

# Therapieoptionen bei der Coccygodynie

**PROF. DR. ACHIM BENDITZ, MHBA**

Klinikum Fichtelgebirge, Deutschland  
a.benditz@klinikum-fichtelgebirge.de

## INHALT

Einleitung  
Anatomie  
Ätiologie  
Klinische Untersuchung  
Radiologische Diagnostik  
Therapie  
Fazit für die Praxis

## LECTURE BOARD

**Prim. Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Dietmar Dammerer**  
Klinische Abteilung für Orthopädie und Traumatologie  
Universitätsklinikum Krems

**Dr. Andreas Stippler**  
Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie  
Leiter Gruppenpraxis Orthopädie und David Institut Krems

## ÄRZTLICHER FORTBILDUNGSANBIETER

Ärztinnen- und Ärztekammer für Niederösterreich, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien

## REDAKTIONELLE BEARBEITUNG

Dr. Claudio Polzer

*Eine Literaturliste ist auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.  
Der Originalartikel ist erschienen in Die Orthopädie 2/2024.*

© Springer Verlag GmbH 2025

## Punkte sammeln auf... SpringerMedizin.at

Das DFP-E-Learning ist Teil des Diplom-Fortbildungsprogramms (DFP) der Österreichischen Ärztekammer und ermöglicht qualitätsgesicherte Fortbildung durch das Studium von Fachartikeln nach den Richtlinien des DFPs.

### DFP-Punkte online, per Post oder E-Mail

Der Multiple-Choice-Fragebogen des DFP kann bis zum **16. Mai 2026** beim **Springer Verlag** eingereicht werden:

- Online: Für eingeloggte User steht der Beitrag und der Fragebogen unter **www.springermedizin.at** zur Verfügung.
- per Post: Prinz-Eugen-Straße 8-10, 1040 Wien
- per E-Mail (eingescannter Test) an: **springer@springer.at**

### Approbation

Diese Fortbildungseinheit wird mit zwei medizinischen DFP-Punkten approbiert. Die Fortbildungspunkte werden rasch und unkompliziert mit Ihrer ÖÄK-Nummer elektronisch verbucht.



Fortbildungs-ID: 1036720

### Kontakt und weitere Informationen

Springer-Verlag GmbH  
Springer Medizin  
springer@springer.at  
SpringerMedizin.at



# Therapieoptionen bei der Coccygodynie

**T**rotz Schmerzen gehört die Coccygodynie zu den am häufigsten unterschätzten Beschwerden in der Orthopädie. Dadurch haben die Patienten oft einen langen Leidensweg mit zahlreichen Therapeuten und Untersuchungen hinter sich. Im folgenden Artikel sollen die Leser einen Überblick über die Diagnostik und aktuelle Therapieansätze in der Behandlung der Coccygodynie erhalten.

## Einleitung

Bereits 1859 beschrieb Simpson als erster die Coccygodynie als schmerzhaften Zustand beim Sitzen und Aufstehen im Bereich des Steißbeins. Die Patienten berichten typischerweise über Schmerzen im Sitzen und können dabei den Punkt im Bereich des Steißbeins lokalisieren. Die Lageänderung vor allem vom Sitzen zum Stehen verstärkt die Beschwerden. Zudem können die Schmerzen um das Steißbein herum ausstrahlen. Je nach Art der Instabilität können auch Symptome bei der Defäkation beschrieben werden. Trotz der weiten Verbreitung dieses Krankheitsbildes bleibt der wirkliche Krankheitswert in Fachkreisen bis heute umstritten. Dies führt in der Regel zu einer verzögerten Behandlung und die Patienten wandern von Arzt zu Arzt, bis es zu einer korrekten Diagnosestellung und entsprechenden Behandlung kommt.

## Anatomie

Am unteren dreieckigen Ende der Wirbelsäule wird das Steißbein aus 2–5 Segmenten gebildet. Zwischen den einzelnen Segmenten befinden sich rudimentäre Bandscheiben. Häufig sind die Wirbelkörper fusioniert. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Bandscheibenzwischenräume auch gelenkartig mit Knorpelüberzug angelegt sein können. Dies führt in der Regel zu einer pathologischen Beweglichkeit. Das kranialste Segment ist das einzige Segment, welches über ein Facettengelenk mit dem Sakrum verbunden ist. Im ventralen Bereich des Steißbeins setzen die Muskeln des Beckenbodens an. Zur Schmerzzinnervation lässt sich feststellen, dass das unpaarige Ende der beiden sympathischen Ketten, das Ganglion impar, die nozizeptiven Signale, die vom Steißbein ausgehen, überträgt. Die Lage des Ganglions impar ist meist nahe der Mittellinie ventral des ersten Bandscheibenzwischenraumes.

Neben den beiden Sitzbeinhöckern (Tuber ischiadicum) kann das Steißbein biomechanisch als Dreibein zur Stabilisierung der sitzenden Position angesehen werden.

## Ätiologie

In der Literatur findet sich eine Inzidenz der Coccygodynie von 1 %, wobei von einer deutlich höheren Dunkelziffer auszugehen ist. Kinder sind sehr selten betroffen, Frauen sind 4- bis 5-mal häufiger betroffen als Männer, was mit den natürlichen Geburten erklärt wird. Als weitere Risikofaktoren in der Literatur finden sich Adipositas und schneller Gewichtsverlust, da die dämpfende Wirkung des Fetts verloren geht. Während die zweite Aussage durch den Autor auch bestätigt werden kann, finden sich jedoch in der Praxis vermehrt schlanke Patienten.

## Genese

Es empfiehlt sich die Unterscheidung in eine traumatische und eine idiopathische Genese. Das Trauma mit einem direkten Sturz auf das Steißbein ist als Verletzungsmechanismus sicherlich am naheliegendsten. Die Literatur gibt eine Häufigkeit von 50–65 % an. Da nach einem Sturz auf das Gesäß die wenigsten Patienten sofort zum Arzt gehen, weil ein Schmerz in diesem Bereich als normal empfunden wird, ist die traumatische Ursache oft umstritten. Dies spielt vor allem bei Gutachten eine große Rolle. Letztendlich resultiert daraus eine für die Coccygodynie typische Latenz zwischen Trauma und Auftreten der dauerhaften Schmerzen. In der Regel handelt es sich bei der Coccygodynie nicht um eine Fraktur der knöchernen Anteile, sondern vielmehr um eine Zerreißung der Bandscheibe und eine dadurch bedingte Instabilität als Auslöser der Schmerzen. Zum Vergleich kann eine Olisthese der Lendenwirbelsäule herangezogen werden, die häufig Jahrzehnte lang asymptomatisch bleibt und erst im Laufe der Jahre mit zunehmenden degenerativen Veränderungen zu Problemen führt. Dabei reicht dann das längere Sitzen auf harten Unterlagen oder Aktivitäten wie Reiten oder Fahrradfahren als Auslöser. Schon im Jahr 1950 bezeichnete Schapiro die Krankheit als „Fernsehkrankheit“, was eine wichtige Rolle der Haltungsanpassung als prädisponierenden Faktor für die Coccygodynie beschreibt.

Als internes Trauma können auch schwere Geburten angesehen werden. Der andere Teil der Patienten stellt sich ohne erklärbare Ursache mit Steißbeinbeschwerden vor. Aus Sicht des Autors liegt das ursächliche Trauma entweder so lange zurück, dass es nicht mehr erinnerlich ist oder die fortschreitende Degeneration der rudimentären Bandscheiben führt zu einer im Alter zunehmenden Instabilität. Maigne zeigte eine positive Schmerzprovokation durch eine Diskographie bei 15 von 21 Patienten. Andere Studien belegen histologisch die degenerativen Veränderungen

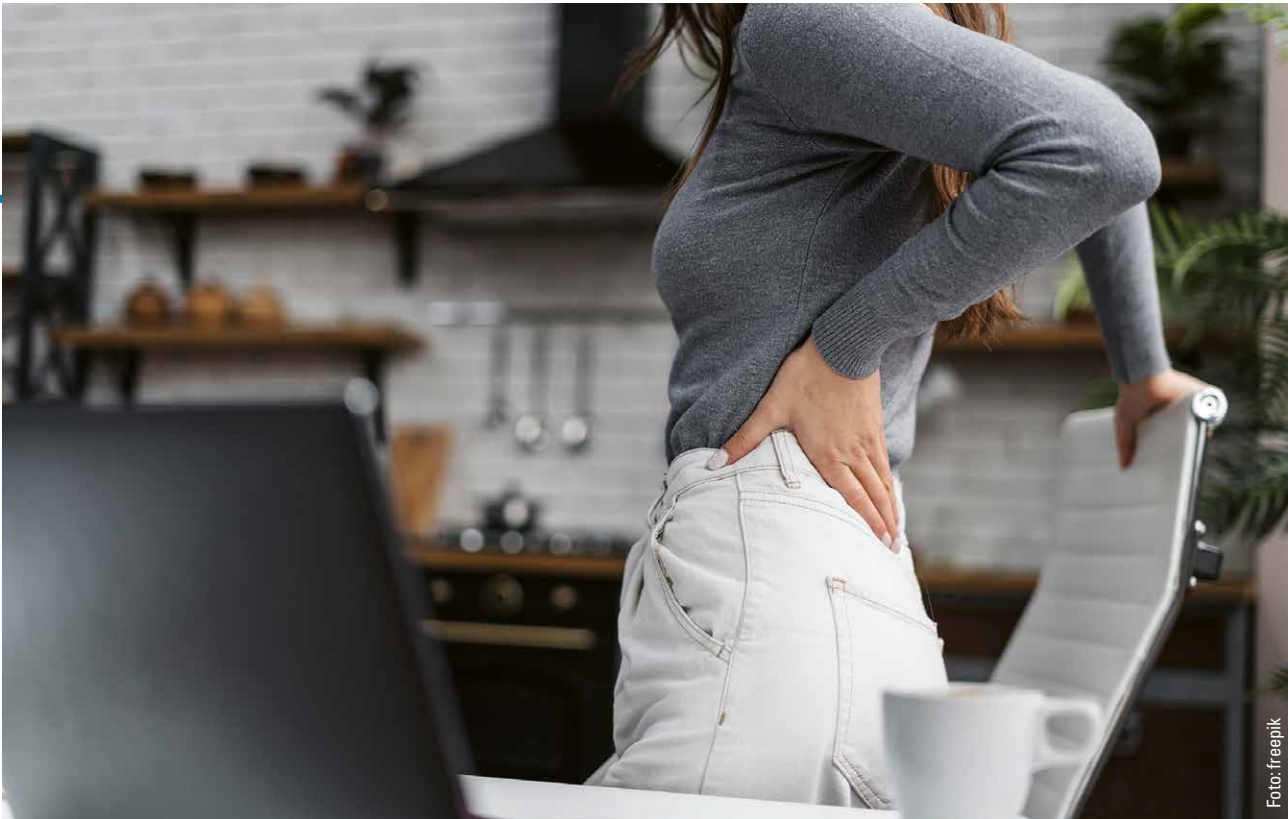


Foto: freepik

entweder i. S. einer Bandscheibendegeneration oder auch degenerative Gelenkknorpelveränderungen.

Als weitere Besonderheit sind die Patienten zu erwähnen, die am kaudalen Segment einen dorsalen Sporn haben. Dabei handelt es sich um eine nach dorsal gewölbte Knochennase, welche, häufig beschrieben wie eine Nadel, in den Weichteilmantel stechen kann und somit durch direkte Reizung des Gewebes beim Sitzen zu Problemen führt. Ein dorsaler Sporn kann entweder ein Auslöser oder eine Folge einer Coccygodynie sein.

Neben den typischen Fällen darf man sehr seltene Ursachen für eine Coccygodynie wie Tuberkulose, das Chordom oder das Osteoidosteom nicht übersehen. Proktologische Ursachen, wie Hämorrhoiden oder Analfissuren, kommen neben Arachnoidzysten, Dermoidzysten, Glomustumoren und Metastasen (z. B. Rektum, Uterus, Ovarien, Mamma, Prostata) differenzialdiagnostisch in Betracht. Eine Coccygodynie ist auch bei M. Bechterew möglich.

### Anamnese

Die analytischen Angaben des Patienten unterscheiden sich auch heute nur gering von der Erstbeschreibung durch Thiele 1963. Er beschrieb Patienten mit scharfem Stechen oder manchmal einem Schmerz in der unteren Kreuzbein- oder Steißbeingegend, insbesondere beim Sitzen auf ebenen oder harten Oberflächen. Dabei ist die Schwere der Schmerzen variierend. Je nach Art der Instabilität berichten die Patienten auch über Verstärkung der Schmerzen beim Aufstehen, beim Stuhlgang oder beim

Geschlechtsverkehr. Allen Patienten gemeinsam ist die Vielzahl von Arztbesuchen ohne hilfreiche Diagnose. Alle Patienten sitzen nach vorne geneigt oder seitlich verlagert, um das Steißbein zu entlasten.

Viele haben eine urologische, koloskopische und gynäkologische Abklärung ohne Ergebnis hinter sich. Ein Großteil wird schmerztherapeutisch und psychologisch mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung betreut. In den Bildgebungen werden die Befunde als unauffällig beschrieben oder das Steißbein ist häufig nicht einmal abgebildet.

Klinisch berichten die Betroffenen über den Hauptschmerz im Sitzen mit einer Verstärkung bei Reklination und bei Lageänderung, vor allem beim Aufstehen. Gerade die Sitzposition im Auto wird als extrem schmerzhaft beschrieben, obwohl in der Regel schon ein Ringsitzkissen eingesetzt wird. Gehen und Liegen verbessert die Schmerzen.

### Klinische Untersuchung

Bei der körperlichen Untersuchung sollte zunächst die typische Sitzhaltung des Patienten, welche nach vorne geneigt ist, beachtet werden. Danach wird die Haut im Bereich des Steißbeins palpiert. Dort können sich fokale Druckempfindlichkeiten zeigen. Es ist entscheidend die schmerzhafte Steißbeinspitze zu palpieren und die eventuell vorhandene Instabilität zu tasten. Die schmerzhaften kaudalen Anteile können von den kranialen weniger schmerzhaften Segmenten unterschieden werden.



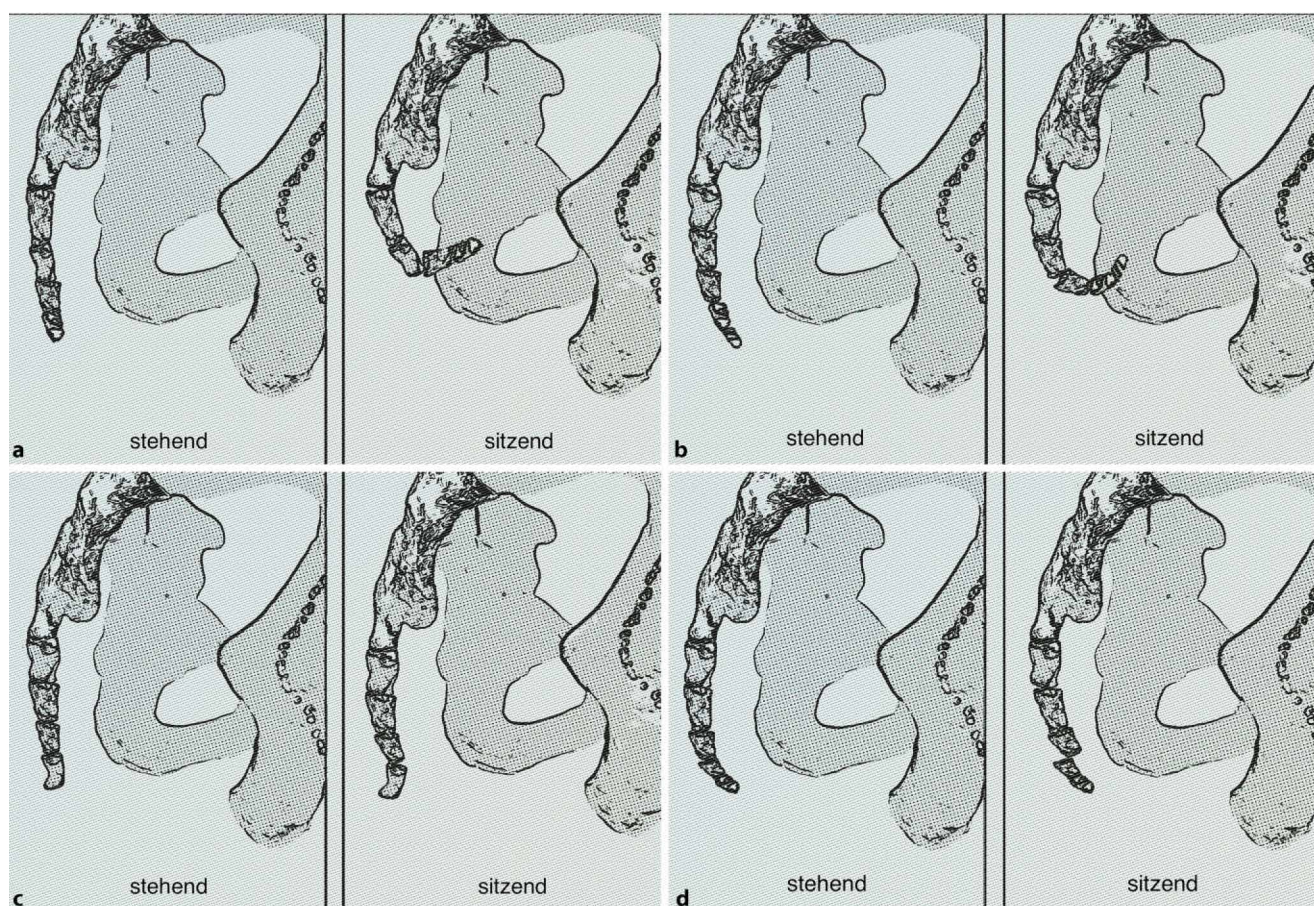


Abb. 1 Die 4 Typen der Benditz-König-Klassifikation im seitlichen Röntgenbild im Stehen und Sitzen.  
a Typ I, b Typ II, c Typ III, d Typ IV

## Radiologische Diagnostik

### Konventionelles Röntgen

Der Goldstandard sind die von Maigne et al. bereits 1994 veröffentlichten dynamischen Funktionsaufnahmen des Steißbeins in seitlich stehender und sitzender Position. Dabei wird zunächst eine Aufnahme im Stehen und nach 5-minütigem Sitzen in schmerzhafter, reklinierter Position im Sitzen angefertigt. Zur schnellen Beurteilung im heutigen digitalen Röntgen, kann die Benditz-König-Klassifikation herangezogen werden. Dabei werden 4 Typen unterschieden. Bei Typ I handelt es sich um ein Segment, das nach ventral mehr als 15° abkippt, bei Typ II um mehrere abgekippte Segmente. Typ II ist in der Studie der häufigste Typ. Typ III und IV beschreiben Subluxationen nach dorsal, wobei mehr als 50 % der Typ-IV-Patienten operiert wurden, was im Vergleich zu Typ I und II signifikant erhöht ist (Abb. 1). Die a.p.-Aufnahme hat klinisch nur geringe Relevanz und wird in der Regel nicht zur Diagnostik benötigt.

### Computertomographie

Der Stellenwert der Computertomographie ist gering und sollte nur bei Trauma mit Verdacht auf eine Beteiligung des Sakrums durchgeführt werden.

### Magnetresonanztomographie

Durch die liegende Position während der MRT können Instabilitäten nur bei deutlichen Fehlstellungen auffällig sein. Manchmal können in der T2-Wichtung und STIR-Sequenz ein Knochenödem oder diskrete Flüssigkeitsansammlungen im Sinne einer Reizung dargestellt werden. Dies ist vor allem bei frischen Traumata und dem Vorhandensein eines dorsalen Sporns der Fall. Aufgrund dessen stellen sich die meisten Patienten mit einem normalen Befund vor. Nicht zu vergessen ist der nicht geringe Anteil der Patienten, der trotz der Diagnose Coccygodynie nur eine MRT der LWS mit einem Normalbefund zur Vorstellung mitbringt.





Foto: pyproductions/freepik

## Therapie

### Konservative Therapie

Therapie der Wahl ist immer erst das konservative Vorgehen. Laut Literatur kommt es in 90 % der Fälle zu einer Besserung. Die konservativen Maßnahmen sollten mindestens 6 Monate ausgeschöpft werden. Dabei stehen an erster Stelle nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente in Kombination mit einem Ringsitzkissen oder Keilkissen zur Druckentlastung. Einzelne Berichte sprechen von einem positiven Effekt der Krankengymnastik, was sich in Studien jedoch nicht nachweisen lässt. Für die manuelle Therapie müssen 2 Szenarien unterschieden werden. Im ersten Szenario liegt ein Spasmus der Beckenbodenmuskulatur vor. Thiele beschrieb eine zentrale Rolle des Levator-ani-Spasmus, Steißbeinkrämpfe verschlimmern zusätzlich Schmerzen und Degeneration der Kreuzbein- und Steißbeingelenke, was wiederum zu mehr Krämpfen führt. So spielt das Massieren der langen Fasern des Levator ani eine Rolle bei der Linderung der Muskelkrämpfe und der Unterbrechung des Teufelskreises der Schmerzen.

Beim zweiten Szenario haben die Patienten eine Instabilität. Hier verschlechtern Massagen das Ergebnis, sodass Maigne in diesen Fällen eine Steißbeinmanipulation empfiehlt. Dabei sollte mit dem Finger innerhalb des Rektums und dem Daumen außen das Steißbein umgriffen werden. Weiterhin sollte die Steißbeinstreckung nach Manipulation für einige Minuten aufrechterhalten werden, indem mit dem Zeigefinger Gegendruck auf das Steißbein und mit der anderen Hand Druck nach hinten auf das untere Kreuzbein ausgeübt wird. Diese Behandlungen werden auch von Osteopathen häufig erfolgreich durchgeführt.

Als erste invasive Behandlungsmethode sollten Injektionen mit Lokalanästhetikum und Steroiden zum Einsatz kommen. Während die Lokalanästhetikaapplikation vor allem eine diagnostische Funktion erfüllt, soll die Steroidgabe einen therapeutischen Effekt haben. In der Literatur werden bildwandlergestützte, CT-gesteuerte oder Freihandinjektionen beschrieben. Ziel ist dabei die Umflutung des schmerzhaften Areals. Der Autor verwendet erfolgreich in einer ersten Injektion 2 ml Mepivacain 1 % und Triamcinolon 10 mg, gefolgt von 5 ml Mepivacain 1 % und Triamcinolon 40 mg im Abstand von ca. 3–4 Wochen.

Der Ganglion-impar-Block bildet dabei eine Sonderform.

Unter Bildgebung (CT, Bildwandler) wird das ventral des ersten Bandscheibenfaches gelegene Ganglion entweder direkt durch die Bandscheibe oder von seitlich kommend zunächst mit Kontrastmittel dargestellt („reversed C-sign“) und dann infiltriert. Auch kann es durch Thermodenervierung oder Dextrose-Prolotherapie modifiziert werden.

Es gibt auch eine Studie, die den positiven Effekt der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) zeigt. Dabei senkten sich die Schmerz- und Behinderungswerte und ESWT war physikalischen Maßnahmen überlegen.

### Operative Therapie

Sollten die konservativen Maßnahmen über einen Zeitraum von länger als 6 Monaten nicht erfolgreich sein, kann mit den Patienten die Möglichkeit der Coccygektomie besprochen werden. Die Literatur zeigt dabei eine Erfolgsrate von 85–100 % bei richtig ausgewählten Patienten. Aus Sicht des Autors gehört zur guten Auswahl der Patienten neben einer ausführlichen Aufklärung und dem Ausschöpfen der konservativen Therapie auch eine deutliche Instabilität in den Funktionsaufnahmen sowie



Abb. 2 Coccygodynie Typ II nach (a) und vor (b) Resektion

eine erfolgreiche Testinfiltration mit einem Lokalanästhetikum wenigstens für kurze Zeit.

Wichtig ist ebenfalls die Aufklärung des Patienten, dass die Schmerzen nicht sofort nach der Operation verschwinden und der Wundschmerz auch noch mehrere Monate nach der Operation anhalten kann.

Technisch sind verschiedene Methoden beschrieben. Prinzipiell unterscheidet man die totale von einer partiellen Coccygektomie. Grundsätzlich sollte das Steißbein immer an der instabilen Stelle abgesetzt werden, um möglichst wenig Kollateralschaden zu verursachen.

Die Coccygektomie wird üblicherweise über einen hinteren Mittellinienschnitt direkt über dem Steißbein, wie von Key 1937 beschrieben, durchgeführt. Die Dissektion erfolgt durch Einschneiden der Bandscheibe kranial des instabilen Segmentes und ein knochennahes nach kaudal gerichtetes Abpräparieren, um eine Verletzung der Rektumwand zu vermeiden. Idealerweise werden alle Segmente en-bloc herausgetrennt. Die kranio-kaudale Vorgehensweise hat sich als sicherer herausgestellt als die Präparation von kaudal nach kranial. Der Autor verwendet einen Y-förmigen Schnitt, um zum einen die vulnerable Haut der Rima ani auszusparen und zum anderen die Scherkräfte beim Sitzen postoperativ besser zu verteilen.

Zur Vermeidung von Infektionen sollte eine gute Abdichtung der Naht und des Pflasterverbandes stattfinden. Einige Autoren empfehlen eine Antibiotikatherapie über 48 h, um Infektionen und wundbezogene Komplikationen, einschließlich Wunddehiscenz und verzögerter Heilung zu vermeiden. Die Abb. 2 zeigt ein seitliches Röntgenbild vor und nach der Coccygektomie.

### Fazit für die Praxis

- Der typische Steißbeinpatient kommt mit seit langem bestehenden Schmerzen und einer Vielzahl von Arztbesuchen in die Praxis.
- Die mitunter vielfältigen Voruntersuchungen und die apparative Diagnostik haben in der Regel keinen wegweisenden Befund erbracht und häufig werden die Schmerzen auf die Psyche geschoben.
- Die Patienten können ihren Schmerz lokalisiert im Bereich des Steißbeins angeben. Dieser lässt sich durch einen typischen Druckschmerz und häufig über eine tastbare Instabilität objektivieren.
- Zunächst sollten Röntgenfunktionsaufnahmen des Steißbeins im Stehen und im Sitzen angefertigt werden.
- Danach kann ein Therapieversuch mittels nichtsteroidalen Antirheumatika und entlastendem Sitzkissen sowie eine Testinfiltration des Steißbeins mit Lokalanästhetikum und einem Glukokortikoid durchgeführt werden.
- Sollten die Beschwerden auch auf wiederholte Infiltrationen nur kurzfristig ansprechen, so sollte die Coccygektomie bei einem erfahrenen Behandler durchgeführt werden.

**PROF. DR. ACHIM BENDITZ, MHBA**

Klinikum Fichtelgebirge, Deutschland  
a.benditz@klinikum-fichtelgebirge.de

© Springer Verlag GmbH 2025

# Fragebogen

## Therapieoptionen bei der Coccygodynie

Foto: Vladimir Polikarpov/freepik

### 1. Welche Aussagen zur Coccygodynie treffen zu? (2 Richtige)

- ☐ a) In der Literatur findet sich eine Inzidenz der Coccygodynie von 1 %, wobei von einer deutlich höheren Dunkelziffer auszugehen ist.
- ☐ b) Männer sind etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen.
- ☐ c) Frauen sind 4- bis 5-mal häufiger betroffen als Männer.
- ☐ d) Im Kindes- und Jugendalter ist ein wachstumsbedingter Inzidenzspitzen mit dem Beginn der Pubertät zu beobachten.

### 2. Zur Genese der Coccygodynie. Welche Aussage trifft NICHT zu? (1 Richtige)

- ☐ a) Häufigste Ursache für eine Coccygodynie ist das Trauma mit einem direkten Sturz auf das Steißbein.
- ☐ b) Als Risikofaktoren für eine Coccygodynie gelten unter anderem natürliche Geburten, Adipositas und schneller Gewichtsverlust.
- ☐ c) In der Regel handelt es sich bei der Coccygodynie um eine Fraktur der knöchernen Anteile.
- ☐ d) Eine Latenz zwischen Trauma und Auftreten der dauerhaften Schmerzen ist für die Coccygodynie typisch.

### 3. Welche Aussagen zu Anamnese und klinischer Untersuchung bei Coccygodynie treffen zu? (3 Richtige)

- ☐ a) Häufig wird über die Verstärkung der Schmerzen beim Aufstehen, beim Stuhlgang oder beim Geschlechtsverkehr sowie beim Sitzen im Auto berichtet.
- ☐ b) Liegen und Gehen verstärken die Schmerzen.
- ☐ c) Bei der körperlichen Untersuchung fällt die typische, nach vorne geneigte oder seitlich verlagerte Sitzhaltung des Patienten auf.
- ☐ d) Entscheidend ist das Palpieren der schmerzhaften Steißbeinspitze und einer eventuell vorhandenen Instabilität.

### 4. Zur Diagnose der Coccygodynie. Welche Aussagen treffen zu? (2 Richtige)

- ☐ a) Der Goldstandard sind dynamische Röntgen-Funktionsaufnahmen des Steißbeins in seitlich stehender und sitzender Position.

Einsendeschluss: **16. Mai 2026** • [www.springermedizin.at](http://www.springermedizin.at)  
oder [www.meindfp.at](http://www.meindfp.at) • Scan an: [springer@springer.at](mailto:springer@springer.at) •  
Fortbildungs-ID: 1036720

- ☐ b) Die zusätzliche a.p.-Aufnahme wird zur Diagnosesicherung in jedem Fall benötigt.
- ☐ c) Eine Computertomographie sollte nur bei Trauma mit Verdacht auf eine Beteiligung des Sakrums durchgeführt werden.
- ☐ d) Zur genaueren Erfassung von Fehlstellungen des Steißbeins sollte eine erweiterte Diagnostik mittels MRT erfolgen.

### 5. Welche Aussagen zur konservativen Therapie der Coccygodynie treffen zu? (3 Richtige)

- ☐ a) Therapie der Wahl ist immer erst das konservative Vorgehen, das in 90 % der Fälle eine Besserung bringt.
- ☐ b) An erster Stelle stehen nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente in Kombination mit einem Ringsitzkissen oder Keilkissen zur Druckentlastung.
- ☐ c) Die manuelle Therapie umfasst bei Spasmus der Beckenbodenmuskulatur das Massieren des Muskulus levator ani bzw. bei Instabilität eine Steißbeinmanipulation.
- ☐ d) Injektionen mit Lokalanästhetikum oder Steroiden, eine Blockade des Ganglion impar sowie die extrakorporale Stoßwellentherapie haben in Studien bislang keinen ausreichenden Effekt bei Coccygodynie gezeigt.

### 6. Welche Aussage zur operativen Therapie der Coccygodynie trifft NICHT zu? (1 Richtige)

- ☐ a) Ein operatives Vorgehen sollte erwogen werden, wenn die konservativen Maßnahmen über einen Zeitraum von länger als 6 Monaten nicht erfolgreich sind.
- ☐ b) Als Optionen bestehen die totale oder die partielle Coccygektomie, wobei das Steißbein immer an der instabilen Stelle abgesetzt werden sollte.
- ☐ c) Nach Einschneiden der Bandscheibe kranial des instabilen Segmentes hat sich ein knochenahes nach kaudal gerichtetes Abpräparieren als sicherste Vorgehensweise herausgestellt.
- ☐ d) Bei richtig ausgewählten Patienten zeigt die Literatur für die Coccygektomie eine Erfolgsrate von bis zu 50 %.

Absender (bitte gut leserlich ausfüllen):

Name: \_\_\_\_\_

ÖÄK-Nummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Ort/PLZ: \_\_\_\_\_

☐ Frau ☐ Herr

☐ Ich besitze ein gültiges ÖÄK-Diplom

Telefon: \_\_\_\_\_

Altersgruppe: ☐ < 30 ☐ 31 – 40 ☐ 41 – 50  
☐ 51 – 60 ☐ > 60