstellung eines oder mehrerer Knochen von dem bereits geschädigten Knorpel auf einen noch gesunden Bereich gelenkt.

■ Sportmedizin

Sämtliche Sportverletzungen werden konservativ und operativ durch unser Ärzteteam nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt.

Das Hüftgelenk – unser Dreh- und Angelpunkt

Wie ist das Hüftgelenk aufgebaut?

Wenn wir gehen, uns drehen oder beugen, ist ein Gelenk maßgeblich im Spiel: unser Hüftgelenk. Es stellt die gelenkige Verbindung des Rumpfes mit den Beinen dar und verbindet Becken- und Oberschenkelknochen. Seine optimale Form als Kugelgelenk garantiert uns große Bewegungsfreiheit.

Das Gelenk besteht aus der Hüftpfanne im Beckenknochen und dem Hüftkopf des Oberschenkelknochens. Beide Teile sind mit einer knorpeligen Gleitschicht überzogen. Eine Gelenkkapsel dichtet die gelenkige Verbindung ab. Sie produziert eine Flüssigkeit, die einerseits den Knorpel ernährt und andererseits für eine reibungsfreie Bewegung sorgt. Gleich einem Stoßdämpfer sollen so die gewaltigen Kräfte abgefangen werden, die im Laufe eines Lebens auf das Gelenk einwirken. Bänder zwischen den Knochen geben dem Gelenk die notwendige Stabilität; durch Muskeln und Sehnen wird es bewegt.

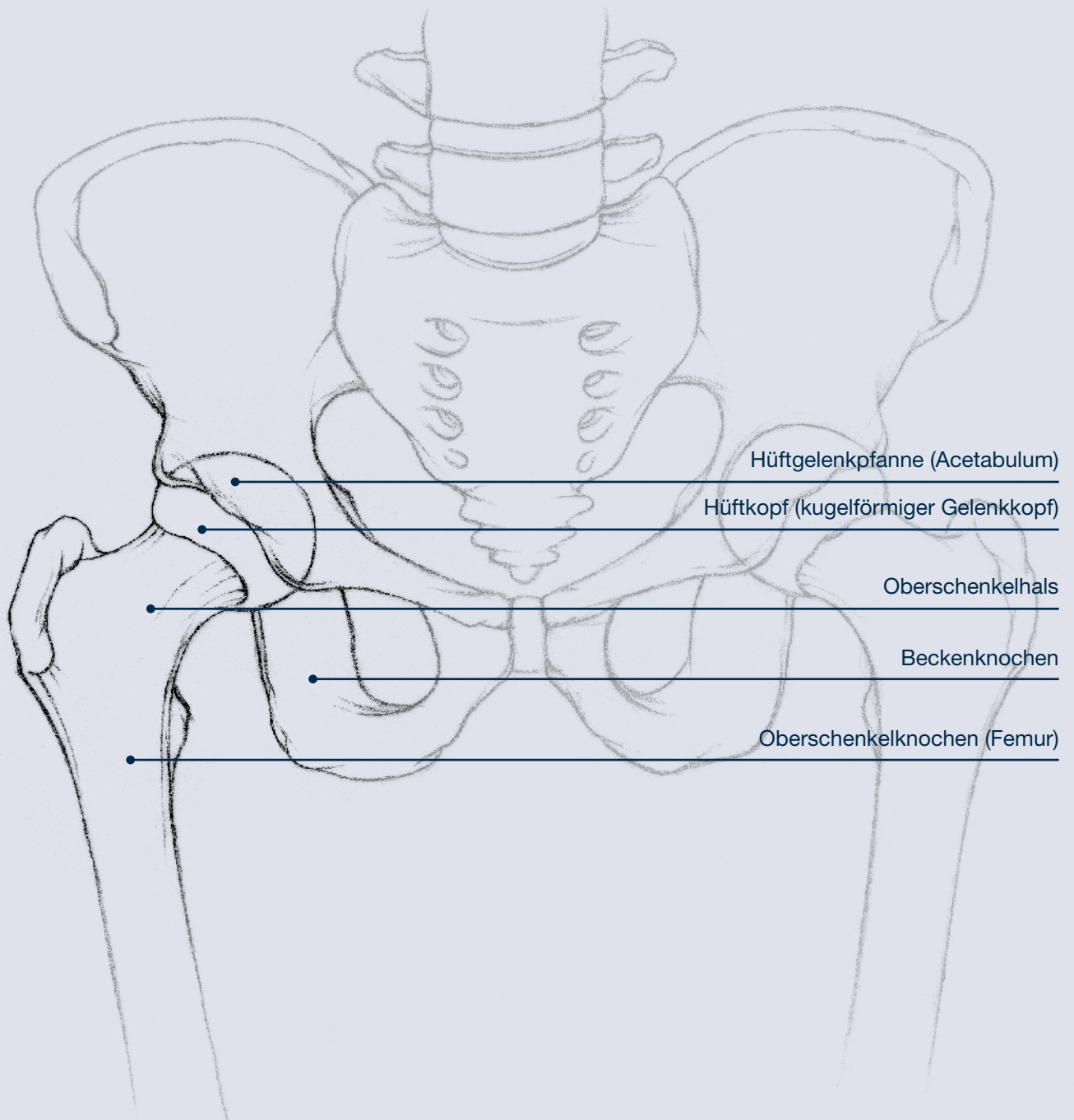
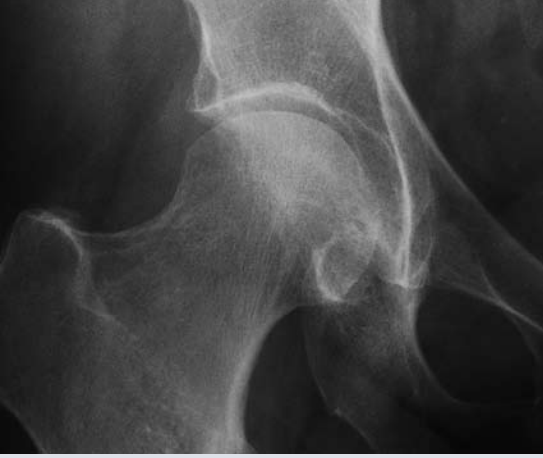
Wie kommt es zur Erkrankung?

Die Ursache für die Entstehung einer Verschleißerscheinung am Hüftgelenk sind vielschichtig. Wir unterscheiden heute Verschleißerscheinungen auf der Grundlage anderer Erkrankungen und Verletzungen, wie zum Beispiel dem Rheumatismus oder der Folge von Frakturen. Am häufigsten aber sind Verschleißerscheinungen am Hüftgelenk dort anzutreffen, wo anlagemäßig eine so genannte Hüft dysplasie die Belastbarkeit des Hüftgelenks von vornherein einschränkte. Es gibt aber auch Krankheitsbilder, bei denen wir nicht sagen können, warum das Gelenk einem vorzeitigen Verschleiß unterworfen war. Wir sprechen hier von der so genannten primären Arthrose im Vergleich zur sekundären, bei der die Grunderkrankung bekannt ist. Insgesamt lässt sich sagen, dass Arthrosen dann entstehen, wenn ein Missverhältnis zwischen Belastung und Belastbarkeit des Gelenks vorliegt. So ist es durchaus erklärbar, dass Schwerstarbeiter oder Leistungssportler häufiger an Verschleißerkrankungen der Gelenke leiden als Menschen, die sich neben ihrer



beruflichen Belastung regelmäßig sportlich betätigen. Die Folgen kennen Sie. Es treten Schmerzen auf, die Gehstrecken werden kürzer, Sie haben Ruheschmerz und die Beweglichkeit lässt erheblich nach.

Diese klinischen Befunde können im Röntgenbild sichtbar gemacht werden. Dabei nähern sich Hüftkopf und Hüftpfanne, da der Knorpel im Röntgenbild nicht sichtbar ist. Sein Verschleiß führt aber zur Annäherung der Knochen. Die Folge des nicht mehr funktionsfähigen Gelenkknorpels ist am Knochen selbst erkennbar. Es kommt zu einer so genannten Sklerosierung, d.h. der Knochen verstärkt sich an der Oberfläche, auch die unter der harten Knochenoberfläche liegenden spongiösen Knochenanteile verändern sich, es entstehen Zysten, an den Rändern sowohl der Gelenkpfanne als auch des Hüftkopfes entstehen so genannte arthrotische Randwülste, d.h. es lagert sich Knochen in Kapsel- und Bandstrukturen ein, sodass diese auch im Röntgenbild sichtbar werden und die Verformung des Hüftgelenks komplettieren.



Was ist eine Hüft-Totalendoprothese (HTEP)?

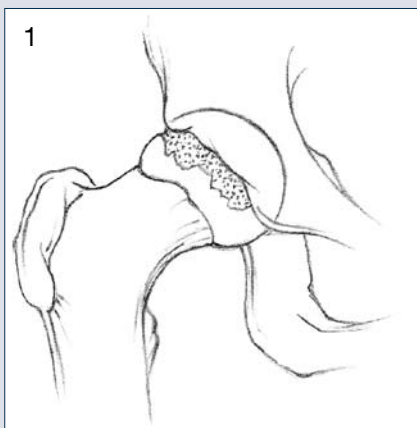
Eine Hüft-Totalendoprothese ist der Ersatz des erkrankten Hüftgelenkes durch ein künstliches Implantat. Der Ersatz geschädigter Gelenke ist einer der größten orthopädischen Fortschritte des 20. Jahrhunderts. Dank ständigen technologischen Fortschritts und Einbringung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse hat er sich heute zu einem nahezu perfekten Verfahren weiterentwickelt.

In Europa werden jährlich bereits 650.000 Hüft-Totalendoprothesen implantiert, sodass man annehmen könnte, es wäre ein Routineeingriff. Dies ist aber nicht so. Künstliche Hüftgelenke sollten von speziell geschulten Ärzteteams in Spezialkliniken implantiert werden, da ein Misserfolg für den Patienten immer eine besondere Dramatik darstellt.

Die Endoprothese besteht aus der Hüftpfanne und dem Hüftschaff, auf den ein Kugelkopf aufgesetzt wird, der sich in der Pfanne bewegt. Die Gelenkflächen, die direkten Kontakt miteinander haben (Gleitpaarung), sind ein Keramikkopf, der gegen einen Pfanneneinsatz aus Polyethylen oder Keramik läuft, oder ein Metallkopf, der gegen einen Pfanneneinsatz aus Metall oder Polyethylen läuft.

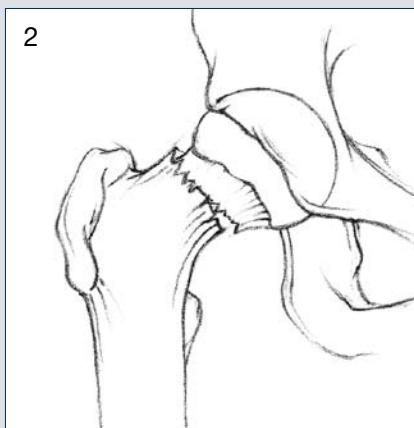
Alle verwendeten Materialien sind speziell für medizinische Zwecke entwickelt. Sie zeichnen sich durch eine maximale Gewebeverträglichkeit aus und bewirken eine möglichst schmerzfreie und dauerhafte Funktion.

Erkrankungen des Hüftgelenkes



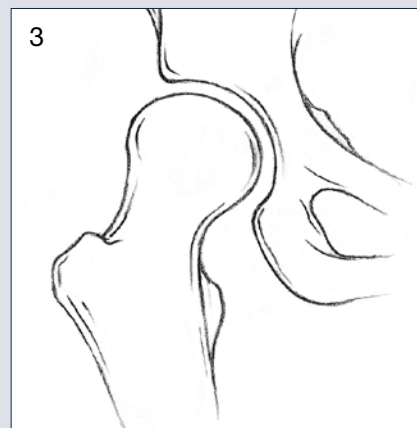
1. Verschleiß des Hüftgelenkes (Coxarthrose)

Mit zunehmendem Alter kann sich die Knorpelschicht zwischen Hüftkopf und Hüftpfanne abnutzen. Die »Stoßdämpferfunktion« wird nicht mehr erfüllt. Die Knochen reiben aufeinander und es kommt zu Formveränderungen an Kopf und Pfanne.



2. Oberschenkelhalsbruch

Durch einen schweren Sturz oder Schlag auf die Hüfte kann der Oberschenkelknochen (Femur) brechen. Dies geschieht normalerweise im Bereich des Schenkelhalses; betroffen sind meist ältere Personen. Ein Oberschenkelhalsbruch muss in jedem Fall klinisch versorgt werden – sehr häufig mit einem künstlichen Gelenkersatz.



3. Fehlstellung des Hüftgelenkes (Hüftdysplasie)

Bei einer angeborenen Hüftdysplasie kommt es regelmäßig zu einer Luxation (Ausrenkung). Die mechanische Instabilität führt zu gestörter Verknöcherung (Dysplasie) und mangelnder Entwicklung des Pfannendaches. Die Pfanne ist kaum ausgebildet, d. h. sie ist flach und steht meist in einem steilen Winkel, was wiederum Luxationen begünstigt.



Wann ist ein künstlicher Hüftgelenkersatz erforderlich?

Arthrose und rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritits) sind verbunden mit starken Schmerzen und zunehmender Bewegungseinschränkung. Zu Beginn Ihrer Beschwerden wird Ihr Arzt Sie medikamentös behandeln. Wenn die Schmerzen und die Behinderung im Hüftgelenk aber zunehmen und die konservativen Behandlungen wie Physiotherapie, Packungen, Bäder und Schmerzmittel oder entzündungshemmende Medikamente ausgeschöpft sind, wird Ihnen Ihr Arzt den Einsatz eines künstlichen Gelenkes empfehlen – auch Hüft-Totalendoprothese (HTEP) genannt. Oberstes Ziel ist es, die Schmerzfreiheit und Wiederherstellung der Beweglichkeit mit einem optimalen Prothesensitz zurückzugewinnen. Eine bestehende Beinlängendifferenz kann annähernd ausgeglichen werden.



Die richtige Endoprothese für Sie

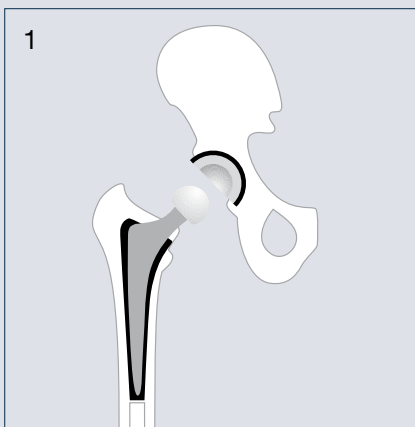
Ein durch Arthrose zerstörtes Hüftgelenk muss immer komplett ersetzt werden durch: eine künstliche Gelenkpfanne, die in das Becken eingepresst oder eingeschraubt wird, einen Hüftschaft, der in den Oberschenkelknochen (Femur) implantiert wird, und einen Kugelkopf, der auf den Hüftschaft gesetzt wird und sich in der Pfanne bewegt.

Von jedem Prothesentyp existiert eine Vielzahl von Modellen in unterschiedlichen Größen. Die Wahl der Endoprothese richtet sich nach der Knochenbeschaffenheit, dem Körpergewicht und den körperlichen Aktivitäten des Patienten.

Vor der Operation wird Ihr Arzt anhand der Untersuchungsdaten und eines speziellen Röntgenbildes eine Operationsplanung durchführen, bei der die Größe, Lage und Art der Fixierung des Implantates festgelegt und eine eventuell vorhandene Beinlängendifferenz mitberücksichtigt wird. Je nach Erkrankung und Beschaffenheit des Knochens wird die Endoprothese in den Knochen zementiert, verklemmt oder geschraubt.

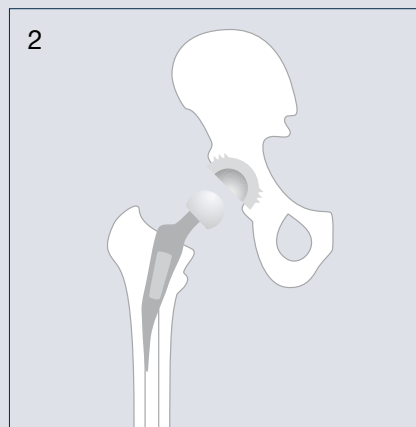
Künstliche Gelenke halten in der Regel 12–15 Jahre. Entscheidende Faktoren für die Lebensdauer und Funktionsfähigkeit sind das Material der Gleitpaarung, die körperliche Beanspruchung und die Knochenbeschaffenheit.

Generell unterscheiden wir drei Endoprothesentypen:



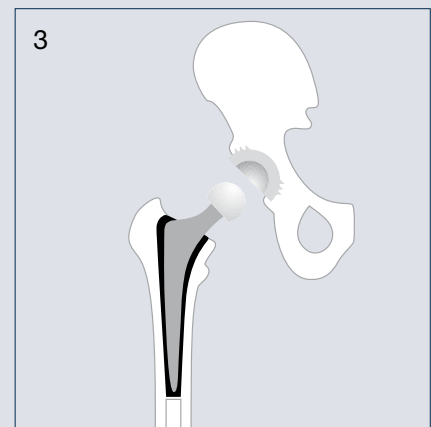
1. Zementierte Endoprothese

Hüftschaft und -pfanne werden mit einem schnell härtenden Kunststoff, dem so genannten Knochenzement, im Becken und im Oberschenkelknochen befestigt. Ein zementiertes Gelenk ist sofort belastbar.



2. Zementfreie Endoprothese

Der Hüftschaft wird in den Knochen eingepresst. Die Hüftpfanne wird eingepresst oder eingeschraubt. Durch das knochenfreundliche Material heilen diese Komponenten schnell in den Knochen ein und das Gelenk wird langfristig fixiert.



3. Hybrid-Endoprothese (Mischform)

In der sogenannten hybriden Implantationstechnik sind die Vorzüge beider Verfahren vereint. Die Pfanne wird zementfrei verankert, der Prothesenschaft hingegen im Oberschenkelknochen einzementiert.

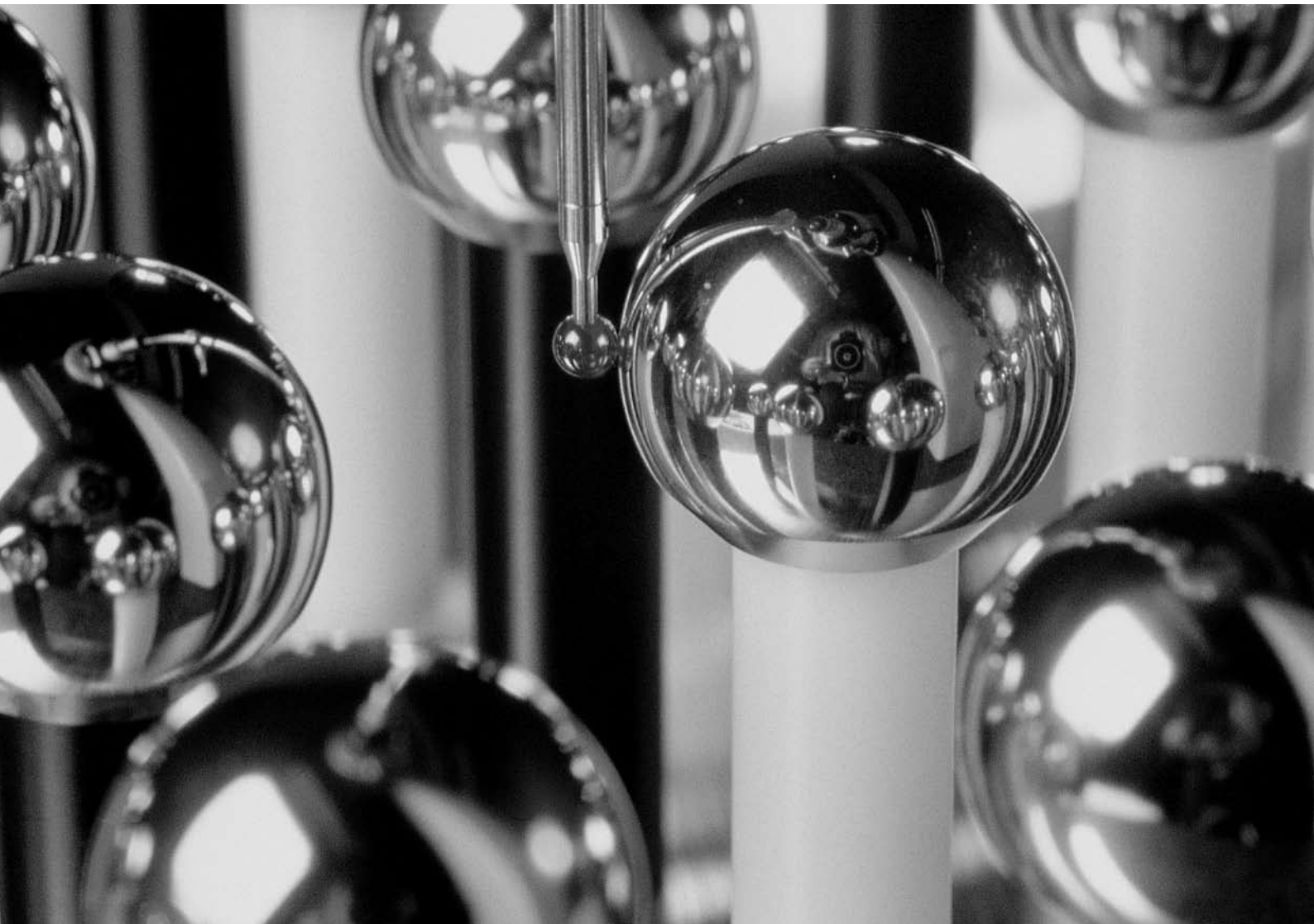
Woraus bestehen künstliche Hüftgelenke?

Überall dort, wo natürliche Knochen mit künstlichen Gelenken zusammentreffen, spielen Material und Oberflächenbeschaffenheit eine zentrale Rolle, um eine schmerzfreie Gelenkbewegung zu ermöglichen und vom Körper dauerhaft toleriert zu werden.

Im Allgemeinen werden drei Materialarten für orthopädische Zwecke verwendet: Metalle, Polymere und Keramik.

Implantate sind im Körper hohen Belastungen ausgesetzt und müssen daher aus sehr widerstandsfähigem Material bestehen.

Hüftschäfte oder Schienbeinkomponenten von Knieendoprothesen werden heiß geschmiedet, um die erforderliche Widerstandskraft des Materials zu erreichen. In der Vergangenheit wurden alle Metalle gegossen, während heute das Heißschmieden ein Standardprozess ist, der zu sehr guten Ergebnissen in metallurgischer und physikalischer Hinsicht führt.



Sie haben sich für die Operation entschieden

Wie können Sie sich vorbereiten?

Der Erfolg einer Operation und der Heilungsprozess hängen wesentlich von Ihrer Mitarbeit ab. Durch die richtige Vorbereitung und entsprechende Vorsichtsmaßnahmen können Sie eventuelle Risiken entscheidend verringern. Dazu gehört z. B. die Verbesserung Ihres Allgemeinzustandes: Verzichten Sie auf das Rauchen und reduzieren Sie eventuelles Übergewicht.

Für eine zügige Rehabilitation ist es überdies sehr hilfreich, wenn Sie sich bereits vor der Operation mit den krankengymnastischen Übungen und dem Umgang mit Gehhilfen (Stützen) vertraut machen.

Wenn Sie regelmäßig ein Acetylsalicylsäure-Präparat (z. B. Aspirin) einnehmen, sollten Sie dieses in Absprache mit Ihrem Hausarzt rechtzeitig vor dem Eingriff absetzen, um ein erhöhtes Blutungsrisiko zu vermeiden.

Die endoprothetische Versorgung

Fit nach Gelenkersatz durch frührehabilitative Komplexbehandlung

■ Vorstellung in der Sprechstunde

Vorbesprechung der Operation

■ Präoperative Planung

Anfertigung maßstabsgetreuer Röntgen-Messaufnahmen und Festlegung der individuell auf Sie zugeschnittenen Operationsmethode

■ Aufnahme

Von der Anmeldung gelangen Sie auf die Station, wo alles für Sie vorbereitet ist

■ Operation

In der Regel am Tag nach der Aufnahme

■ Frührehabilitative Komplexbehandlung

Ab erstem postoperativen Tag

■ Aufstehen

Mobilisation ab 1. Tag nach der OP

■ Stationäres Training

Bis zur Entlassung (in der Regel 2. Woche nach der Operation, bei Bedarf auch später), fast immer ohne Gehhilfen möglich

■ Poststationäre Weiterbehandlung

■ Rehabilitation

Das Konzept „frührehabilitative Komplexbehandlung“ ist erfolgreich. Studien belegen, dass 70 Prozent der Patienten in ihre häusliche Umgebung zurückkehren, aber nur 50 Prozent derjenigen, die keine geriatrische Nachbehandlung bekommen haben und dieses Ergebnis gilt auch für die Senioren über 80 Jahren.

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.



DR. TH. SCHLITZ-HUEBEL
CHEFARZT



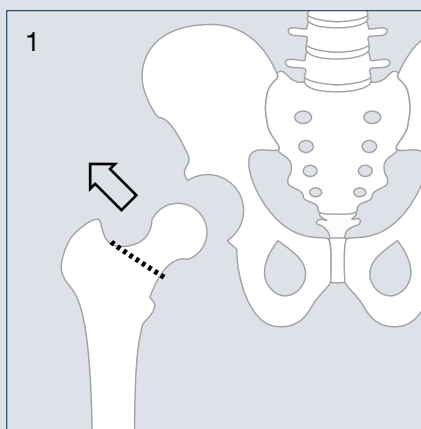
Die Operation

Beim operativen Eingriff wird das erkrankte Hüftgelenk durch ein Kunstgelenk ersetzt. Die Operation erfolgt in Voll- oder Teilnarkose. Die Teilnarkose hat den Vorteil einer geringeren Beeinflussung des Allgemeinzustandes. Viele Patienten werden heute in Teilnarkose operiert. Sie erhalten dabei zusätzlich ein Beruhigungsmittel und verfolgen, wenn Sie es wünschen, die Operation mit. Welche Methode sich in Ihrem Fall empfiehlt, bespricht Ihr Anästhesiearzt mit Ihnen.

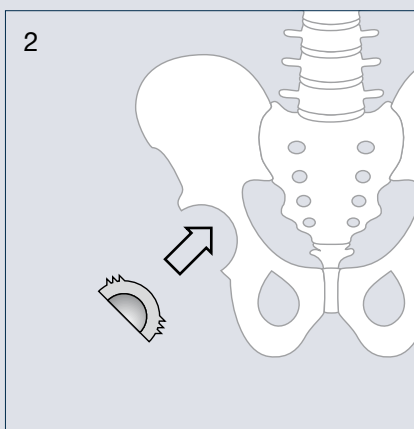
Der gesamte Eingriff dauert in der Regel ein bis zwei Stunden. Nicht unerwähnt bleiben sollten die Risiken. Zum Beispiel Blutergüsse, Infektionen, Allergien, Blutungsgefahr und Thrombosen. Doch meist sprechen die Vorteile für einen Eingriff – auch bei älteren Patienten. Weitgehende Schmerzfreiheit und wieder-gewonnene Mobilität erhöhen die Lebensqualität.

Unsere Ärzte werden Sie zu Ihrem persönlichen Fall beraten.

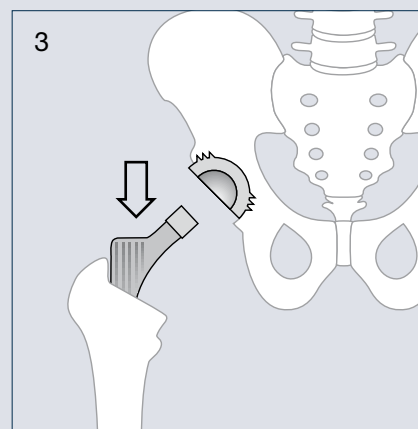
Die einzelnen Operationsschritte



Über einen Schnitt an der Außenseite des Oberschenkels wird das Hüftgelenk erreicht. Der freigelegte Oberschenkelhals wird durchtrennt und der erkrankte Hüftkopf entfernt.

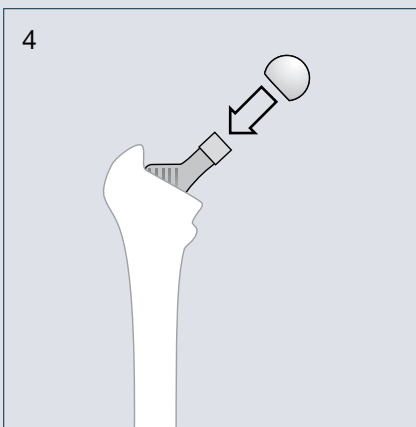
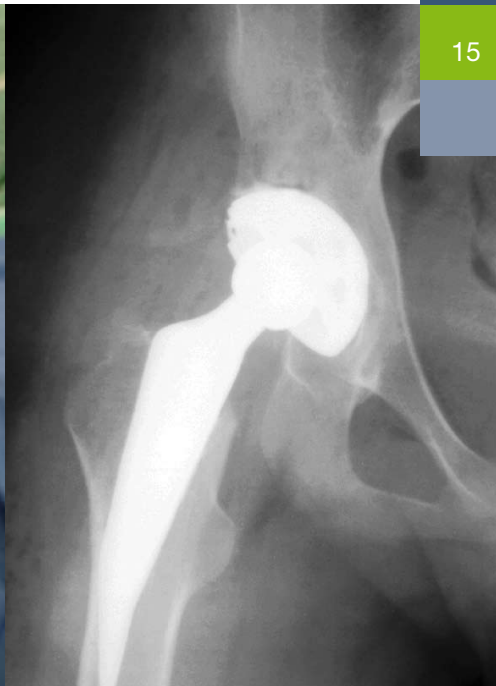


Im zweiten Schritt ersetzt der Operateur die natürliche Hüftpfanne im Becken durch eine Prothesenpfanne.

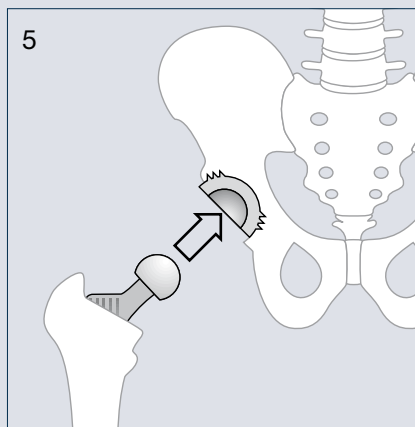


Danach wird der Markraum des Oberschenkelknochens vorbereitet, um den Prothesenschaft mit oder ohne Knochenzement exakt zu fixieren.

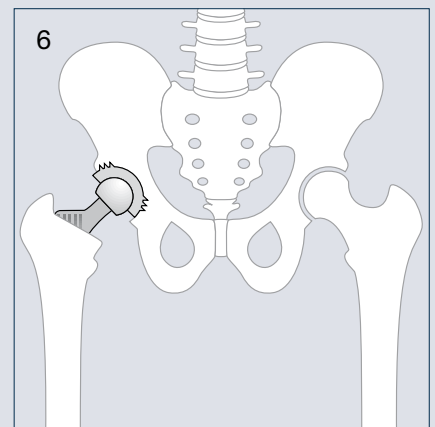
Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.



4
Auf den Prothesenschaft wird ein Kugelkopf gesetzt. Er stellt die bewegliche Verbindung zwischen dem Schaft und der künstlichen Hüftpfanne dar.



5
Nach dem Einsetzen von Prothesenschaft mit Kugelkopf in die Hüftpfanne wird das künstliche Gelenk auf seine optimale Beweglichkeit geprüft.



6
Anschließend wird die Wunde verschlossen. Am Ende der Operation wird ein Kompressionsverband angelegt und ein erstes Röntgenbild erstellt. In die Wunde eingelegte Drainageschläuche verhindern Blutergüsse, da nachsickerndes Blut abfließen kann.

Minimal invasive Chirurgie

Minimal invasive Chirurgie garantiert einen kurzen Krankenhaus-Aufenthalt, eine schnellere Genesung und eine höhere Lebensqualität.

Welche Operationsmethoden gibt es?

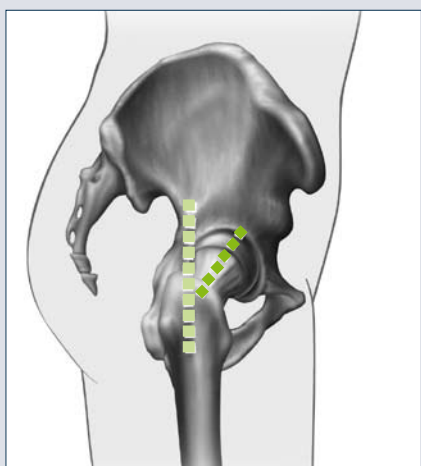
Ihr behandelnder Arzt hat Ihnen nach eingehender Untersuchung und Aufklärung zur Operation Ihres erkrankten Hüftgelenkes geraten.

Neben der herkömmlichen Operationsmethode gibt es neue, schonende Verfahren, die den Zugang zum Hüftgelenk ermöglichen, sogenannte minimal invasive Verfahren.

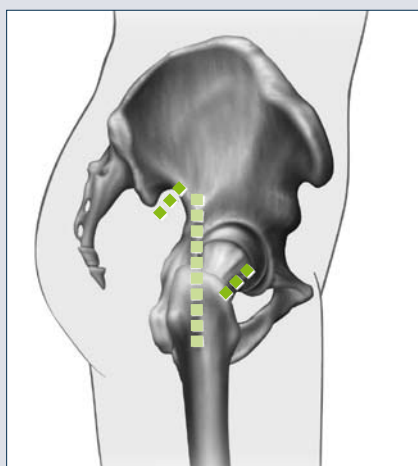
Was bedeuten minimal invasive Operationstechniken?

Minimal invasive Operationsverfahren sind gewebe-schonende operative Methoden, bei denen durch einen oder zwei kleine Hautschnitte die Endoprothese implantiert wird. Der entscheidende Unterschied beim minimal invasiven Hüftgelenkersatz ist die besondere Schonung der Weichteile, d.h. der Muskeln, Sehnen und des Gewebes. Im Gegensatz zu herkömmlichen Operationsmethoden kann der Chirurg zugunsten einer stumpfen Dehnung und der Spreizung des Gewebes in den natürlichen anatomischen Muskel-spalten meist auf die Durchtrennung oder das Ablösen des Muskelgewebes verzichten.

Minimal invasive Technik mit einem Schnitt



Minimal invasive Technik mit zwei Schnitten



Minimal invasiver Zugang, bei dem die Muskeln zur Seite geschoben werden



■ ■ ■ ■ ■ normaler Zugang
■ ■ ■ ■ ■ minimal invasiver Zugang

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.



Welche Vorteile haben minimal invasive Zugänge?

Die Schonung der umliegenden Muskeln, Sehnen und Bänder während der Operation bedeutet für den Patienten normalerweise:

- einen kürzeren Hautschnitt und eine kleinere Narbe
- einen geringeren Blutverlust
- weniger Schmerzen und geringerer Schmerzmittelverbrauch
- weniger Bewegungseinschränkung
- schnellere Mobilisierung, Belastbarkeit und Rehabilitation
- Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes
- schnelle Wiedereingliederung in den Alltag

Für wen sind minimal invasive Operationsverfahren geeignet?

Die Entscheidung zur Wahl eines minimal invasiven Operationsverfahrens fällt nach genauer Untersuchung und Abklärung durch den operierenden Arzt. Grundsätzlich kann die minimal invasive Operationstechnik bei Patienten jeder Altersstufe angewendet werden, soweit es die körperliche Konstitution erlaubt.

Für wen sind minimal invasive Operationsverfahren nicht geeignet?

Wie alle chirurgischen Eingriffe sind auch die minimal invasiven Verfahren nicht für jeden Patienten gleichermaßen geeignet. Übergewicht, Thrombosegefahr, Knochendeformitäten, Gelenkinstabilität, Voroperationen oder Erkrankungen, die das Operationsrisiko erhöhen, können Gründe dafür sein, die herkömmliche Operationsmethode vorzuziehen.

Nach der Operation



Ihr stationärer Aufenthalt im Krankenhaus beträgt zirka zehn bis vierzehn Tage. Darauf folgen entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen, die wir ambulant oder stationär in Absprache mit Ihnen gemeinsam organisieren.

Sie wachen auf

Ein speziell geschultes Pflegeteam betreut Sie nach der Operation im Aufwachraum und sorgt für Ihre sichere Überwachung. Ein leichter Wundschmerz im Hüftbereich ist möglich. Je nach Bedarf werden Ihnen notwendige Infusionen und Medikamente verabreicht sowie begleitende Maßnahmen der physikalischen Therapie eingesetzt. Nachdem sich Ihr Allgemeinzustand stabilisiert hat, werden Sie in Ihr Krankenzimmer verlegt.

Im Krankenzimmer

Zurück auf unserer chirurgischen Station werden Sie von unserem qualifizierten Pflegeteam nach unserem hauseigenen Pflegeleitbild betreut. Im Mittelpunkt des Handelns stehen Sie als Patient. Sie werden individuell versorgt und in den Pflegeprozess mit einbezogen.

Schritt für Schritt ein gutes Gefühl

Schon am Operationstag beginnen wir mit der „frührehabilitativen Komplexbehandlung“. Unterstützt durch unsere Physiotherapeuten werden Sie am Bettrand sitzend erste Steh- und Gehversuche unternehmen. Am gleichen Tag beginnt auch die Krankengymnastik, zunächst vorwiegend passiv, zunehmend aber dann auch aktiv. Diese Frühmobilisation senkt das Risiko von Komplikationen ebenso wie regelmäßige Gymnastik, Kompressionsstrümpfe und Blutverdünnungspräparate.

Als erstes lernen Sie vom Bett aufzustehen und sich wieder richtig zu setzen. Selbst alltägliche Bewegungsabläufe, wie das richtige Ein- und Aussteigen aus dem Auto oder das richtige Hinauf- und Hinabsteigen von Treppen, müssen wieder erlernt werden.

Durch intensive Krankengymnastik werden Ihre Gehfähigkeit und der Muskelaufbau gefördert. Ziel ist es, Ihre Oberschenkel- und Beckenmuskeln so zu trainieren, dass Sie voll von Ihrer wieder gewonnenen Beweglichkeit profitieren können.

Die zwischen Arzt und Physiotherapeut abgestimmten Rehabilitationsmaßnahmen haben große Bedeutung für den Erfolg der Operation und Ihre schnelle Genesung. Mit Ihrer aktiven Mitarbeit helfen Sie, das Ziel schnell zu erreichen.

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.



Frührehabilitative Komplexbehandlung

Die so genannte „frührehabilitative Komplexbehandlung“ ist eine intensive therapeutische Nachbehandlung, die Sie nach der Implantation eines künstlichen Gelenkes wieder „fit“ macht. Dies muss rasch und intensiv geschehen, sonst kommt es zu einem Abbau der Muskelmasse. Die Folge: Sie werden nie wieder richtig mobil.

Aus diesem Grunde bieten wir ein umfassendes Therapiekonzept für Sie an. Ergotherapie, Krankengymnastik, neuropsychologische Förderung und Gedächtnistraining bilden neben der medikamentösen Behandlung die Schwerpunkte dieses Behandlungskonzepts. Während Ihres Aufenthaltes im Hümmling Krankenhaus Sögel werden Sie von kompetenten Therapeutinnen und Therapeuten betreut und in allen Fragen zu Ihrem Genesungsprozess sachkundig beraten, vom Tag Ihrer Aufnahme bis zur Entlassung. Diese intensive postoperative therapeutische Betreuung verkürzt nachhaltig Ihre „Liegezeit“ im Krankenhaus und bereitet Sie bestens auf die in der Regel anschließende Rehabilitation vor.



Die Rehabilitation



Bereits im Krankenhaus erleben viele Patienten ein rasches Wieder-auf-die-Beine-kommen und vor allen Dingen die schmerzfreie Beweglichkeit der Hüfte. Doch natürlich ist man innerhalb einer Woche nicht vollständig wiederhergestellt.

Die Wunden müssen erst richtig ausheilen. Die Muskulatur ist noch geschwächt und manchmal machen sich Probleme durch frühere Fehlhaltungen bemerkbar. Ideal ist es deshalb, sich nach dem Krankenhausaufenthalt in eine Rehabilitation zu begeben. Dort lernen Sie in intensiven Trainingsprogrammen, Ihr Gelenk wieder richtig zu benutzen und zu belasten.

Als Patient können Sie entscheiden, ob Sie die Rehabilitation ambulant oder stationär durchführen möchten. Unabhängig davon, ob Sie gesetzlich oder privat versichert sind, stehen Ihnen beide Möglichkeiten offen. Unser Ärzteteam und unser Sozialdienst stehen Ihnen selbstverständlich beratend zur Seite.

Wie erfolgt eine ambulante Rehabilitation?

Die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme und die Anzahl der Anwendungen und Behandlungen richten sich nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten und den Reha-Zielsetzungen. Die zu erreichenden Ziele der ambulanten Rehabilitation werden am Beginn der Maßnahmen von Patient und Arzt in einem gemeinsamen Gespräch festgelegt. Eine ambulante Reha-Maßnahme kann zwischen drei und vier Wochen dauern; eine Verlängerung ist möglich.

Während der täglichen zirka sechsstündigen Aufenthaltsdauer werden Therapie- und Ruhezeiten so gestaltet, dass sich ein optimales Reha-Ergebnis einstellen kann. Das oberste Ziel ist, Rehabilitanden die Teilnahme am gesellschaftlichen und beruflichen Leben wieder zu ermöglichen, so dass jeder Patient ein mobiles und beschwerdefreies Leben führen kann.

Wie erfolgt eine stationäre Rehabilitation?

In vielen Fällen erfolgt die stationäre Anschlussbehandlung unmittelbar nach dem Krankenhausaufenthalt. Stationär heißt, dass Sie sich nicht von zu Hause aus behandeln lassen, sondern für eine umfassende Therapie in eine Rehaklinik verlegt werden. In der Regel ist ein dreiwöchiger Aufenthalt empfehlenswert.

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.



Therapiebausteine der ambulanten und stationären Rehabilitation:

- Fachärztliches Aufnahmegespräch und Betreuung
- Gemeinschaftliche »Reha-Ziel-Vereinbarung«
- Durchführung der Reha-Therapie
- Psychologische Einzelgespräche und Gruppentherapie
- Allgemeine Krankengymnastik, Krankengymnastik an Geräten, Manuelle Therapie
- Massagetherapie, Lymphdrainage und Reflexzonentherapie
- Physikalische Therapie in Form von Wärme- oder Kältetherapien, Elektrotherapie oder Stangerbad
- Übungen im Bewegungsbad
- Ergotherapie
- Sozial- und Reha-Fachberatung
- Diätberatung und Lehrküche
- Überprüfung der erreichten Reha-Ziele in einem gemeinschaftlichen Abschlussgespräch

Praktische Ratschläge für zu Hause

In den ersten sechs bis acht 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.

Auf den nächsten Seiten begleiten wir Sie bei Ihren täglichen Aktivitäten und geben Ihnen Tipps, wie Sie Ihrem neuen Gelenk durch richtiges Verhalten den anfänglich nötigen Schutz bieten. Je aktiver Sie mitarbeiten, umso schneller erreichen Sie Ihr Ziel – und Sie werden belohnt mit dem angenehmen Gefühl neu gewonnener Lebensqualität.

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

**Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.**



1. Richtiger Umgang mit Gehhilfen (Stützen)

- Beim Stehen sollten beide Stützen geringfügig vor und seitlich zu Ihren Füßen stehen.
- Halten Sie die Hüfte dabei möglichst gerade. Sie sollten mit leicht gebeugten Ellenbogen gerade stehen können.
- Stützen Sie sich beim Gehen fest auf die Handgriffe Ihrer Gehhilfen.
- Achten Sie darauf, das Gewicht mit den Händen und nicht mit den Unterarmen zu tragen.
- Belasten Sie die operierte Hüfte beim Gehen so, wie Sie es im Krankenhaus gelernt haben.



2. Treppen hinaufsteigen

- Versuchen Sie das Treppensteigen beim ersten Mal nicht allein.
- Setzen Sie zuerst das gesunde Bein auf die erste Treppenstufe.
- Drücken Sie sich mit dem gesunden Bein und mit Ihren Händen ab, um das operierte Bein auf dieselbe Stufe zu heben.
- Wiederholen Sie diesen Vorgang, bis Sie auf dem oberen Treppenabsatz angekommen sind.
- Das Gleiche gilt, wenn die Treppe ein Geländer hat.



3. Treppen hinuntergehen

- Setzen Sie beide Stöcke auf die erste Stufe und stellen zuerst das operierte Bein auf diese Stufe.
- Verlagern Sie dabei so viel Gewicht wie möglich auf die Gehhilfen.
- Stellen Sie anschließend das gesunde Bein hinunter auf diese Stufe.
- Wenn Ihr gesundes Bein kräftig genug ist, können Sie aber auch beide Stöcke gleichzeitig mit dem operierten Bein auf die nächste Stufe stellen und das gesunde Bein nachstellen.

Praktische Ratschläge für zu Hause



4. Richtiges Setzen

- Vermeiden Sie in der Anfangsphase das Sitzen in tiefen Sesseln.
- Ideal sitzen Sie auf hohen, stabilen Stühlen mit Armlehnen. Mit einem Kissen können Sie die Sitzhöhe erhöhen.
- Zum Hinsetzen gehen Sie rückwärts zum Stuhl, bis Sie leicht die Stuhlkante spüren.
- Nehmen Sie dann beide Stöcke Ihrer Gehhilfen auf die Seite des gesunden Beines.
- Stützen Sie sich beim Setzen auf den Lehnen ab und strecken das operierte Bein leicht nach vorn.
- Sitzen Sie aufrecht – die Beine sind im »stumpfen Winkel« zum Körper (Hüfte leicht höher als Knie) ausgerichtet.
- Zum Aufstehen rutschen Sie nach vorn und stehen mit Hilfe der Armlehnen zuerst mit dem gesunden Bein auf. Das operierte Bein ist wieder leicht vorgestreckt.



5. Zur Toilette gehen

- In der Übergangszeit ist ein erhöhter Toilettensitz empfehlenswert.
- Sie greifen mit beiden Stützen auf der gesunden Seite entweder zu den Armlehnen eines vorhandenen Toilettenstuhles oder zum Haltegriff neben der Toilette.
- Dann langsam niedersetzen und dabei das operierte Bein leicht vorstrecken.
- Aufstehen, wie beim Stuhl, durch Abstützen auf den Armlehnen oder dem Haltegriff. Das operierte Bein ist leicht vorn.



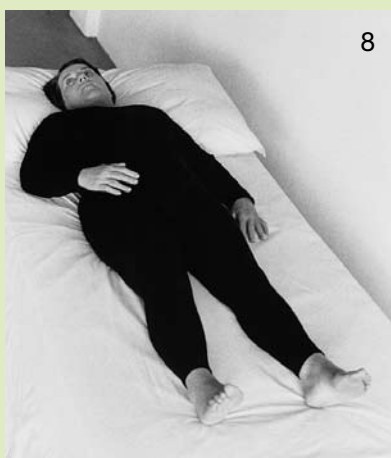
6. Duschen

- Eine rutschfeste Unterlage und ein Haltegriff an der Wand helfen Ihnen, das Gleichgewicht zu halten.
- Vergewissern Sie sich vor dem Duschen, dass das Wasser richtig temperiert ist.
- Stellen Sie zuerst das gesunde Bein in die Duschkabine. Die Gehhilfen sind außerhalb, aber in bequemer Reichweite.
- Nehmen Sie am besten einen Schwamm mit langem Handgriff, damit Sie sich nicht vornüber beugen müssen.
- Treten Sie beim Verlassen der Duschkabine zuerst mit dem operierten Bein hinaus.



7. Baden

- Gehen Sie mit Hilfe Ihrer Gehhilfen zur Breitseite der Badewanne.
- Vergewissern Sie sich, dass Ihr Wasser gut temperiert ist.
- Zum Einsteigen auf den Rand setzen oder auf einen Stuhl (nicht abgebildet), der höher sein sollte und direkt neben der Wanne steht.
- Heben Sie erst das operierte und dann das gesunde Bein über den Wannенrand und setzen Sie sich möglichst so, dass Sie gegenüber dem Wasserhahn sitzen. Sie können das Bein mit Hilfe Ihrer Hände unter dem Oberschenkel in die Wanne heben.
- Zum Verlassen der Wanne die Beine wieder vorsichtig über den Wannенrand heben.



8. Sich ins Bett legen

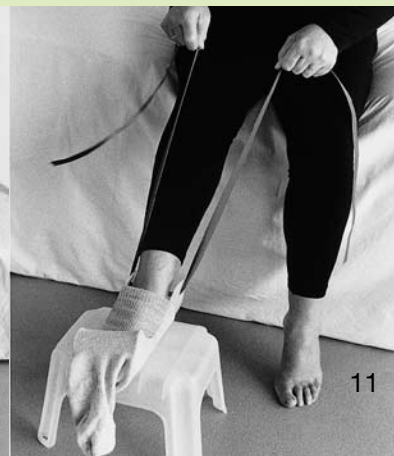
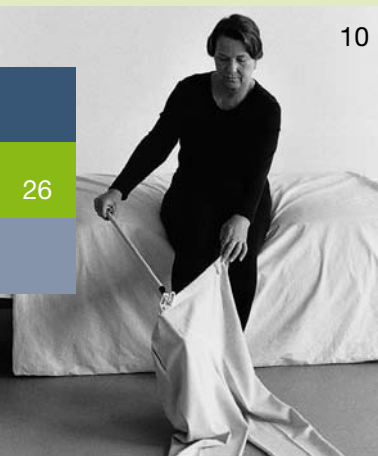
- Setzen Sie sich nahe dem Kopfende rückwärts auf das Bett.
- Rutschen Sie mit dem Gesäß leicht nach hinten, und heben Sie zuerst Ihr gesundes Bein auf das Bett.
- Anschließend folgt das operierte Bein. Sie können unterstützend Ihre Hände unter den Oberschenkel legen oder einen Beinheber verwenden. Danach können Sie sich auf den Rücken legen.
- Die Bewegungen sollten gleichmäßig mit Becken und Beinen erfolgen. Die Beine bleiben leicht gespreizt.
- Aufstehen zuerst mit dem operierten Bein – Sie können auch hierbei mit den Händen etwas unterstützen. Strecken Sie das Bein leicht nach vorn und suchen Sie das Gleichgewicht. Heben Sie danach das gesunde Bein aus dem Bett.
- Das Bett sollte fest stehen und etwa 70 cm hoch sein. Wenn es zu niedrig ist, können Sie eine zweite Matratze einlegen.

Praktische Ratschläge für zu Hause



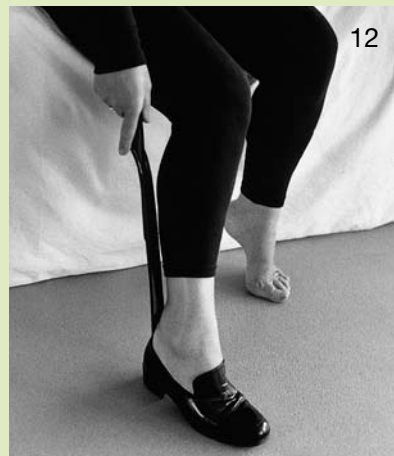
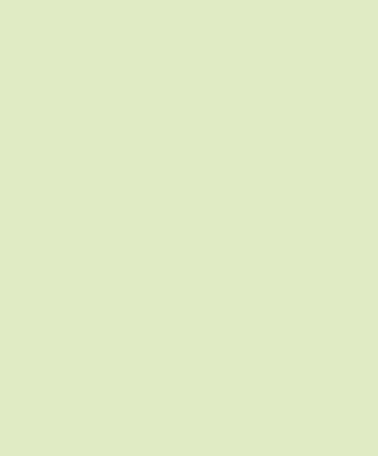
9. Richtig schlafen

- Empfehlenswert ist das Schlafen auf dem Rücken.
- Wenn Sie gern auf der Seite liegen, sollten Sie sich ein Kissen zwischen die Knie legen, damit sich Ihre Beine während des Schlafens nicht überkreuzen können und die Hüfte einseitig dreht.
- Das Schlafen in einer Lagerungsschiene verhindert in der ersten Zeit ein Außen- und Innendrehen des operierten Beines.



10. Anziehen von Kleidungsstücken

- Bevorzugen Sie bequeme Kleidung.
- Das Anziehen kann anfänglich unter Fremdhilfe erfolgen oder durch den Einsatz von Hilfsmitteln. Hierzu fassen Sie mit dem Haken Ihres Anziehstocks den Bund Ihrer Kleidung und ziehen sie zuerst über das operierte Bein bis über das Knie.
- Dann stellen Sie sich mit Hilfe einer Gehhilfe auf Ihr gesundes Bein und ziehen das Kleidungsstück ganz nach oben.
- Beim Ausziehen schlüpfen Sie zuerst mit dem gesunden Bein aus der Kleidung.



11. Socken und Strümpfe

- Ziehen Sie Ihre Socken zuerst auf einen Strumpfanzieher. Ferse und Zehenteil der Socke sollten vorn eng anliegen.
- Sie halten die Bänder seitlich fest, schlüpfen in die Socke und ziehen sie mit dem Strumpfanzieher hoch.
- Auf der nicht operierten Seite können Sie die Socke unter Anheben des Fußes anziehen, nicht hinunter bücken.
- Zum Ausziehen haken Sie mit dem Strumpfanzieher hinten an der Ferse ein und ziehen die Socke vom Fuß.

12. Schuhe

- Tragen Sie flache, feste Schuhe mit einfachem Einstieg ohne Schnürsenkel (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.



13. In der Küche

- Heiße Flüssigkeiten am besten in Behältern mit Deckel transportieren.
- Schieben Sie Gegenstände auf der Arbeitsfläche entlang, anstatt sie zu tragen.
- Machen Sie beim Gehen grundsätzlich kleine Schritte, anstatt Ihren Körper zu drehen.
- Verwenden Sie eine Greifzange zum Aufheben von Gegenständen.
- Das operierte Bein beim Hantieren am Backofen nicht beugen, sondern mit gestrecktem Knie nach vorn halten.
- Wenn Sie auf einem Stuhl sitzen, stellen Sie ihn so, dass die operierte Beinseite zum Ofen zeigt.
- Benutzen Sie zum Tisch decken und Geschirr transportieren einen Servierwagen (zirka 80 cm hoch), um unnötige Wege zu vermeiden.



14. In das Auto einsteigen

- Fahren Sie selbst erst wieder Auto, wenn Ihr Arzt es Ihnen erlaubt hat und Sie keine Gehhilfen mehr benötigen.
- Steigen Sie möglichst auf der Seite ein, wo Sie am meisten Beinfreiheit haben (in der Regel auf der Beifahrerseite).
- Setzen Sie sich rückwärts auf den Autositz.
- Heben Sie langsam und in kleinen Schritten Ihre Beine ins Auto, am besten mit Unterstützung Ihrer Hände unter dem Oberschenkel.
- Achten Sie darauf, dass die Bewegungen gleichmäßig mit dem Becken und den Beinen erfolgen. Der Körper sollte möglichst gerade bleiben.



15. Spaziergehen

- Beginnen Sie frühzeitig mit regelmäßigen Spaziergängen auf gut ausgebauten 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.

Was Sie noch beachten sollten

Tragen von Kompressionsstrümpfen

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 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 Kompressionsstrümpfe in der Nacht.

Operationsnarbe

Sobald Ihre Narbe völlig trocken ist, dürfen Sie duschen gehen. Beim Abtrocknen bitte nicht trocken reiben, sondern sanft abtupfen. Sollten sich jedoch leichte Bläschen oder kleine Wundbereiche um die Narbe bilden, befragen Sie bitte noch einmal Ihren Arzt.

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 Kraftfahrzeugen

Sie sollten erst wieder Auto fahren, wenn Ihr Arzt es Ihnen erlaubt. Sie müssen beide Beine zur Bedienung der Pedale gut unter Kontrolle haben und keine Gehhilfen 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

Zirka 6–12 Wochen nach der Operation mit anfänglich eingeschränktem Bewegungsmuster und Rücksprache mit Ihrem Arzt ist Sex erlaubt. Dabei sollte eine übersteigerte Hüftbeugung von mehr als 90° vermieden werden. Die Seitenlage auf dem nicht operierten Hüftgelenk ist eine für beide Geschlechter gleichermaßen empfehlenswerte Körperhaltung. Beim operierten Mann zusätzlich die Rückenlage. Nach und nach wird für Frau und Mann wieder eine schrittweise Normalisierung der Sexualpraktiken möglich.

Regelmäßige Nachuntersuchungen

In den Monaten und Jahren 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.

Nachsorgetermine tragen Sie am besten gleich in Ihren Endoprothesenpass ein, den Sie im Krankenhaus erhalten.



Chefarzt Dr. med. Holger Alex

* 05.11.1964 in Ostercappeln
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung: Spezielle orthopädische
Chirurgie und Chirotherapie
Weiterbildungsermächtigung für Orthopädie
und Unfallchirurgie

Medizinstudium und Promotion an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Chirurgische Ausbildung an den Städtischen Kliniken Osnabrück und dem St. Antonius-Stift Emstek. Leitender Oberarzt der Orthopädischen und Rheumatologischen Rehabilitation der Charlottenburg Klinik in Bad Essen, Leitender Oberarzt der Orthopädischen Klinik Franziskus Hospital Harderberg Georgsmarienhütte.

Ab 2005 als Chefarzt maßgeblich mitbeteiligt am Auf- und Ausbau der Chirurgischen Klinik, Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie, des St. Bonifatius Hospitals Lingen. Seit April 2007 zusätzlich Chefarzt im Kollegialsystem des Fachbereichs Unfallchirurgie des Hümmling Krankenhauses Sögel sowie ermächtigter Arzt mit Teilzeitanstellung im MVZ Sögel.

Klinische Schwerpunkte sind Endoprothetik von Hüfte, Knie, Schulter und Sprunggelenk, Prothesenwechseloperationen, Fußchirurgie, Kinderorthopädie und Sportmedizin. Zahlreiche Fachvorträge über Fußchirurgie, Endoprothetik sowie Thromboseprophylaxe und Therapie.



Chefarzt Dr. med. Thomas Schulte-Huxel

* 29.06.1956 in Gelsenkirchen
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung: Spezielle Unfallchirurgie
Weiterbildungsermächtigung für Orthopädie
und Unfallchirurgie

Medizinstudium an der Freien Universität Berlin und der Medizinischen Hochschule Hannover mit Famulaturen in England und den USA. Promotion an der westfälischen Wilhelms-Universität Münster.

Allgemein- und unfallchirurgische Ausbildung am Marienhospital Gelsenkirchen und den Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil Bochum. Assistenzarzt an der Herz- und Thoraxchirurgischen Abteilung der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil Bochum. Oberarzt am Philippusstift Essen.

Seit 1997 zunächst Oberarzt der Allgemein- und Unfallchirurgie des St. Bonifatius Hospitals Lingen, dann Auf- und Ausbau der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie der chirurgischen Klinik als Chefarzt. Ab April 2007 zusätzlich Chefarzt im Kollegialsystem des Fachbereichs Unfallchirurgie des Hümmling Krankenhauses Sögel.

Klinische Spezialgebiete sind die unfallchirurgische Versorgung von Verletzten und Schwerverletzten. Die Klinik ist zur Behandlung von Schwerverletzten von den gewerblichen Berufsgenossenschaften zugelassen. Zulassung als Durchgangsarzt.

Weitere Gebiete: Endoprothetik der Hüfte und des Knies, Endoprothesenwechsel.



Chefarzt Dietmar Jansen

* 09.12.1965 in Geilenkirchen
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie

Medizinstudium an der RWTH Aachen und Famulatur in verschiedenen unfallchirurgischen Schwerpunktkliniken Deutschlands. Allgemein- und unfallchirurgische Ausbildung am St. Elisabeth Krankenhaus Geilenkirchen, sowie in der unfallchirurgischen Abteilung der Kliniken der Landeshauptstadt Düsseldorf bei Priv. Doz. Dr. M. Roesgen.

Seit dem 01.10.2005 zunächst tätig als Oberarzt im Hümmling Krankenhaus Sögel. Seit dem 01.04.2009 Chefarzt für den unfallchirurgischen Bereich.

Auf- und Ausbau der unfallchirurgischen Abteilung. Ermächtigter Arzt mit Teilzeitanstellung im MVZ des Hümmling Krankenhaus Sögel.

Klinische Spezialgebiete sind die unfallchirurgische Versorgung von Verletzten und Schwerverletzten. Benennung durch die Berufsgenossenschaft als ständiger Vertreter des Durchgangsarztes Dr. Schulte-Huxel. Weitere Schwerpunkte sind die Endoprothetik der Hüfte und des Kniegelenkes sowie die arthroskopische rekonstruktive Chirurgie der Knie-, Schulter-, Sprung- und Ellenbogengelenke. Korrigierende Gelenkeingriffe und die Fußchirurgie.

■ Leitende Ärzte



Chefarzt
Dr. med. Holger Alex
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung:
Spezielle orthopädische Chirurgie und Chirotherapie
Tel.: 05952 209-112
E-Mail:
holger.alex@bonifatius-lingen.de



Chefarzt
Dr. med. Thomas Schulte-Huxel
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung:
Spezielle Unfallchirurgie
Tel.: 05952 209-112
E-Mail:
thomas.schulte-huxel@bonifatius-lingen.de



Chefarzt
Dietmar Jansen
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie

Tel.: 05952 209-504
E-Mail:
dietmar.jansen@kkh-soegel.de

■ Sekretariat



Tanja Uhlen

Tel.: 05952 209-112
E-Mail:
tanja.uhlen@kkh-soegel.de

■ Stationssekretariat



Karola Außel

Tel.: 05952 209-127
E-Mail:
chirurgie@kkh-soegel.de

■ Physikalische Therapie



Therapeutischer Leiter
Fritz Beeker
Physiotherapeut / Masseur
Manuelle Lymphdrainage

Tel.: 05952 209-193
E-Mail:
therapie@kkh-soegel.de

■ Pflege



Chirurgische Abteilung
Abteilungsleiterin / Pflegemanagement
Krankenschwester
Sr. Marlene Augustin

Tel.: 05952 209-526
E-Mail:
marlene.augustin@kkh-soegel.de

Sie bekommen ein neues Hüftgelenk.
Wir begleiten Sie Schritt für Schritt.



Hümmling Krankenhaus Sögel



*Diese Broschüre entstand mit
freundlicher Unterstützung von*



www.zimmergermany.de

Hümmling Krankenhaus Sögel
Mühlenstraße 17
49751 Sögel

Telefon: 0 59 52 / 2 09 - 0
Telefax: 0 59 52 / 2 09 - 299

E-Mail: verwaltung@kkh-soegel.de
Internet: www.krankenhaussoegel.de