



## Kongress-Pressekonferenz zum DKOU 2019

### Notfallbehandlung in Not

**Termin:** Mittwoch, 23. Oktober 2019, 11.00 bis 12.00 Uhr

**Ort:** Messe Berlin, Eingang Süd, Halle 6.3, Raum 411

### Themen und Referenten:

#### **Endlose Wartezeiten, überlastete Ärzte, Doppelbehandlungen - Die Crux mit den Notfällen: Konzepte für eine bessere Versorgung**

*Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner*

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

#### **Ausfall geplanter OPs, höhere Behandlungskosten, Ärztfrust: Wie die aktuelle Notfallsituation Kliniken und reguläre Patienten benachteiligt**

*Professor Dr. med. Carsten Perka*

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

#### **Wenn der Notfall kein Notfall ist – Mit welchen Beschwerden kommen Menschen in die Notaufnahme und welche Rolle sollten Ärzte für O und U bei der Versorgung spielen?**

*Dr. med. Johannes Flechtenmacher*

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen; Ortho-Zentrum Karlsruhe

#### **Sprunggelenkverletzungen – Warum sind sie so häufig? Wie werden sie optimal behandelt und sind sie vermeidbar?**

*Professor Dr. med. Benita Kuni*

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Durchgangsärztin, Ortho-Zentrum Karlsruhe

**Moderation:** Pressestelle DKOU 2019, Stuttgart

#### **Pressekontakt für Rückfragen:**

Dr. Adelheid Liebendörfer/Heinke Schöffmann  
Pressestelle DKOU 2019  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Tel.: 0711 8931-173, Fax: 0711 8931-167  
liebendoerfer@medizinkommunikation.org  
www.dkou.org

#### **Pressekontakt in Berlin auf dem DKOU:**

Pressezentrum, Raum 6.3, Messe Süd Berlin  
Tel.: 030 3038-81206  
Fax: 030 3038-81207

## **Pressemitteilung zum DKOU 2019**

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

22. bis 25. Oktober 2019, Messegelände Süd, Berlin

## **Verletzungen des Sprunggelenks immer ärztlich abklären lassen Folgeschäden wie Arthrose vermeiden**

**Berlin, 23. Oktober 2019 – Umknicken, Stolpern, Stürzen: Verletzungen des Sprunggelenks gehören zu den häufigsten am Bewegungsapparat. Was nicht jeder weiß: Werden sie nicht oder unzureichend behandelt, können sie schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. Dazu gehören etwa eine dauerhafte Instabilität des Gelenks mit häufigem Umknicken sowie eine schmerzhaft Arthrose, die schlimmstenfalls bereits in jungen Jahren auftritt. Deshalb sollte jede Sprunggelenkverletzung von Orthopäden und Unfallchirurgen abgeklärt und leitliniengerecht versorgt werden. Dies beinhaltet auch Maßnahmen, um erneute Verletzungen zu vermeiden, etwa das Tragen von Hilfsmitteln wie Einlagen, Tapes und Orthesen, oder das Training der Koordinationsfähigkeit und Balance. Warum Verletzungen des Sprunggelenks so häufig sind, wie man ihnen vorbeugen kann sowie neueste Erkenntnisse zu ihrer Behandlung sind Themen auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2019) und Gegenstand der heutigen Kongress-Pressekonferenz in Berlin.**

Das Sprunggelenk ist essentiell für alle Lauf- und Sprungbewegungen. Gleichzeitig ist es besonders verletzungsgefährdet: „Bereits wenige Grad Abweichung von der normalen Gelenkstellung können ausreichen, um eine Verletzung auszulösen. Risikosituationen sind insbesondere Sprunglandungen, schnelle Richtungswechsel und das Laufen auf unebenem Gelände“, sagt Professor Dr. med. Benita Kuni, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie am Ortho-Zentrum Karlsruhe. So berichten in Umfragen 70 Prozent der Allgemeinbevölkerung, im Laufe ihres Lebens mindestens eine Sprunggelenkverletzung erlitten zu haben. In der Mehrzahl kommt es hier durch das typische Umknick-Trauma zu einer Zerrung. Brüche des oberen Sprunggelenks sind bei Erwachsenen die häufigsten Frakturen am Unterschenkel.

„Jede Verletzung des Sprunggelenks gehört in kompetente fachärztliche Hände“, betont die Expertin.

„Das Ausmaß der Verletzung sollte immer minutiös untersucht werden.“ Je nach Schweregrad können

# DKOU2019

Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie

Berlin, 22. – 25. Oktober  
[www.dkou.de](http://www.dkou.de)



auch Röntgen und weitere bildgebende Verfahren nötig werden. Der Sprunggelenkkomplex sollte zur Ausheilung einer Kapsel-Bandverletzung ausreichend lange mit einer geschnürten Orthese stabilisiert werden. Nach einer Fraktur, aber auch bei einer weiterbestehenden Gelenkinstabilität, besteht das Risiko, einen vorseilenden, also frühzeitigen Gelenkverschleiß zu entwickeln. Zu den ersten Symptomen gehören Beschwerden, etwa beim Treppensteigen oder beim Gehen auf unebenem Grund.

Auch wenn es nicht immer möglich ist, das Gelenk vollständig und anatomisch korrekt wiederherzustellen, sollte doch alles getan werden, um Folgeschäden möglichst gering zu halten. Dazu gehört auch, die Risikofaktoren für eine Verletzungsanfälligkeit des Sprunggelenks zu minimieren: Übergewicht abbauen, neuromuskuläres Training sowie die Korrektur von Gelenkfehlstellungen und Instabilitäten durch Einlagen, Orthesen, Eigenübungen und Physiotherapie. „Dabei sollten, soweit möglich, zunächst immer alle konservativen Möglichkeiten der Therapie ausgeschöpft werden“, sagt Dr. med. Thomas Möller, DKOU-Kongresspräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) aus Speyer.

„Eine enge Vernetzung zwischen den Notfallambulanzen, den Hausärzten und den niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie ist wesentlich, um sowohl die umfassende Erstversorgung als auch eine angemessene Anschlussbehandlung sicherzustellen“, resümiert Kuni. „Die Überprüfung des Heilungsverlaufs und der Akzeptanz einer Hilfsmittelversorgung sollte engmaschig erfolgen, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.“

*Der DKOU 2019 findet vom 22. bis 25. Oktober 2019 auf dem Messegelände Süd in Berlin statt. Die Anmeldung ist im Internet unter <https://dkou.org/registrierung/> möglich. Unter <http://dkou.org/webcasts> können Interessenten alle Vorträge aus dem Festsaal außerdem live verfolgen. Nähere Informationen sind bei Intercongress GmbH, Friedrichstraße 6, 65185 Wiesbaden, Tel. 0611 977-160, [dkou@intercongress.de](mailto:dkou@intercongress.de) erhältlich. Journalisten akkreditieren sich über [liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org).*

\*\*\*\*\*Abdruck erwünscht – Beleg erbeten\*\*\*\*\*

## **Quellen:**

S2e-Leitlinie 012/003: Sprunggelenkfraktur

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/012-003l\\_S2e\\_Sprunggelenkfraktur\\_2016-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-003l_S2e_Sprunggelenkfraktur_2016-02.pdf)

Leitlinie Frische Außenbandruptur am Oberen Sprunggelenk

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/012-022.html>

DGUV Broschüre Stolperstürze:

[https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/quartal\\_1/details\\_1\\_141889.jsp](https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/quartal_1/details_1_141889.jsp)

Delahunt E, et al.: Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. Br J Sports Med. 2018 Oct;52(20):1304-1310. doi: 10.1136/bjsports-2017-098885. Epub 2018 Jun 9.

Gribble PA, et al.: 2016 consensus statement of the International Ankle Consortium: prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. Br J Sports Med. 2016 Dec;50(24):1493-1495. doi: 10.1136/bjsports-2016-096188. Epub 2016 Jun 3.

Leumann A, Valderrabano V, Pagenstert G: Akute Instabilität des oberen Sprunggelenks. In: Ruchholtz S, Wirtz D, Hrsg. Orthopädie und Unfallchirurgie essentials. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2019. doi:10.1055/b-006-160191.

Zettl R: Frakturen des Sprunggelenks. In: Ruchholtz S, Wirtz D, Hrsg. Orthopädie und Unfallchirurgie essentials. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme; 2019. doi:10.1055/b-006-160191.

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Endlose Wartezeiten, überlastete Ärzte, Doppelbehandlungen - Die Crux mit den Notfällen: Konzepte für eine bessere Versorgung**

Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

#### **Aktuelle Änderungen der Notfallversorgung**

Die Notfallversorgung und deren Finanzierung wurden zum April 2018 neu strukturiert: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat ein gestuftes System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern beschlossen. Dieser Schritt zeigte sich als unumgänglich: Die Versorgung von ambulanten Notfallpatienten in den Kliniken war zuletzt bei Vergütung mittels Pauschalen massiv defizitär. Zukünftig ist die Vergütung der Krankenhäuser mittels gestaffelter Zuschläge je nach Versorgungsstufe geplant. Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, sollen Abschläge erhalten. Trotz dieser Änderungen gemäß G-BA-Beschluss werden auch weiterhin deutliche Unterfinanzierungen in diesem Sektor befürchtet: Die kontinuierliche Vorhaltung von qualifiziertem Personal und entsprechenden Strukturen für die Behandlung von Notfallpatienten ist kostenintensiv und voraussichtlich auch im weiteren Verlauf unterfinanziert.

#### **Orthopädie und Unfallchirurgie im Bereich der Notfallversorgung**

Bereits 2013 stellte die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) die Relevanz der Fachdisziplin Orthopädie und Unfallchirurgie eindrücklich dar: Ein Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus zeigte, dass unter den 25 häufigsten Diagnosen 21 Diagnosen aus dem Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie erschienen. Aktuelle Literatur bestätigt diesen hohen Stellenwert: Bis zu 43 Prozent aller Notfallpatienten in einer Notaufnahme können dem orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebiet zugeordnet werden (Biberthaler, Unfallchirurg 2019). Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) fordert diesbezüglich als logische Konsequenz, dass für die Versorgung dieser (ambulanten) Notfallpatienten eine hohe Kompetenz und fachliche Expertise vorgehalten wird. Insbesondere bei berufsgenossenschaftlichen Notfallversorgungen (Arbeits-/Wege-/Schulunfälle) ist nach den Vorgaben des SGB VII sicherzustellen, dass die Behandlung unter der Leitung und Verantwortung des Durchgangsarztes erfolgt. Eine fachärztliche orthopädisch-unfallchirurgische Beteiligung in Notaufnahmen ist aus diesen Gründen unverzichtbar und muss bei der personellen und strukturellen Ausstattung der Notaufnahme zwingend berücksichtigt werden.

#### **Neue Strukturen in der Notfallversorgung**

Dass der Sektor Notfallversorgung einen immer größer und wichtiger werdenden Anteil an der medizinischen Versorgung einnimmt, wird auch durch die zunehmende Implementierung von

Zentralen Notaufnahmen verdeutlicht. Zusätzlich führen bereits mehrere Landesärztekammern die Zusatzbezeichnung „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ ein. Neben erheblichen Chancen müssen hierbei allerdings auch mögliche Risiken beachtet werden: Oberste Priorität ist stets der fachlichen Expertise einzuräumen. Ein orthopädisch-unfallchirurgischer Facharztstandard mit spezieller unfallchirurgischer Erfahrung inklusive Schockraumversorgung ist neben modernster Diagnostik und Operationskapazitäten in akutversorgenden Krankenhäusern kontinuierlich vorzuhalten. Eine solche personelle Vorhaltung (sowohl quantitativ als auch qualitativ) muss gut geplant sein: Einerseits wird ein wirtschaftlicher und ressourcenorientierter Personaleinsatz erwartet, andererseits sind in der Notfallversorgung keine direkten Einsatzzeiten konkret planbar. Hilfreich erscheinen individuelle, klinikinterne Analysen hinsichtlich des Patientenaufkommens. Insbesondere tageszeitliche Unterschiede sollten bei der Erstellung von Stellen- und Dienstplänen berücksichtigt werden. Biberthaler zeigte in der Studie aus München klare Stoßzeiten auf, in denen teilweise über 45 Patienten mit orthopädisch-unfallchirurgischen Diagnosen pro Stunde in Notaufnahmen eintrafen. Solchen Stoßzeiten könnte beispielsweise mit überlappenden Schichtplänen – sowohl ärztlicher- wie auch pflegerischerseits – begegnet werden.

### **Kooperierende Versorgung über Sektorengrenzen**

Damit eine umfassende und qualitativ hochwertige Patientenversorgung gewährleistet werden kann, ist eine kooperierende Versorgung aller beteiligten Fachdisziplinen und Professionen in der Notfallversorgung essenziell. Ziel muss eine integrative Versorgung sein – von Beginn in der Präklinik (Kooperation mit dem Rettungsdienst) über die Behandlung in der Zentralen Notaufnahme, einer sich anschließenden stationären Behandlung beziehungsweise ambulanten Weiterbehandlung bis hin zur Rehabilitation. Sämtliche Bereiche müssen verzahnend miteinander arbeiten, um eine gelingende Notfallversorgung ohne Schnittstellenprobleme an den einzelnen Übergängen zu garantieren. Entsprechende Kooperationsmodelle sind, sofern noch nicht etabliert, zu fordern. Insbesondere in der Versorgung ambulanter Patienten ist je nach lokalen Gegebenheiten die Kooperation zwischen Vertragsärzten, integrierten Notfallzentren und Kliniken zu organisieren. Ohne Filterung der Patientenströme ist mit einer weiteren Zunahme der Verschiebung der ambulanten Versorgung in die Notaufnahmen der Kliniken zu rechnen. Bei Notfallpatienten mit Indikation zur stationären Aufnahme sollte ein strukturiertes Vorgehen zugrunde liegen: Akut-/Kurzliegestationen beziehungsweise Beobachtungsstationen im Bereich von Zentralen Notaufnahmen sind als Zuweisungswege für eine Aufnahme auf die im Verlauf versorgende Krankenhausstation zu evaluieren. Übergeordnetes Ziel ist der reibungslose Übergang in die stationäre Versorgung ohne Informations- oder Zeitverluste. IT-unterstützte Triage- und Managementsysteme erscheinen in diesem Zusammenhang als äußerst hilfreich, eine lückenlose Dokumentation und Information über die relevanten Gesundheitsdaten der Notfallpatienten ist zu fordern. Vorteile hieraus sind unter anderem

die Vermeidung von Doppeluntersuchungen, eine mögliche Reduktion von stationären Aufenthalten, eine zielgerichtete Diagnosefindung sowie schnellere und rationalere Therapieentscheidungen.

### **Notfallversorgung – ein möglicher Ausblick in die Zukunft**

Es erscheint unumgänglich, dass es für eine gelingende und qualitativ hochwertige Versorgung von Notfallpatienten weitreichender Veränderungen im Vergleich zur aktuellen Versorgungssituation bedarf. Durch den G-BA-Beschluss zur gestuften Vergütung kam es zuletzt zu einer starken Fokussierung auf das Thema der Notfallversorgung. Diese Relevanz des Themas ist absolut zu begrüßen. Aktuell häufig diskutierte Themen beschäftigen sich vielmals mit baulichen und strukturellen Aspekten. Essenziell erscheint es uns allerdings, dass die notwendige Einstellung der Leistungserbringer sowie ein Bekenntnis der Politik vorhanden sein müssen, dass die Notfallversorgung (und somit auch deren Finanzierung) ein integraler und unverzichtbarer Bereich der Patientenversorgung ist und sie dementsprechend einen hohen Stellenwert im deutschen Gesundheitssystem einzunehmen hat.

*Es gilt das gesprochene Wort!*

(Berlin, Oktober 2019)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Ausfall geplanter OPs, höhere Behandlungskosten, Ärztfrust: Wie die aktuelle Notfallsituation Kliniken und reguläre Patienten benachteiligt**

Professor Dr. med. Carsten Perka

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

Die Notfallmedizin braucht (nicht nur) im Bereich des Fachgebiets Orthopädie/Unfallchirurgie in Deutschland eine neue Strukturierung und eine entsprechende Finanzierung. Aktuell sind Krankenhäuser, die im Sinne der Weiterbildung und der umfassenden Versorgung der Patienten sowohl das orthopädische als auch unfallchirurgische Spektrum anbieten, dramatisch benachteiligt. Dieses systemische Problem unseres Gesundheitswesens ist ungelöst.

Problematisch wirkt sich die Verfügbarkeit einer Rettungsstelle nicht nur auf die ohnehin schon unzureichende Personalsituation aus, sondern auch auf die elektiven Behandlungen, bei denen durch drastische Kürzungen der DRGs in den letzten Jahren die zeitliche Notwendigkeit eines optimierten Behandlungsablaufs besteht.

Rettungsstellen erfordern ein 24-Stunden/7-Tage-Dienstsystem, was dazu führt, dass hoch spezialisierte Ärzte nachts Dienst haben und am nächsten Tag für die Durchführung des elektiven Programms nicht zur Verfügung stehen. Noch problematischer im Wettbewerb zwischen den Kliniken, die eine umfassende Versorgung gewährleisten, und den Spezialkliniken macht sich jedoch bemerkbar, dass die Einbindung in die Notfallversorgung zur Akutaufnahme und zur Durchführung akuter Operationen führt. Dies führt dann zwangsläufig zur Verschiebung geplanter elektiver Operationen. Dies wird heute durch Patienten jedoch de facto nicht mehr akzeptiert. Klare Folge ist der Verlust von Patienten mit dem Wunsch, sich in einer Klinik mit ausschließlich elektivem Programm operieren zu lassen. Auch die Zuweiser reagieren auf die vermeintliche Fehlorganisation und weisen in andere Kliniken ein.

Dabei macht sich zusätzlich bemerkbar, dass viele hoch spezialisierte Fachärzte im Bereich Orthopädie/Unfallchirurgie in ein Dienstsystem eingebunden sind, welches eine erhebliche Beeinträchtigung der Work-Life-Balance darstellt. Somit verlassen gerade die Spezialisten häufig die Klinik, um ihre Tätigkeit zu normalen Tageszeiten auszuführen. Die wirtschaftlichen Verluste für die Kliniken, welche hier die Weiterbildung betreiben, sind immens. Der gleiche Kollege, der bisher im Krankenhaus tätig war, eröffnet oftmals wenige hundert Meter entfernt eine private Praxis, um hier zu ihm angenehmen Zeiten, mit höherer Effizienz in den Abläufen, das vergleichbare Spektrum abzudecken, was zuvor im Krankenhaus operiert wurde. Die Ausbildung eines Nachfolgers ist dann

oftmals mit sehr viel Zeit, einer langen Zeitdauer des Reputationsverlustes und sinkenden Patientenzuweisungen verbunden.

Letztlich verlängert sich durch die Versorgungsnotwendigkeit von Notfallpatienten der prästationäre Aufenthalt von elektiv geplanten Patienten, was durch die Krankenkassen dann nicht bezahlt wird. Die ökonomische Benachteiligung ist somit evident.

Ausweg kann nur eine adäquate Finanzierung der Notfallzentren der Krankenhäuser und eine differente Bezahlung von Eingriffen an Häusern, welche eine Notfallversorgung vorhalten beziehungsweise keine Notfallversorgung anbieten, sein. Dies ist unter den aktuellen Gegebenheiten unbedingt zum Erhalt der Behandlungsqualität und zur Stärkung unseres stark krankenhausbasierten Weiterbildungssystems zu fordern.

*Es gilt das gesprochene Wort!*

(Berlin, Oktober 2019)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Wenn der Notfall kein Notfall ist – Mit welchen Beschwerden kommen Menschen in die Notaufnahme und welche Rolle sollten Ärzte für O und U bei der Versorgung spielen?**

Dr. med. Johannes Flechtenmacher

Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen, Ortho-Zentrum Karlsruhe

Sind Verletzungen des Handgelenks und der Hand ein medizinischer Notfall, der – egal, wie die Verletzung aussieht – bei Tag und bei Nacht in der Notfallambulanz einer Klinik behandelt werden muss, oder können viele Verletzungen auch während der regulären Sprechzeiten von einem niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen versorgt werden? Vor allem, nachdem das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen dazu verpflichtet, fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde, ohne Terminvereinbarung, anzubieten.

Diese Frage zielt auf das zentrale Dilemma der derzeitigen Notfallversorgung ab. Die Notaufnahmen der Kliniken sind eigentlich für Patienten da, deren Leben in Gefahr ist oder denen bleibende Schäden drohen, wenn sie nicht sofort behandelt werden, weniger für Patienten, denen auch anderswo geholfen werden kann. Knapp 55 Prozent der Patienten, die die Notaufnahme einer Klinik aufsuchen, halten ihre Beschwerden für wenig dringend. Das hat vor zwei Jahren eine Studie von Martin Scherer und seinen Kollegen vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gezeigt (1). Einer meiner Kollegen – selbst Orthopäde und Unfallchirurg – musste vor wenigen Wochen sieben Stunden in der Notfallambulanz einer nordrhein-westfälischen Klinik warten, bevor er wegen mehrerer komplizierten Knochenbrüche im Gesicht behandelt wurde, die er sich bei einem Fahrradunfall zugezogen hatte. Es gibt viele Patienten, denen es ähnlich ergeht. Die dringenden Fälle müssen warten, weil auch Patienten mit Bagatellbeschwerden behandelt werden müssen.

Am häufigsten kommen Patienten wegen Beschwerden am Bewegungsapparat in die Notaufnahme einer Klinik. Das hat die Studie von Martin Scherer gezeigt (1) und das zeigen auch unveröffentlichte Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg. Nach den Zahlen der KV Baden-Württemberg fallen sieben der zehn häufigsten Diagnosen in den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Angeführt wird die Liste von den bereits genannten Verletzungen am Handgelenk und der Hand. Auf dem zweiten Platz folgen Verletzungen am Knöchel und am Fuß, auf dem dritten Platz Verletzungen am Kopf. Auf Platz vier stehen Symptome im Verdauungstrakt und im Abdomen, also im Bauchraum.

Es besteht kein Zweifel daran, dass wir eine gut funktionierende Notfallversorgung brauchen, die diejenigen zuerst behandelt, denen am schnellsten geholfen werden muss. Notfallversorgung ist

Daseinsfürsorge. Unser Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte völlig recht, als er im Juli bei der Vorstellung seines Gesetzentwurfs zur Neuordnung der Notfallversorgung sagte: „Die Güte eines Gesundheitssystems zeigt sich vor allem im Notfall, wenn Menschen schnelle medizinische Hilfe benötigen“ (2).

Sein Gesetzentwurf sieht vor, dass der Notruf 112 und die zentrale Notrufnummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes von einer Notfalleitstelle entgegengenommen werden. Dort soll dann auf der Grundlage einer qualifizierten Ersteinschätzung eine von drei möglichen Zuordnungen vorgenommen werden. Entweder wird direkt der Rettungsdienst eingeschaltet oder die Patienten werden an ein neu einzurichtendes integriertes Notfallzentrum einer Klinik überwiesen oder die Patienten sollen während der regulären Sprechzeiten eine Arztpraxis aufsuchen (2).

Wie sieht die Position des BVOU zur Neuregelung der Notfallversorgung aus?

1. Wir plädieren dafür, den hausärztlichen Notdienst in der bisherigen Form zu erhalten. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Notfall- oder Portalpraxen können akute allgemeinmedizinische Erkrankungen gut behandeln. Um die Qualität weiter zu verbessern, sollten dort vor allem Fachärzte für Allgemeinmedizin tätig sein.
2. Der rund um die Uhr präsente fachärztliche Notdienst ist Sache der Kliniken und sollte den tatsächlichen Notfällen vorbehalten sein.
3. Unfälle und muskuloskelettale Verletzungen und Beschwerden, die keine Klinikbehandlung erfordern, sollten von niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen in den Praxen versorgt werden. Die Weiterleitung könnte über eine entsprechende App erfolgen.
4. Die Notfallversorgung durch niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen muss adäquat honoriert werden.
5. Patienten, die sich nicht an die von der Notfalleitstelle ausgesprochene Zuordnung halten und direkt die Notfallambulanz einer Klinik aufsuchen, sollten mit 50 Euro an den Behandlungskosten beteiligt werden. Ausnahmen sind Herzinfarkte, Schlaganfälle und andere wirkliche Notfälle.

**Literatur:**

- (1) Scherer M. et al. Patienten in Notfallambulanzen. 2017. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114: 645-652.
- (2) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>

*Es gilt das gesprochene Wort!*

(Berlin, Oktober 2019)

## **REDEMANUSKRIFT**

### **Sprunggelenkverletzungen – Warum sind sie so häufig? Wie werden sie optimal behandelt und sind sie vermeidbar?**

Professor Dr. med. Benita Kuni

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Durchgangsärztin, Ortho-Zentrum Karlsruhe

Ob in der Notfallambulanz der Universitätsklinik oder in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis – Sprunggelenkverletzungen gehören zur täglichen Versorgungsroutine.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) erfasste 2017 bei Stolper-, Rutsch- und Sturzunfällen 38 Prozent Verletzungen im Bereich des Knöchels und Fußes; davon waren 39 Prozent Zerrungen/Verstauchungen und 15 Prozent Brüche. Verletzungen des Fußes und Sprunggelenks machten 2017 insgesamt 18 Prozent aller Verletzungen bei Arbeits- und Wegeunfällen aus, davon entfielen 59 Prozent auf das obere Sprunggelenk. Bei den neuen Unfallrenten führten im Fußbereich ebenfalls die Sprunggelenkverletzungen mit 47 Prozent.

Häufige Ursachen sind ungünstige Bewegungsabläufe beim Gehen oder Laufen zum Beispiel durch Bodenunebenheiten sowie schnelle Richtungswechsel und Sprunglandungen bei Ballsportarten.

Biomechanische Kadaveruntersuchungen und bewegungsanalytische Studien schlüsselten detailliert auf, welche Belastungen dabei auf die einzelnen Strukturen des Sprunggelenkkomplexes und Fußes einwirken und dass nur wenige Grad Abweichung von der normalen Gelenkstellung ausreichen können, um die Verletzung auszulösen. Übergewicht kann das Risiko erhöhen.

Aus Schweden wurden 71 bis 187 Sprunggelenkbrüche pro 100 000 Personen und Jahr berichtet, am häufigsten durch Sturz. Für die Allgemeinbevölkerung anderer Länder werden 220 bis 700 Sprunggelenkverletzungen pro 100 000 Personen und Jahr angegeben. Im deutschen Vereinssport standen sie 2013 mit 27 Prozent an erster Stelle. Bis zu fünf Prozent aller Vorstellungen in den Notfallambulanzen Großbritanniens entfallen auf Sprunggelenkverletzungen, was circa 5600 pro Tag entspricht.

Die Dunkelziffer dieser Verletzungen liegt sicher höher, da viele Menschen nach einer weicheitigen Sprunggelenkverletzung oft erst gar nicht zum Arzt gehen. So berichten in Umfragen 70 Prozent der Allgemeinbevölkerung, im Laufe ihres Lebens mindestens eine Sprunggelenkverletzung erlitten zu haben. Findet ein Arztbesuch statt, ist bislang nicht erfasst, wie häufig gemäß den aktuellen Leitlinien diagnostiziert und behandelt wird.

Aus Deutschland liegen keine umfassenden Zahlen zur Versorgung von Sprunggelenkverletzungen vor. In einer eigenen Untersuchung wurde die Anzahl neu aufgetretener Sprunggelenkverletzungen anhand der Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg ermittelt als Einblick in das diagnostische und therapeutische Vorgehen in der ambulanten und stationären Versorgung. Von Patienten mit Verletzungen der Bänder und Sehnen des oberen Sprunggelenkes und mit Sprunggelenkbrüchen wurden pseudonymisierte Daten von 2008 bis 2015 ausgewertet. Von den Versicherten der AOK Baden-Württemberg waren 2015 32 337 Männer und 32 118 Frauen wegen

einer neu aufgetretenen Verletzung der Knöchelregion und des Fußes in ärztlicher Behandlung, davon je circa zehn Prozent mit Sprunggelenkbruch. Sprunggelenkverletzungen machten 16 Prozent aller neu aufgetretenen Verletzungen aus – nach Kopf, Handgelenk und Hand an dritter Stelle. Kapsel-/Bandverletzungen des Sprunggelenks waren in dieser Stichprobe bei Männern mit 1538 pro 100 000 etwas häufiger als bei Frauen mit 1380 pro 100 000; ein Altersgipfel lag zwischen 15 und 19 Jahren. Über 60 Prozent wurden von Fachärzten für Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie behandelt. Eine Arbeitsunfähigkeit ergab sich für 66 Prozent der Männer und 58 Prozent der Frauen. Bandagen oder Orthesen wurden bei 34 Prozent der Männer und 38 Prozent der Frauen verordnet. Während des genannten Zeitraums verminderte sich die Verletzungshäufigkeit nicht.

Vorbeugende Maßnahmen sollten besser bekannt gemacht werden und regelmäßig zum Einsatz kommen. Unzureichend oder unbehandelt können Sprunggelenkverletzungen häufig bleibende Beschwerden verursachen, wie zum Beispiel eine chronische Instabilität mit häufigem Umknicken, und schließlich in einem vorzeitigen Gelenkverschleiß enden. Neben einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität kann das zu immensen Folgekosten, wiederholter Arbeitsunfähigkeit und sogar zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit führen.

Das Risiko wiederholter Verletzungen kann zwar durch Tapes oder Orthesen gesenkt werden. Jedoch auch Patienten, deren Sprunggelenk vier Wochen so behandelt worden war, erlitten in einer Langzeitstudie in 23 Prozent eine erneute Verletzung. Bis zu 64 Prozent der Betroffenen haben drei Jahre nach einer Kapsel-/Bandverletzung des Sprunggelenks immer noch Beschwerden. 72 Prozent der am Sprunggelenk Verletzten waren nicht mehr in der Lage, ihr vorheriges Aktivitätslevel aufrechtzuerhalten.

Das Verletzungsausmaß sollte daher bereits im Rahmen der Erstversorgung minutiös untersucht und Vorverletzungen erfasst werden, um weitere Behandlungsschritte umgehend einzuleiten (International Ankle Consortium). Dazu gehören bei Knochenbrüchen die operative Versorgung oder Ruhigstellung; bei weichteiligen Verletzungen wie der Kapsel-/Bandverletzung die Anlage einer ausreichend stabilisierenden, idealerweise geschnürten/adaptierenden semirigiden Sprunggelenkorthese für einen Zeitraum von mindestens fünf Wochen (gemäß der Leitlinie Akute Außenbandruptur am oberen Sprunggelenk 2017). Eine mögliche Verletzung der Syndesmose (Bandverbindung der Knöchelgabel) muss berücksichtigt werden.

Eine enge Vernetzung zwischen den Notfallambulanzen, den Hausärzten und den niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie ist unabdingbar, um sowohl die umfassende Erstversorgung als auch die adäquate Anschlussbehandlung sicherzustellen. Die Überprüfung des Verlaufs und der Akzeptanz einer Hilfsmittelversorgung muss engmaschig erfolgen, um Folgeschäden zu verhindern. Zur Vermeidung erneuter Verletzungen sollte eine Beratung über die Anwendung von Hilfsmitteln in risikoreichen Alltagssituationen und in beruflichen wie sportlichen Aktivitäten erfolgen. Ebenso kann ein regelmäßiges koordinatives Training erneuten Verletzungen vorbeugen, bei Übergewicht auch eine Gewichtsreduktion.

Fazit:

Jede Sprunggelenkverletzung gehört in fachärztliche Hände, um eine optimale, den Leitlinien gemäße Diagnostik und Behandlung zu erreichen und Folgeschäden zu vermeiden. Durch Koordinationstraining und Tragen von Sprunggelenkorthesen bei riskanten Sportarten und Tätigkeiten sowie durch Reduktion von Übergewicht kann Folgeverletzungen vorgebeugt werden.

**Links und Literatur:**

Leitlinie Frische Außenbandruptur am oberen Sprunggelenk:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/012-022.html>

Leitlinie Sprunggelenkfraktur:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/012-003.html>

DGUV-Broschüre Stolperstürze:

[https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/quartal\\_1/details\\_1\\_141889.jsp](https://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/quartal_1/details_1_141889.jsp)

Delahunt E, et al. Clinical assessment of acute lateral ankle sprain injuries (ROAST): 2019 consensus statement and recommendations of the International Ankle Consortium. Br J Sports Med. 2018 Oct;52(20):1304-1310. doi: 10.1136/bjsports-2017-098885. Epub 2018 Jun 9.

Gribble PA, et al. 2016 consensus statement of the International Ankle Consortium: prevalence, impact and long-term consequences of lateral ankle sprains. Br J Sports Med. 2016 Dec;50(24):1493-1495. doi: 10.1136/bjsports-2016-096188. Epub 2016 Jun 3.

*Es gilt das gesprochene Wort!*

(Berlin, Oktober 2019)

## **Curriculum Vitae**

Professor Dr. med. Paul Grützner

Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie



### **Medizinische Ausbildung / Berufliche Laufbahn:**

1981–1987	Studium der Humanmedizin, Mainz, Edinburgh
1989	Promotion Neurochirurgische Universitätsklinik Mainz
2005	Habilitation im Fach Unfallchirurgie Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, BG Unfallklinik Ludwigshafen
2006	Ärztlicher Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Klinikum Stuttgart (Katharinenhospital)
2007	President International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS International)
2009	Ärztlicher Direktor, BG Klinik Ludwigshafen
<hr/>	
2009	Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der Universität Heidelberg Ernennung zum Honorarprofessor an der Universität Heidelberg Beratender Arzt der DGUV (LV Südwest und Mitte)
2017	Kongresspräsident VSOU-Kongress, April 2017, Baden-Baden
2019	Präsident DGU / DGOU

### **Zusatzbezeichnungen:**

Physikalische Therapie  
Notfallmedizin

**Mitgliedschaften:**

- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Konvent der Leitenden Krankenhauschirurgen
- Bund Deutscher Chirurgen (BDC)
- Stellvertretender Bundesvorsitzender im Bundesverband der Durchgangsarzte (BDD)
- Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
- Vereinigung Mittelrheinischer Chirurgen
- Arbeitsgemeinschaft für Endoprothetik (AE)
- Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (AO International)
- International Society for Computer Assisted Orthopaedic Surgery (CAOS)
- Reviewer diverser nationaler und internationaler wissenschaftlicher Zeitschriften

## Curriculum Vitae

Prof. Dr. med. Carsten Perka  
Kongresspräsident DKOU 2019, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin



\* 1965

### Beruflicher Werdegang:

#### *Studium:*

1985–1991 Humanmedizin an der Charité der Humboldt-Universität zu Berlin  
1987 Physikum  
1991 Studienabschluss Humanmedizin mit dem Prädikat magna cum laude

#### *Diplomarbeit:*

Thema: Die Myosin-Light-Chains – ein Marker in der Myokardinfarkt-diagnostik. Mentor: Frau Prof. Dr. B. Porstmann, Institut für Pathologische und Klinische Biochemie, Charité Berlin, verteidigt Mai 1989, Note: 1

#### *Promotion:*

Thema: Veränderungen mechanisch induzierter Gelenkknorpeldefekte nach Transplantation allogener embryonaler Chondrozyten.

Mentor: Prof. Dr. H. Zippel, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Charité Berlin, verteidigt Juni 1994, Bewertung: summa cum laude

11/1995 Verleihung des Robert-Koch-Preises

#### *Habilitation:*

Thema: Die Rekonstruktion von Knorpel- und Knochendefekten. Untersuchungen zu den strategischen Möglichkeiten des Tissue Engineering in der Orthopädie. Eingereicht 8/1999; verteidigt 17.10.2000

#### *Lehrbefugnis:*

Erteilung am 17.10.2000

1991–1996 Facharztausbildung in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums Charité, Direktor: Prof. Dr. med. H. Zippel

10/1996 Facharztprüfung Orthopädie

12/1996 Ernennung zum Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité

12/1996–9/2003 Oberarzt der Klinik für Orthopädie der Charité, Leiter der Abteilung für Endoprothetik

Seit 1999 Durchführung von nationalen und internationalen Operationskursen zur Hüft- und Knieendoprothetik (mindestens dreimal jährlich)

Seit 2000	Mitglied des Vorstandes der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
Seit 1.10.2003	Stellvertretender Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Leiter der Klinik für Orthopädie
Seit 1.9.2005	Außerplanmäßiger Professor für Orthopädie
9.10.2006	Berufung auf die W3-Stiftungsprofessur für Endoprothetik und regenerative Medizin der Charité, Berlin (befristet auf fünf Jahre)
2008	Präsident der Norddeutschen Orthopädenvereinigung
1.9.2009	Berufung auf die W3 für Orthopädie der Charité
Seit 2010	Vorsitzender der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung
Seit 2011	Vorsitzender der Deutschen Endoprothesenregister gGmbH
2012	Presidential Guest Speaker der American Hip Society
2013	Presidential Guest Speaker der American Hip Society
3.12.2014	1. Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik und „incoming president“ ab 1.12.2015
1.2.2015	Ärztlicher Direktor der Abteilung Orthopädie des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
Seit 2015	Leiter des Educational Board der AOREcon
Seit 2015	Mitglied des Steering Board der AOREcon
Seit 2015	Sprecher des Exekutivkomitees (EC) des Endoprothesenregisters Deutschland
2016	Präsident der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik
Seit 2018	Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie der Charité – Universitätsmedizin Berlin
2019	Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie Stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
Seit 2018	Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik

**Berufliche Weiterbildung:**

Studienaufenthalte in den USA und Großbritannien

**Mitgliedschaften in wissenschaftlichen Gesellschaften:**

- International Hip Society; Vorsitzender des Membership Committee
- American Academy of Orthopaedic Surgeons
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Norddeutsche Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
- Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik/Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik
- European Knee Society (EKS)
- Ehrenmitglied der venezolanischen orthopädischen Gesellschaft
- Vorstandsmitglied der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie

## **Curriculum Vitae**

Dr. med. Johannes Flechtenmacher  
Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen, Ortho-Zentrum Karlsruhe



\* 1961

### **Beruflicher Werdegang:**

- 1983–1989      Medizinstudium in Heidelberg, Modena (Italien), Boston/Ann Arbor, USA  
1989–1991      Facharztausbildung Chirurgie, Chirurgische Klinik, Klinikum Mannheim/  
Universität Heidelberg (Direktor: Professor Dr. med. M. Trede)  
1991–1992      Facharztausbildung Orthopädie, Sektion Orthopädische Chirurgie der Abteilung  
Chirurgie, Universität Michigan, Ann Arbor, USA (Direktor: Professor Dr. Steven  
Goldstein)  
1992–1993      Abteilung Orthopädische Chirurgie und Biochemie (Direktor: Professor Dr. Dr.  
h.c. K. E. Kuettner), Rush Medical College, Chicago, USA (Direktor: Professor Dr.  
Dr. h.c. J. Galante)  
1993–1996      Rehabilitationskrankenhaus Ulm, Abteilung Orthopädie, Orthopädische Klinik mit  
Querschnittgelähmtenzentrum der Universität Ulm (Direktor: Prof. Dr. med.  
W. Puhl)  
1996              Facharztprüfung Orthopädie  
1989              Dissertation: „Die diagnostische Wertigkeit der pathohistologischen Beurteilung  
bei chronischen nicht bakteriellen Arthritiden“. Durchgeführt an der  
Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg. Betreuer: Privatdozent Dr. K. Rohe

### **Stipendien:**

- 1987              Carl-Duisberg-Stipendium für Medizinstudenten  
1988              Reisestipendium Westdeutscher Famulantenaustausch  
1991–1992      Postgraduiertenstipendium des Deutschen Akademischen Austauschdienstes zur  
Förderung der Rheumatologie in Deutschland („Die Rolle des subchondralen  
Knochens bei dem Krankheitsbild Arthrose“)

### **Ehrungen:**

- 1994–2000      Visiting Assistant Professor Rush Medical College, Chicago, USA  
1994–1999      Reviewer für „Clinical Orthopaedics and Related Research“

**Ehrenämter:**

- seit 2000 Bezirksvorsitzender Karlsruhe des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie
- seit 2007 Landesvorsitzender Baden des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie
- seit 2011 ehrenamtlicher Richter am Sozialgericht Stuttgart
- seit 2014 Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie
- seit 2019 Mitglied Vertreterversammlung Landesärztekammer Baden-Württemberg
- seit 2019 gewähltes Mitglied Deutscher Ärztetag

**Mitgliedschaften:**

- seit 1993 Orthopaedic Research Society (ORS)
- seit 1993 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT)
- seit 1993 Deutsche Gesellschaft für Bindegewebsforschung
- seit 1996 Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
- seit 2010 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)
- seit 2015 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

## Curriculum Vitae

Professor Dr. med. Benita Kuni  
Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Durchgangsärztin,  
Ortho-Zentrum Karlsruhe



### Universitärer Werdegang

10.7.2019	Honorarprofessur der Hochschule für Musik Karlsruhe
17.2.2017	Venia Legendi für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg. Habilitation: „Verbesserung der Prävention und Behandlung von Sprunggelenkverletzungen“
1/2017	Baden-Württemberg-Zertifikat Hochschuldidaktik
10.11.2004	Approbation und Dissertation: „Prospektive kontrollierte Studie zur Kraftentwicklung und Propriozeption am Sprunggelenk bei Tänzern in der professionellen Ausbildung“, Universität Heidelberg (magna cum laude)
9.11.2004	Staatsexamen der Humanmedizin (Gesamtnote: sehr gut)
10/1998–11/2004	Studium der Humanmedizin an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
1998	Diplôme d’Etudes Approfondies (DEA) in Theater- und Tanzwissenschaften (esthétiques, technologies et créations artistiques, option études théâtrales et chorégraphiques), Universität Paris 8 (mention: très bien)
1995–1996	Licence und Maîtrise der Tanzwissenschaften, Universität Paris 5

### Beruflicher Werdegang Medizin

Seit 1/2015	Ortho-Zentrum Karlsruhe ( <a href="http://www.ortho-zentrum.de">www.ortho-zentrum.de</a> )
2016	Durchgangsärztin der Berufsgenossenschaften Zusatzbezeichnung Akupunktur
2015	Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie, Manuelle Medizin/Chirotherapie, Fachgebundene Röntgendiagnostik Skelett
11/2004–12/2014	Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg
25.1.2011	Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
2009	Rotationsjahr Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen

### **Beruflicher Werdegang Tanz**

- 1998 Staatliches Diplom für Tanzpädagogik (Diplôme d'Etat de Professeur de Danse) am C.N.D. (Centre National de Danse), Paris
- 1998 Tänzerin der Compagnie Cécile Proust, Paris/New York
- 1998 „Visa-à-vie“, eigene Choreografie, Paris
- 1996–1998 Tänzerin der Compagnie Catherine Diverrès, (CCNRB, Centre Chorégraphique National de Rennes et de Bretagne), internationale Tourneen
- 1994–1996 Tänzerin der Compagnie L'Esquisse (CNDC, Centre National de Danse Contemporaine, Angers), internationale Tourneen
- 7–8/1993 Tänzerin und Ballettassistentin bei „Orphée“, Philip Glass, Weikersheim
- 1992–1993 Lehrerin für zeitgenössischen Tanz und Modern Jazz in Heidelberg und Marburg
- 1992 1. Preis im Tanzwettbewerb „Andrea Palladio“ in Vicenza/Italien (eigene Choreografie)

### **Tanzausbildung**

- 1993, 1995, 1997 Choreografielehrgänge mit S. Buirge (Paris) und T. Brown (Brüssel)
- 4–6/1993 Lehrgang in der Compagnie ROSAS, A.T. De Keersmaeker (Brüssel)
- 1992 Training in der Compagnie S.O.A.P. (R. Horta, Frankfurt/Main)
- 1991–1992 Professionelle Tanzausbildung (Stipendium) für Bühnentanz, Montpellier
- 1982–1991 Grundausbildung Ballettstudio Franck, Marburg

### **Auszeichnungen, Stipendien**

- 2013 Posterpreis Jahreskongress der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS), Mannheim
- 2010 Posterpreis DKOU, Berlin, und Preis für bestes Poster „Session Kinderorthopädie“
- 2007 Posterpreis 40. Sportärztekongress, Köln, Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention
- 2004 Preis für beste Dissertation, 90. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), Berlin
- 2007 Lautenschläger-Stipendium: Oslo Sports Trauma Research Center, Norwegen, Human Performance Laboratory, University of Calgary, Canada
- 2005 Reisestipendium Neuromuscular Research Laboratory und Kreuzbandchirurgie Department of Orthopaedic Surgery, Sports Medicine, University of Pittsburgh, USA

1991/1992 Stipendium professionelle Tanzausbildung EPSEDANSE, Montpellier,  
Frankreich

### **Lehrtätigkeit**

Seit 2019 Honorarprofessur Musikermedizin, Hochschule für Musik, Karlsruhe  
Seit 2018 Lehrauftrag Tanzmedizin, seit 2015 Anatomie, Staatliche Hochschule für Musik  
und Darstellende Kunst, Mannheim  
Seit 2006 HeiCuMed (Heidelberger Curriculum Medicinale) am Zentrum für Orthopädie,  
Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg  
2015 und 2017 Modul „Prevention, rehabilitation and occupational medicine“, CAS/MAS  
Dance Science, Universität Bern

### **Weitere Aktivitäten**

Seit 2019 Tanzmedizinisches Screening, Hessisches Staatsballett, Wiesbaden  
Seit 2018 Tanzmedizinisches Screening, Ballett Pforzheim  
Seit 2016 Tanzmedizinische Beratung, Tanzplattform Rhein-Main, Frankfurt  
Seit 2014 Tanzmedizinische Betreuung des Tanzsportclubs Grün-Gold Heidelberg e.V.

### **Mitgliedschaften**

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)  
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)  
Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS)  
Deutsche Gesellschaft für Musikphysiologie und Musikermedizin e.V. (DGfMM)  
International Association for Dance Medicine & Science (IADMS)  
Tanzmedizin Deutschland (tamed) e.V.



## Weitere Informationen

### Kongresspräsidenten 2019

**Professor Dr. med. Paul Alfred Grützner**, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Ärztlicher Direktor der BG Klinik Ludwigshafen und Direktor der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie

**Dr. med. Thomas Möller**, Kongresspräsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg am Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie in Speyer

**Professor Dr. med. Carsten Perka**, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischer Chirurgie (DGOOC), Ärztlicher Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité Berlin

### Kongressveranstalter

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Gesamtorganisation: Intercongress GmbH, Wiesbaden

### Kongressteilnehmer

- Erwartet werden etwa 11 000 Teilnehmende aus 60 Nationen
- größter Kongress Europas in diesem Fachbereich
- rund 1800 Präsentationen aus Wissenschaft & Forschung
- kongressbegleitend präsentieren sich mehr als 240 Firmen

### Kongress-Schwerpunktthemen

- Diagnostik und bildgebende Verfahren
- Wirbelsäule und Schmerz
- Arthrose
- Integrierte Versorgung und Innovationen
- Endoprothetik
- Gelenkverletzungen
- Alterstraumatologie, -orthopädie
- Traumamanagement
- Komplikationen und Komorbiditäten

### Pressekontakt

Anne-Katrin Döbler/Dr. Adelheid Liebendörfer/Christina Seddig/Heinke Schöffmann

Pressestelle DKOU 2019

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173 /-442, Fax: 0711 8931-167

liebendoerfer@medizinkommunikation.org

seddig@medizinkommunikation.org

schoeffmann@medizinkommunikation.org

## Highlight-Veranstaltungen:

- Wetlab, täglich 09.00 bis 17.30, Halle 4.2: Trauma Academy
- Dienstag, 22.10.2019  
18.15 Uhr: Kongresseröffnung (Zwischen Technik und Ethik: Prof. Norbert Lammert, ehem. Präsident des Bundestages), Festsaal
- Mittwoch., 23.10.2019  
15.00 Uhr, Junges Forum: Wissen & Werte – Auf welche Soft Skills kommt es an?, Paris 1  
17.00 Uhr, Junges Forum: Science Slam – Wissenschaft neu präsentiert, Paris 1
- Donnerstag., 24.10.19  
13.00 Uhr: Pauwels-Vorlesung „Form follows function“ mit Prof. Daniel J. Berry MD, Mayo Clinic, Orthopedic Surgeon, Chair, Minnesota, USA und Mitja Borkert, Lamborghini Chiefdesigner, Sant’Agata Bolognese, Italien, Festsaal  
14.30: Live Hacking! Angriffe erleben – Sensibilität steigern, Paris 1  
16.00: Blick über den Tellerrand, Paris 1
- Freitag, 25.10.19  
11.00 Uhr: Zukunft O&U, New York 1

<https://dkou.org/highlights/>

## Patiententag

- Donnerstag, 24.10.2019 auf dem Messegelände Süd in Berlin

## Preisverleihungen

- **Journalistenpreis**, Kongresseröffnung, Dienstag, 22.10.2019, 18.15 – 20.00, Festsaal

beim Kongressfinale, Freitag, 25.10.2019, 17.15 – 18.15, Festsaal

- **Hans-Liniger-Preis**
- **Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis**
- **Herbert-Lauterbach-Preis**
- **Innovationspreis**
- **Preis für evidenzbasierte Medizin**
- **Preis zur Förderung der Grundlagenforschung**
- **Promotionspreis**
- **Wilhelm-Roux-Preis**

<https://dkou.org/ehrungen-preise/>

## Pressekontakt

Anne-Katrin Döbler/Dr. Adelheid Liebendörfer/Christina Seddig/Heinke Schöffmann

Pressestelle DKOU 2019

Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart

Tel.: 0711 8931-173 /-442, Fax: 0711 8931-167

[liebendoerfer@medizinkommunikation.org](mailto:liebendoerfer@medizinkommunikation.org)

[seddig@medizinkommunikation.org](mailto:seddig@medizinkommunikation.org)

[schoeffmann@medizinkommunikation.org](mailto:schoeffmann@medizinkommunikation.org)

## **Terminhinweise (Auswahl): für Publikumsmedien interessante Veranstaltungen auf dem DKOU**

(Für einzelne Veranstaltungen liegen Vortragsmanuskripte vor. Diese sind in der Reihenfolge der Termine in einer gesonderten Mappe enthalten.)

### **Dienstag, 22. Oktober 2019**

#### **Korrosion, Abrieb, Metallionen (AE)**

Unter anderem mit Prof. Dr. Michael Morlock, Hamburg und Prof. Dr. Rudolf Ascherl, Waldsassen

Dienstag, 22.10.2019, 14.30 – 16:00 Uhr, Saal: Festsaal

#### **Prävention des schweren Verkehrsunfalls – was haben wir für unsere Zukunft gelernt? (AG Prävention)**

Unter anderem mit Dr. Christopher Spering, Göttingen

Dienstag, 22.10.2019, 14:30 – 16:00 Uhr, Saal: Dublin

#### **Prävention im Jugendsport (GOTS)**

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Romain Seil, Luxembourg

Dienstag, 22.10.2019, 16:45 Uhr, Saal: Budapest 2

#### **Arthroseprävention: fact oder fiction? (GOTS)**

Unter anderem mit Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Krems

Dienstag, 22.10.2019, 17:05 Uhr, Saal: Budapest 2

#### **Prävention von Verletzungen und Überlastungsschäden an der Schulter (GOTS)**

Unter anderem mit Dr. Casper Grim, Osnabrück

Dienstag, 22.10.2019, 17:35 Uhr, Saal: Budapest 2

---

### **Mittwoch, 23. Oktober 2019**

#### **Elektronische Patientenakte (AG Digitalisierung)**

Unter anderem mit PD Dr. med. David Back, Berlin, PD Dr. med. Dominik Pfürringer, München

Mittwoch, 23.10.2019, 9:00 – 11:00 Uhr, Saal: Paris 1

## **Schulterinstabilität (DVSE)**

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Zürich/Berlin, Prof. Dr. med Helmut Lill, Hannover

Mittwoch, 23.10.2019, 9:00 – 11:00 Uhr, Saal: Helsinki

## **Basistechniken in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie - Videodemonstrationen (DVSE)**

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Zürich/Berlin,

Mittwoch, 23.10.2019, 11:00 – 12:30 Uhr, Saal: Helsinki

## **Digitalization in O&T (AG Digitalisierung)**

Unter anderem mit PD Dr. med. David Back, Berlin, PD Dr. med. Dominik Pförringer, München

Mittwoch, 23.10.2019, 11:00 – 12:30 Uhr, Saal: New York 1

## **Ist die anatomische Frakturprothese heute noch zeitgemäß? (DVSE)**

Unter anderem mit PD Dr. med. univ. Philipp Moroder, Berlin, Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Zürich/Berlin

Mittwoch, 23.10.2019, 15:00 – 16:30 Uhr, Saal: Helsinki

---

## **Donnerstag, 24. Oktober 2019**

### **Live Hacking! Angriffe erleben - Sensibilität steigern**

Unter anderem mit Christoph Ritter von der Firma SySS GmbH in Tübingen

Donnerstag, 24.10.2019, 14:30 - 16:00 Uhr, Raum: Paris 1

### **Workshop: Fit für den Datenschutz? (AG Digitalisierung)**

Unter anderem mit PD Dr. med. David Back, Berlin, PD Dr. med. Dominik Pförringer, München

Donnerstag, 24.10.2019, 16:30 – 18:00 Uhr, Raum: Dessau 1

### **„Spezielle Wirbelsäulenchirurgie" – der Weg zu einer interdisziplinären Zusatzbezeichnung? (DWG)**

Unter anderem mit Prof. Dr. Michael Winking, Osnabrück

Donnerstag, 24.10.2019, 16:30 – 18:00 Uhr, Saal: Dublin

### **Sprunggelenksinstabilität und Knorpelschäden (AGA)**

Unter anderem mit Dipl. Sportwiss. Dr. med. Tomas Buchhorn, Straubing

Donnerstag, 25.10.19 16:30 – 18:00 Uhr Saal: Helsinki

---

## **Freitag, 25. Oktober 2019**

### **Ellenbogen: Instabilitäten (AGA)**

Unter anderem mit Univ.-Prof. Dr. med. Lars P. Müller, Köln

Freitag, 25.10.2019, 09:00-10:30, Saal: Helsinki

### **Knie: Meniskus und Knorpel (AGA)**

Unter anderem mit Prof. Dr. Philipp Niemeyer, München

Freitag, 25.10.2019, 11:00 - 12:30 Uhr Saal: Helsinki

### **Knorpeltherapie bei früher Arthrose: Wie weit kann man gehen? (AGA)**

Unter anderem mit Prof. Dr. med. Peter Angele, Regensburg

Freitag, 25.10.19 11:45 Uhr, Saal: Helsinki