




5 → HWS-Fraktur, operativ

S12.0 ODER S12.1 ODER S12.2(1,2,3,4,5)

Stabilität	Zeit	Behandlungsziel	Maßnahmen	Belastung / Bewegungsausmaß	Bemerkung	
Bewegungsstabil	OP- Tag	Vermeidung von Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzreduktion Kreislaufstabilisierung Pneumieprophylaxe Dekubitusprophylaxe 	Aktivierung aus dem Bett nach individuellen Möglichkeiten	Schmerzreduzierende Lagerung Cervicalstütze für max. 1 Woche bei dorso-ventraler Versorgung, bei isolierter ventraler Plattenosteosynthese bis 6 Wochen	
	<p>Mittleres VTE-Risiko! Patienten mit Wirbelsäulenverletzungen sollen unter Abwägung des Blutungsrisikos eine medikamentöse Prophylaxe mit NMH erhalten, ggf. in Kombination mit physikalischen Maßnahmen. Bei hohem Blutungsrisiko (z.B. nach Laminektomie oder bei intraspinalem Hämatom) sollte alternativ zur medikamentösen Prophylaxe eine intermittierende pneumatische Kompression IPK zur Anwendung kommen (nach Leitlinie).</p>					
	ab 1. Tag	Aktivierung	<ul style="list-style-type: none"> Anleitung zum En-bloc-Drehen Aufstehen über Seitenlage Atemtherapie Edukation und Verhaltenstraining Anleitung zum Eigentraining 	Schmerzabhängige und wirbelsäulengerechte Aktivierung aus dem Bett		
	bis 2. Tag	Kontrolle der Wundheilung	<ul style="list-style-type: none"> Verbandswechsel Entfernung der Drainagesysteme 			
	bis 3. Tag	Kontrolle des OP-Ergebnisses	<ul style="list-style-type: none"> Röntgenkontrolle ohne störende Verbände oder Ruhigstellungen Ggf. neurologische Kontrolluntersuchung 			
	bis 2. Wo	Erweiterte Aktivierung	<ul style="list-style-type: none"> Aktives Bewegen untere und obere Extremität aus Rückenlage Gangschule Haltungsschule 	Bewegung im schmerzarmen Bereich	Tägliche Therapie in den ersten Wochen empfehlenswert	
		Vorbereitung der Entlassung Entlassmanagement	<ul style="list-style-type: none"> ADL-Abklärung Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln Antragsstellung/ Einleitung Rehabilitationsmaßnahme 		Überprüfung der Notwendigkeit: Kurzzeitpflege (geriatrische) Frührehabilitation Ambulante oder Stationäre Rehamaßnahmen	
Belastungsstabil	bis 6. Wo	Physiologisches Bewegungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> Treppensteigen Haltungs- und Rückenschule Stabilisationstraining Kontrolliertes Bewegen der HWS Koordinationstraining Gleichgewichtstraining Ausdauertraining ADL-Training Sturzprävention Bewegungsbad 	Schmerzadaptierte Bewegung der Extremitäten und nicht betroffener Wirbelsäulenabschnitte	Tägliche Therapie empfehlenswert Überprüfung der Notwendigkeit der Cervicalstütze Stationäre/Ambulante medizinische Rehabilitation	
	6. Wo	Röntgenkontrolle ohne störende Verbände oder Ruhigstellungen				
	bis 12. Wo		Bewegung und Belastung unter Alltagsbedingungen Arbeitsfähigkeit bei leichten Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Erweiterte Gangschule (unebenes Gelände, Gehparks,...) Intensiviertes Krafttraining unter Einsatz von Geräten 	Belastungssteigerung nach individueller Fähigkeit bis zur Vollbelastung unter Alltagsbedingungen	Weitere notwendige ambulante Therapiemaßnahmen
	<p>Übergang zur Trainingsstabilität in Abhängigkeit von klinischen- und Röntgenbefunden Erkennen von Störungen im Heilverlauf und Einleiten geeigneter Maßnahmen Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Rehabilitative Maßnahmen im Rahmen der Trainingsstabilität und der beruflichen Wiedereingliederung sind ggf. bei erwerbsfähigen Patienten notwendig</p>					
Trainingsstabil	bis 16. Wo	Teilhabe: Wiedereingliederung Alltag, Gesellschaft und Beruf Arbeitsfähigkeit bei mittelschweren bis schweren Tätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> Funktionstraining, Rehasport, Rehanachsorge Ggf. Belastungserprobung, Arbeitstherapie 	Bewegung und Belastung ohne Limit	Ggf. medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation	
	ab 6. Mo	Sportfähigkeit für low impact-Sportarten	Sportartspezifisches Training		Sportärztliche Beratung empfohlen	
	ab 9. Mo	Sportfähigkeit für high impact-Sportarten	Sportartspezifisches Training		Sportärztliche Beratung empfohlen	