

# Orthopädische Klinik

## Jahresbericht 2020



Editorial .....	2
100 Jahre Orthopädie im Klinikum Dortmund .....	4
Behandlungsschwerpunkte .....	8
Unsere Expert*innen .....	10
Spezialsprechstunden .....	12
Schwerpunkt Kinder-Orthopädie – Qualität zahlt sich aus .....	13
Interview: Moderne Endoprothetik aus Sicht einer Patientin .....	14
OP-Statistik 2020 .....	16
Highlights 2020 .....	18
Das Team im OP-Saal – die, von denen man meist nichts mitbekommt .....	20
<b>Forschung</b>	
FOCUS-Ärzteliste 2020 .....	22
Aktuelle Bücher und Publikationen .....	24
<b>Behandlungsbeispiele</b>	
Der erworbene Plattfuß des Erwachsenen .....	26
Ermüdungsfraktur der Hüfte .....	28
Der vordere Kreuzbandriss .....	30
Wenn man endlich laufen kann und kein Schuh passt – Der Spaltfuß .....	32
Tumorprothesenimplantation .....	34
Sturz beim Schlittschuhlaufen, Kondyle am Knie abgebrochen .....	36
Ellenbogenkrankheiten .....	38
Patientenstimmen .....	40
Perspektiven .....	42
Kontakt & Impressum .....	43

**Sehr geehrte Leserin,  
sehr geehrter Leser,**

Sie halten den 6. Jahresbericht der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund in Ihren Händen. Als ich diese Zeilen geschrieben habe, befanden wir uns gerade in der 2. Welle der Pandemie, es ging auf Weihnachten zu und der Lockdown hatte uns alle im Griff. Wenn ich das Jahr 2020 Revue passieren lasse, dann war es in jeder Hinsicht ein besonderes Jahr: Kaum war Silvester gefeiert, begann das Jahr schon außergewöhnlich. Im Klinikviertel wurden bei Straßenbauarbeiten Bombenverdachtspunkte gefunden. Nach längerem Hin und her war klar: Das Klinikum Dortmund muss in weiten Teilen evakuiert werden. Wie evakuiert man ein ganzes Krankenhaus? Mit einer guten Strategie, einem kompetenten Krisenstab und vielen helfenden Händen. Für die Orthopädie bedeutete dies tatsächlich eine fast vollständige Reduktion der belegten Betten von üblicherweise etwa 80 auf 5. Dafür waren wir am Tag der Bombenentschärfung alle gefragt und haben Patient\*innen in sichere Klinikbereiche geschoben. Eine schöne Dokumentation finden Sie im Heft unter den Highlights.

Als die Bombenverdachtspunkte entschärft und entfernt waren und der Klinikbetrieb wieder startete, begann die Pandemie. Erst ganz leise und aus weiter Entfernung und dann ganz plötzlich mit einem harten Lockdown: Alle planbaren Operationen mussten von jetzt auf gleich abgesagt werden! Das traf unsere Orthopädische Klinik natürlich vehement. Bei uns sind etwa 90% der Eingriffe planbar. Erst haben wir nur für eine Woche die OPs abgesagt, dann

# Tradition **und** Moderne **verbinden**



für die zweite Woche und am Ende haben wir 6 Wochen lang fast keine Operationen durchführen können. Insgesamt mussten wir über 300 bereits geplante Operationen verschieben. Teils eine starke Belastung für die Betroffenen. Es war gespenstisch auf unseren Erwachsenenstationen mit noch vier Patient\*innen... Wie beschäftigt man die Mitarbeiter\*innen in dieser Zeit? Maßgabe der Geschäftsführung des Klinikums war: keine Kurzarbeit. Erst einmal eine gute Nachricht. Wenn aber keine Sprechstunden und keine OPs mehr stattfinden und dann auch keine Patient\*innen mehr zu betreuen sind, sind auf einmal viele Ärzt\*innen und Pflegekräfte „arbeitslos“. Natürlich sah es nicht in allen Bereichen des Klinikums so aus. In vielen Abteilungen wurde umso mehr gearbeitet. Der Corona Krisenstab des Klinikums hat mir dann die Aufgabe übertragen, Ärzteteams aus allen Fachbereichen zusammenzustellen, die zum Beispiel die Kolleg\*innen in der Lungenklinik oder der Blutspende unterstützen konnten. Darüber hinaus haben wir ärztliche Kolleg\*innen geschult, um sie im Notfall auf Intensivstationen einsetzen zu können. Gott sei Dank kam es dann doch etwas anders: Die erwartete große Welle blieb in Dortmund aus und wir konnten Schritt für Schritt in den Alltag zurückkehren. Erst ganz vorsichtig und dann wieder unter Volllast. Für alle eine Befreiung.

Trotzdem war alles anders als zuvor. Wir mussten den Klinikablauf in sehr vielen Strukturen und Prozessen umstellen: Es galt, Abstandsregeln einzuhalten, Patient\*innen bei Ankunft in der Klinik zu testen, eine restriktive Besuchspolitik umzusetzen, um Patient\*innen und Mitarbeiter\*innen zu schützen. Hier hat das

ganze Team fleißig mitgearbeitet. Diesem Engagement ist es auch zu verdanken, dass wir bis heute keinen Coronaausbruch in der Orthopädie zu verzeichnen haben. Unser „Sicherheitsnetz“ war und ist engmaschig genug, wir alle haben uns an die neue Realität Schritt für Schritt angepasst.

Wir konnten trotz der gesundheitspolitischen Lage unsere Qualität der Versorgung weiter ausbauen. Unser Endoprothetikzentrum hat auch in 2020 das Überwachungsaudit bestanden: alle Prozesse laufen stabil, die Qualität unserer Prothesenversorgung ist sehr hoch. Ein Interview dazu finden Sie im Heft.

Hat Corona noch anderes zugelassen? Ja, zum Glück. Fast unbemerkt konnte der Stationsumbau im ersten Quartal 2020 abgeschlossen werden und nun profitieren alle Patient\*innen von den modernisierten Zimmern. Die digitale Patientenakte ist bei uns Routine, wir führen unsere Visiten mit iPads durch und können in Echtzeit auf alle Befunde zugreifen. Auch das WLAN für unsere Patient\*innen ist endlich installiert und erlaubt nun einen uneingeschränkten Zugriff auf das Webangebot während der Genesung.

Unser Dortmunder Gelenksymposium findet immer im Herbst statt. Damals waren die Infektionszahlen noch stabil und es gab keine öffentlichen Restriktionen. Unter höchsten Hygieneschutzmaßnahmen haben wir dann unser 3. Dortmunder Gelenksymposium durchführen können. Die Teilnehmerzahl war auf 50 ärztliche Teilnehmer\*innen aus der Region begrenzt und die Rückmeldungen durchweg positiv. Für viele war es die einzige Fortbildungs-

veranstaltung im gesamten Jahr! Wir sind sehr froh, dass wir das richtige Zeitfenster mit unserem Termin „erwischt“ haben. Im kommenden Jahr werden wir das wiederholen und freuen uns schon auf weitere intensive Diskussionen. Andere Veranstaltungen mussten wir leider absagen: das Symposium gemeinsam mit der Bundesfachschule für Orthopädietechnik und unser Nikolaussymposium für Physiotherapeuten konnten leider nicht stattfinden. Wir hoffen auf 2021.

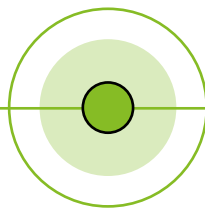
Was gibt es noch? Sie finden im Jahresbericht Informationen zu zukünftigen Projekten, Entwicklungen und Veranstaltungen, die Ihnen einen Eindruck verschaffen sollen, wie es in der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund in 2021 weitergeht. Eines kann hier schon verraten werden: Im Jahr 2021 feiert die Orthopädische Klinik im Klinikum Dortmund 100-jähriges Bestehen! Eine gewaltige orthopädische Erfahrung und Tradition, die sich hier aufgebaut hat und deutschlandweit ihresgleichen sucht: Tradition und Moderne verbinden! Das ist also unser Motto für 2021.

Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, sind wir für Sie da. Sprechen Sie uns an. Viel Spaß beim Lesen.

**Prof. Dr. med. Christian Lüring**  
Direktor der Orthopädischen Klinik

# 100

**JAHRE ORTHOPÄDIE**  
IM KLINIKUM DORTMUND



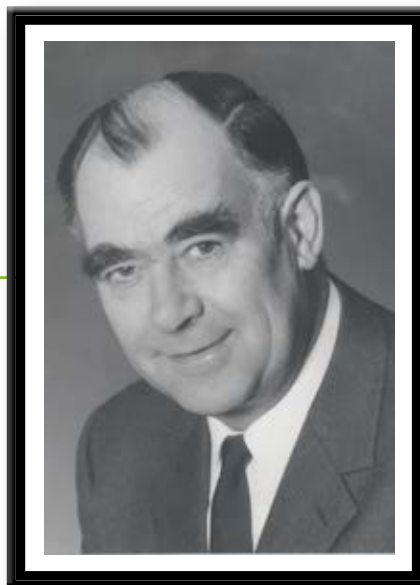
**1921**  
—  
**1952**



*Prof. Dr. Dr. h.c. Max Brandes*

Auch wenn Sie aktuell den Jahresbericht 2020 in der Hand halten, ist es schon das Jahr 2021. Für uns ein ganz besonderes Jahr: 100 Jahre Orthopädische Klinik im Klinikum Dortmund. Am 1. April 1921 gründete die Stadt Dortmund die Orthopädische Klinik vermutlich unter dem Eindruck des sogenannte Preußischen Krüppelfürsorgegesetzes vom 6. Mai 1920. Seinerzeit war auf Betreiben des Berliner Orthopäden K. Biesalski ein „Krüppelkinder-Heil- und Fürsorgeverband für Berlin-Brandenburg e.V.“ gegründet worden, der für die Entwicklung der Deutschen Körperbehindertenfürsorge wegweisend war.

1957  
–  
1966



*Prof. Dr. Günther Imhäuser*

Offensichtlich erkannten die Verantwortlichen in Dortmund, dass es für eine große Stadt in einem Ballungszentrum von hoher Wichtigkeit ist, orthopädische Fachkompetenz vor Ort zu haben. Das Spektrum der orthopädischen Behandlung reicht damals wie heute altersmäßig vom Säugling bis zum Greis und von der konservativen bis zur operativen Therapie. Es umfasst also die Gesamtbevölkerung.

Die Leitung der neugegründeten Abteilung wurde Prof. Dr. Dr. h.c. Max Brandes übertragen, der die Geschicke der Klinik durch die Kriegswirren bis zum Jahr 1952 hin leitete. Zwischenzeitlich war er als ärztlicher Direktor auch für das gesamte Klinikum Dortmund verantwortlich. Für seine besonderen Verdienste für die Stadt Dortmund ernannte der Rat der Stadt ihn 1961 zum Ehrenbürger und benannte eine Straße nach ihm. Die Universität Münster verlieh ihm die Ehrendoktorwürde. Prof. Brandes Name lebt auch heute noch weiter, so ist er u.a. Namensgeber einer Fußoperation

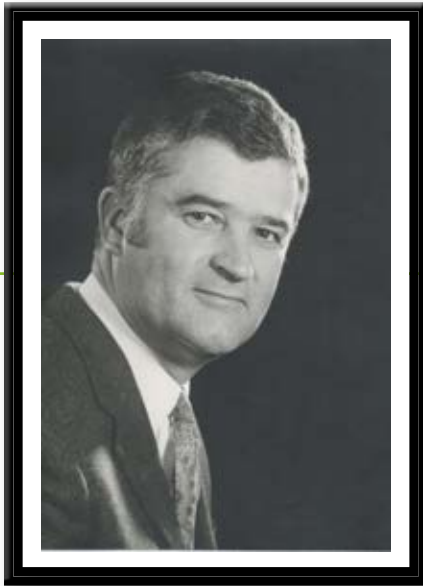
und hat viel zum Verständnis der kindlichen Hüftluxation beigetragen. Auch heute noch ist die Orthopädische Klinik im Klinikum Dortmund insbesondere für die Behandlung der sogenannte Hüftdysplasie bekannt. Brandes setzte hier sicher einen Grundstein und wird auch weiterhin für seine Verdienste für die orthopädische Fachwelt bewundert.

Prof. Dr. Günther Imhäuser folgte auf Prof. Dr. Dr. h.c. Max Brandes. Er entwickelte das Konzept einer orthopädischen Klinik weiter und konnte durch seinen Arbeitseinsatz der Klinik zusätzliche notwendige Struktur geben. So optimierte er u.a., teils noch beraten durch seinen Vorgänger, die für die Orthopädie so wichtige Zusammenarbeit mit der Orthopädischen Werkstatt und einer orthopädischen Schuhmacherei. Darüber hinaus schob er eine Vielzahl von wissenschaftlichen Projekten und Untersuchungen an. Er führte auch die wissenschaftlichen Gedanken von Brandes zum Thema Hüftgelenksluxation und Hüftgelenkschäden, wie zum Beispiel dem Morbus

Perthes, weiter und veröffentlichte mit seinem Team eine große Anzahl von Publikationen. Für die Behandlung des Hüftkopfabrutsches im Kindes- und Jugendalter entwickelte er ein auch heute noch angewandtes Operationsverfahren, die sogenannte Imhäuser Osteotomie. Seine Schaffenskraft blieb nicht unerkannt: 1966 erhielt Prof. Imhäuser den Ruf an die Orthopädische Universitätsklinik zu Köln, den er annahm.

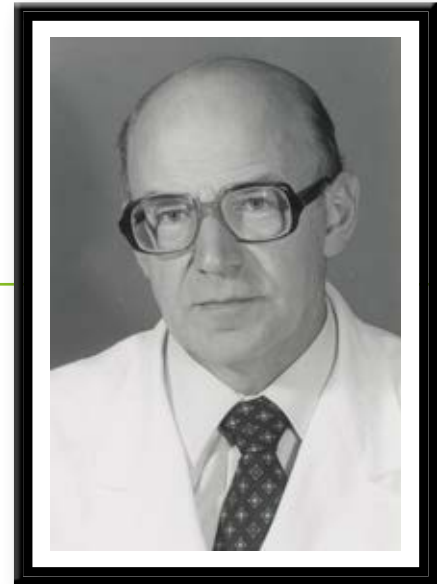
Die Nachfolge von Prof. Imhäuser trat Prof. Dr. Erwin Hipp im Alter von 37 im Jahr 1966 an. Hipp war trotz seines jungen Alters bereits ein wissenschaftlich und klinisch sehr angesehener Arzt, der u.a. maßgebliche Forschungen zum Verständnis der Durchblutungsstörung bei Hüftkopfnekrose durchgeführt hatte. Hipp übernahm viele der bereits bestehenden Behandlungsverfahren von seinen Vorgängern und führte die Klinik in seinem Sinne fort. So etablierte er unter anderem Techniken zur Behandlung der Arthrose großer Gelenke und implantierte künstliche Gelenke

1966  
–  
1970



*Prof. Dr. Erwin Hipp*

1970  
–  
1992



*Prof. Dr. Dietrich Tönnis*

bei Hüftarthrose. Darüber hinaus war Hipp an Sportverletzungen vor allem bei Eishockeyspielern interessiert und entwickelte entsprechende Schutzkonzepte. So betreute er über Jahrzehnte hinweg die Nationalmannschaften des Deutschen Eishockeybundes. Auch Prof. Hipps Wirken in Dortmund hatte letztlich zur Folge, dass er 1969 den Ruf an die neugegründete Klinik für Orthopädie und Sportorthopädie der Universität München erhielt und annahm. Für ihn eine Rückkehr zu seinen Wurzeln: Schließlich wurde Hipp 1928 in Zell/Füssen im Allgäu geboren und studierte u.a. in München, wo er 1952 promovierte.

Als Prof. Dr. Dietrich Tönnis 1970 die Leitung der Orthopädischen Klinik übernahm, waren bereits grundlegende Weichen für eine moderne Orthopädie gestellt. Prof. Tönnis gelang es aber in den Jahren seiner langjährigen Tätigkeit die Klinik zu einem überregional be-

kannten Zentrum für gelenkerhaltende und gelenkersetzende Operationen zu entwickeln. So wurden in zunehmender Anzahl Gelenkersatzoperationen am Hüftgelenk und Kniegelenk durchgeführt. Tönnis entwickelte mit seinen Mitarbeiter\*innen selbst eine Teilgelenkprothese am Kniegelenk, die über lange Zeit erfolgreich implantiert wurde und lange Haltbarkeit aufwies. Das eigentliche wissenschaftliche und klinische Steckenpferd von Prof. Tönnis war aber die Behandlung der Hüftdysplasie. Er entwickelte in multizentrischen Studien Normalwerte für die Beweglichkeit an der Hüfte in allen Altersstufen. Ausgehend davon konnte überhaupt erst gemessen werden, welche Beweglichkeit eben pathologisch, d.h. krankhaft, ist. Tönnis war einer der ersten, der die neu entwickelte Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte, die von Prof. Graf in Österreich entwickelt wurde, in den Klinikalltag integrierte. Er trug dazu

bei, dass diese Untersuchung bereits direkt nach der Geburt im Klinikum Dortmund erfolgte und bei Auffälligkeit direkt eine entsprechende Therapie eingeleitet werden konnte. Er entwickelte dann gemeinsam mit seinem Oberarzt Klaus Kalchschmidt anhand all dieser Vorarbeiten eine Operation, die die fehlausgebildete, dysplastische Hüftpfanne auf Normalwerte brachte. Es gelang ihm, diese Technik immer weiter zu entwickeln und auf der ganzen Welt bekannt zu machen. Heute ist die 3-fache Beckenosteotomie nach Tönnis und Kalchschmidt eine der weltweit am häufigsten durchgeführte Operation bei Hüftdysplasie im Jugend- und Erwachsenenalter. Die Technik wurde mit dem enormen Erfahrungsschatz der Klinik immer weiterentwickelt und wird auch heute noch mit großem Erfolg durchgeführt. Patient\*innen aus ganz Deutschland werden zur Behandlung nach Dortmund überwiesen.

1992  
-  
2014



*Prof. Dr. Bernd-Dietrich Katthagen*

seit  
2014



*Prof. Dr. Christian Lüring*

Als Prof. Dr. Bernd-Dietrich Katthagen zum Klinikdirektor für die Orthopädische Klinik berufen wurde, war es für ihn eine Rückkehr in die Heimat: Er wurde in Hagen/Westfalen geboren. Seine berufliche Ausbildung führte ihn unter anderem nach Göttingen, Kiel Homburg, Cincinnati/USA und Giessen. Seine wissenschaftlichen und klinischen Arbeitsschwerpunkte lagen im Bereich der Hüft- und Kniechirurgie, insbesondere dem Gelenkersatz und der Entwicklung von Biomaterialien. Als er die Klinik übernahm, begann einerseits eine zunehmende Spezialisierung der medizinischen Fachgebiete, so kamen vor allem in der Orthopädie neue Therapieverfahren wie z.B. die arthroskopischen „Schlüsselloch“-Operationen hinzu. Andererseits veränderte sich auch die Kliniklandschaft. Waren z.B. Gelenkersatzoperationen in den frühen 70er und 80er Jahren nur an einigen Zentren durchgeführt worden, entwickelte sich

hier eine zunehmende Konkurrenz. Mehr und mehr Kliniken konnten diese Eingriffe durchführen und drängten auf den „Gesundheitsmarkt“. Darüber hinaus wurden zunehmend EDV-Systeme in die Kliniken implementiert und erste Bemühungen um mehr Qualität in der Medizin kamen zum Tragen. Prof. Katthagen kann bei diesen Themen als Pionier angesehen werden. Er entwickelte gemeinsam mit dem Fraunhofer Institut ein Planungssystem für Patientensteuerung, das als Vorläufer für heutige Steuerungstools im Krankenhaus gesehen werden kann. Katthagen führte bereits 1993 eine klinikinterne fortlaufende schriftliche Dokumentation von postoperativen Komplikationen ein. Heute sind Komplikationsbesprechungen und sogenannte Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen Standard an jeder gut geführten Klinik. Sein Interesse für Gelenkersatz, Professionalisierung der Abläufe und Qualität in der Medizin

mündete folgerichtig in die Implementierung von individualisierten Kniegelenksprothesen der Orthopädischen Klinik, einer der innovativsten Verfahren der letzten 15 Jahre. In den letzten Jahren seiner Tätigkeit implantierte er mit Erfolg als einer der ersten im Ruhrgebiet individuell hergestellte Knieprothesen.

*Informationen und Teile des Artikels wurden aus der Festschrift zum 75-jährigen Bestehen der Orthopädischen Klinik entnommen. Autoren der einzelnen Artikel waren seinerzeit: Dr. Ursula Dückert-Brandes, Prof. Dr. Günther Imhäuser, Prof. Dr. Erwin Hipp, Prof. Dr. Dietrich Tönnis und Prof. Dr. Bernd-Dietrich Katthagen.*

## Unsere

# Behandlungsschwerpunkte

Eine medizinische Behandlung ist Teamsache. Es ist nie eine\*r alleine, der bzw. die zum Erfolg einer großen Klinik beiträgt. Auch bei uns gibt es für jeden Bereich Expert\*innen. Alle medizinischen Schwerpunkte sind von mehreren Ärzt\*innen abgebildet, so dass eine lückenlose Versorgung auf höchstem Niveau gewährleistet ist.

Unsere Schwerpunkte liegen im Bereich der gesamten Orthopädie "von oben bis unten und von klein bis groß":

---

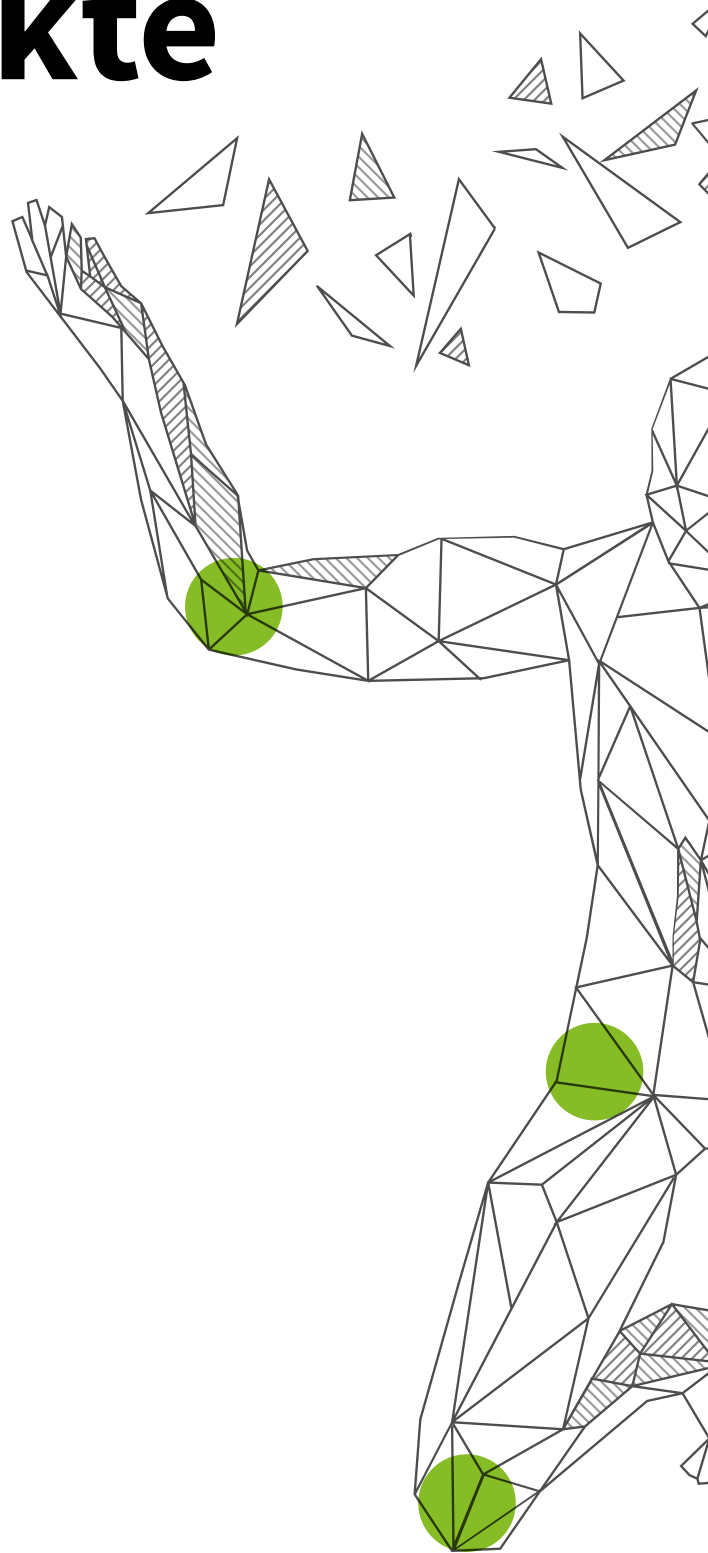
### ELLENBOGEN

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Stabilisierungsoperationen bei Bandinstabilitäten
- Ellenbogenprothesen bei Arthrose
- Wechseloperationen bei gelockerten Ellenbogenprothesen
- Dekompressionsoperationen bei Nervenengpasssyndromen

---

### KNIEGELENK

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Knorpelzelltransplantation
- Kreuzbandersatzplastik
- Stabilisierungsoperationen bei Kniescheibenluxationen
- Achskorrekturen bei O- und X-Bein
- Knieprothesen bei Arthrose
- Individuelle Knieprothesen aus dem 3D-Drucker
- Wechseloperationen bei gelockerten Knieprothesen





## KINDERORTHOPÄDIE

- Behandlung von kindlichen Sportunfällen
- Kreuzbandrisse
- Knorpelschäden
- Kniescheibenluxationen
- Korrekturoperationen bei Hüftdysplasie
- Korrekturoperationen bei Achsenfehlern der Beine
- Korrekturoperationen bei Drehfehlern der Beine
- Behandlung des Klumpfußes mit redressierenden Gipsen
- Behandlung und Kontrolle der Hüftdysplasie mit Ultraschall und korrigierenden Gipsen
- Korrekturen von Fußfehlstellungen
- Konservative Therapie mit Physiotherapie
- Botox-Therapie bei spastischen Muskelerkrankungen

## SCHULTER

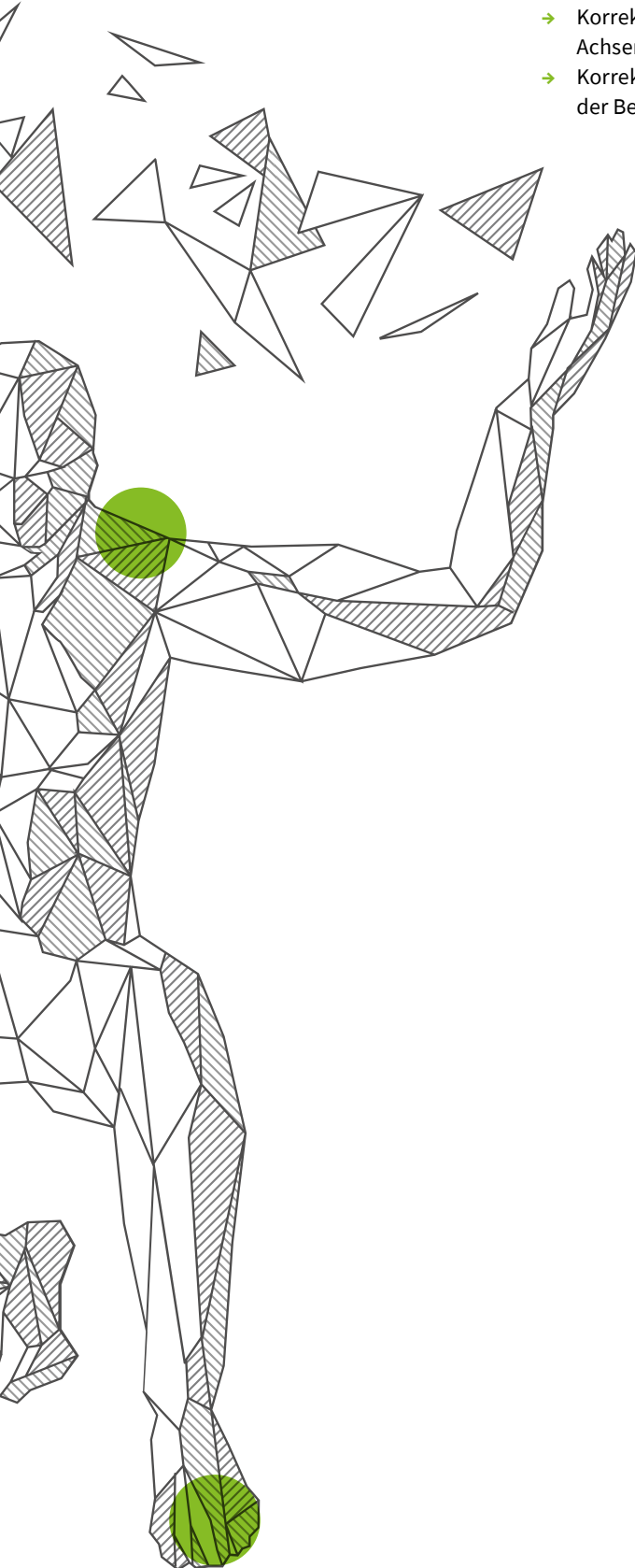
- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Rotatorenmanschettenrisse
- Schulter-Engpasssyndrom
- Reparatur nach Schulterluxationen
- Schulterprothesen bei Arthrose
- Wechseloperationen bei gelockerten Schulterprothesen

## HÜFTGELENK

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- CAM Reduktion bei Hüftimpingement
- 3-fache Beckenosteotomie bei Hüftdysplasie
- Drehfehlerkorrekturen des Oberschenkelknochens
- Hüftprothesen bei Arthrose
- Wechseloperationen bei gelockerten Hüftprothesen
- Achsenfehlerkorrekturen

## FUSS- UND SPRUNGGELENK

- Arthroskopische Operationen
- Knorpelreparationsverfahren
- Stabilisierungsoperationen bei Sprunggelenkinstabilität
- Zehenkorrekturen bei Hallux valgus und anderen Zehenfehlstellungen
- Versteifungsoperationen bei Arthrose des Sprunggelenks, der Fußwurzel und der Zehengelenke
- Sprunggelenkprothesen
- Achillessehnenoperationen bei Riss oder chronischer Reizung
- Operationen bei Fersensporn
- Minimalinvasive Fußoperationen



# Unsere Expert\*innen



**Prof. Dr. med. Christian Lüring**  
Direktor der Orthopädischen Klinik

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie & Balneologie, Orthopädische Rheumatologie, D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Endoprothetik Schulter-, Hüft- und Kniegelenk, Revisionsendoprothetik, Arthroskopie Knie-, Hüft-, Sprung- und Schultergelenk, Fußchirurgie

Leiter und Senior Hauptoperateur  
Endoprothetikzentrum



**Dr. med. André Zahedi**  
Leitender Oberarzt  
Leitender Arzt Rekonstruktive  
Hüftgelenkschirurgie

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Sportmedizin, Chirotherapie, Physikalische Therapie und Balneologie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Rekonstruktive Beckenchirurgie, Hüft- und Knieendoprothetik, Hüftarthroskopie

Hauptoperateur Endoprothetikzentrum



**Dr. med. Katrin Rosery**  
Oberärztin

Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, Kinderorthopädie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Kinderorthopädie, Fußchirurgie

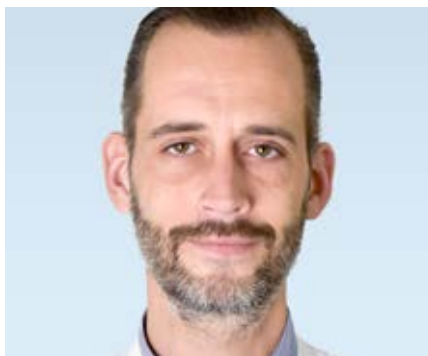


**Dr. med. Matthias Manig**  
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Arbeitsschwerpunkte Kinderorthopädie, gelenkerhaltende Erwachsenen Chirurgie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Kinderorthopädie, gelenkerhaltende Erwachsenen Chirurgie



**Dr. med. Martin Brucker**  
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Orthopädische Chirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Hüft- und Knieendoprothetik, Revisionsendoprothetik

Koordinator und Senior Hauptoperateur  
Endoprothetikzentrum



**Dr. med. Tim Wemhöner**  
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle orthopädische Chirurgie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Arthroskopie Schulter-, Ellenbogen- und Kniegelenk, Endoprothetik Schulter-, Hüft- und Kniegelenk, zertifizierter AGA Operateur



**Priv.-Doz. Dr. med. Dariusch Arbab**  
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Spezielle Orthopädische Chirurgie, Manuelle  
Medizin, Sportmedizin, Notfallmedizin, D.A.F.  
Zertifikat Fußchirurgie, D.A.F. Instruktor,  
Fachexperte Fuß und Endoprothetik

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Fußchirurgie, Hüft- und Knieendoprothetik,  
arthroskopische Operationen

Hauptoperateur Endoprothetikzentrum



**Herr Dmitry Kuznetsov**  
Oberarzt

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Kinderorthopädie, Spezielle orthopädische  
Chirurgie

**Tätigkeitsschwerpunkte**

Arthroskopie Schulter-, Ellenbogen- und  
Kniegelenk, Endoprothetik Schulter-, Hüft- und  
Kniegelenk

**FACHÄRZT\*INNEN**

**Herr Majdi Alhamar**

Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie

**Frau Inka Prymka**

Fachärztin für Orthopädie,  
Kinderorthopädie, Technische  
Orthopädie

**Tätigkeitsschwerpunkte:**

Kinderorthopädie

**ASSISTENZÄRZT\*INNEN**

**Frau Dr. S. Störmann**

**J. Heidemann**

Rotation Unfallchirurgie

**Herr J.-N. Pape**

**Herr M. Paschke**

**Herr J. Scheidgen**

**Frau J. Cibura**

**Herr M. Younes**

**Herr Dr. D. Richter**

**Fr. Dr. S. Albers**

Rotation BG Klinik Bergmannsheil

**Herr Dr. J. Röwe**

Rotation BG Klinik Bergmannsheil

**Frau J. Rolff**

Rotation Unfallchirurgie  
Klinikum Nord

**PHYSICIAN ASSISTANTS**

**Frau Jana Pfeiffer**

# Termine und Sprechstunden

Jeden Tag finden bei uns Spezialsprechstunden statt. Die ersten Termine vergeben wir ab 8.00 Uhr morgens und die letzten montags bis donnerstags gegen 14.30 Uhr. Freitags ist der Tag etwas verkürzt. Da sind die letzten Termine gegen 12.30 Uhr. Das Fachgebiet der Orthopädie ist so umfassend geworden, dass wir für jeden Bereich Spezialist\*innen haben, die sich um Ihre Belange kümmern können.

Für die Sprechstunde benötigen Sie eine Überweisung von Ihrem Facharzt oder Ihrer Fachärztin für Orthopädie, Unfallchirurgie oder Kinderärzt\*in für die Kinder. Wenn Sie als Notfall zu uns kommen, benötigen Sie keine Einweisung, bzw. können Sie diese dann auch noch einmal nachreichen. In jedem Fall werden wir uns erst die medizinischen Probleme ansehen. Wir bemühen uns, die vergebenen Termine einzuhalten. Da wir auch immer wieder Notfälle behandeln müssen, kann die Termintreue nicht immer zu 100% garantiert werden. Wir bitten in diesen Fällen um Ihr Verständnis. Auch laufen an manchen Tagen einige Sprechstunden parallel, so dass es sein kann, dass jemand, der später gekommen ist, früher aufgerufen wird. Sollten Sie sich dennoch einmal „vergessen“ fühlen, sprechen Sie uns einfach an. Wir werden uns gerne um Sie kümmern.

SPRECHSTUNDE	MO	DI	MI	DO	FR
<b>Privatsprechstunde</b> Prof. Dr. C. Lüring	■		■		
<b>Sprechstunde</b> <b>Beckenrekonstruktion</b> LOA Dr. A.R. Zahedi OA Dr. M. Manig	■				
<b>Schulter-Ellenbogensprechstunde</b> OA Dr. T. Wemhöner OA D. Kuznetsov			■	■	
<b>Gelenk- und Sportsprechstunde</b> OA Priv.-Doz. Dr. D. Arbab OA Dr. T. Wemhöner OA Dr. M. Brucker		■		■	
<b>Fußsprechstunde</b> OA Priv.-Doz. Dr. D. Arbab	■			■	
<b>Kindersprechstunde</b> OÄ Dr. K. Rosery OA Dr. M. Manig			■		■



## KONTAKT

→ **Privatsprechstunde**

Frau N. Wagener

Tel.: +49 (0) 231 953 21850

Fax: +49 (0) 231 953 21019

→ **Orthopädische Ambulanz**

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

→ **Sportambulanz**

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

→ **Terminvergabe OP**

Tel.: +49 (0) 231 953 20054

[www.orthdo.de](http://www.orthdo.de)

# Schwerpunkt Kinderorthopädie

## Qualität zahlt sich aus

Mit vielen Jahrzehnten Tradition gibt es schon seit den 1970er Jahren unter Prof. Dr. Tönnis eine große Kinderorthopädie im Klinikum Dortmund. Sie war und ist stets das Herzstück der Orthopädischen Klinik, die seit 2014 von Prof. Dr. med. Lüring geleitet wird. Ein spezialisiertes Ärzteteam aus Oberärzt\*innen und Fachärzt\*innen kümmert sich schwerpunktmäßig um die Kinderorthopädie. Es wird das gesamte Spektrum der Kinderorthopädie sowohl bei der konservativen wie auch der operativen Therapie abgebildet. Dafür gibt es die 24-Betten kinderorthopädische Station K23, auf der jährlich über 500 kleine Patient\*innen stationär behandelt werden. In den verschiedenen Spezialsprechstunden werden ca. 5000 Kinder und deren Eltern ambulant beraten und behandelt.

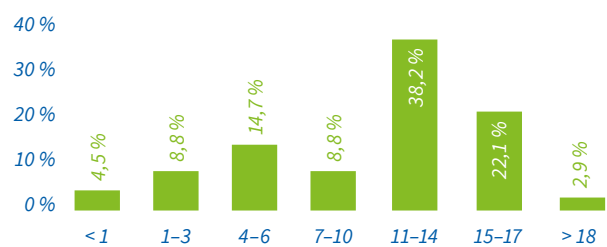
Seit 2010 erfolgt durch die GKinD – Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland – eine Elternbefragung in mehr als 30 Kinderkrankenhäusern bundesweit. Es werden ca. 6000 Fragebögen je Quartal ausgewertet und die Ergebnisse den Abteilungen mitgeteilt.

Ziel ist es, Empfehlungen zur Verbesserung der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung zu erarbeiten.

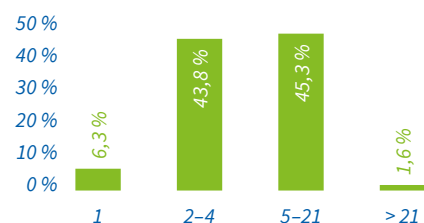
Die Eltern erhalten dafür einen Fragebogen mit ca. 50 Fragen rund um den stationären Aufenthalt ihres Kindes. Dabei geht es um Abläufe bei der Aufnahme, der Kinderkrankenpflege, der ärztlichen Behandlung wie auch um die Räumlichkeiten, die Versorgung, die Zuwendung und auch die Entlassung der Kinder.

Die Ergebnisse aus der Befragung der Station K23 aus dem 1. Quartal 2020 finden Sie auf dieser Seite.

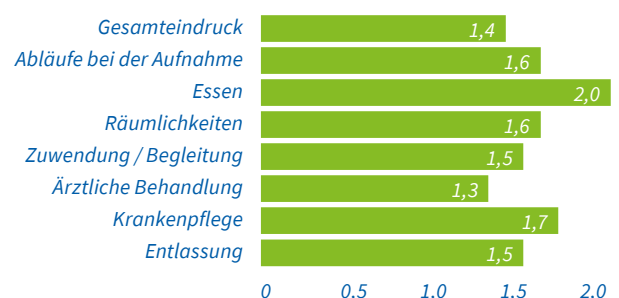
### Alter bei Aufnahme



### Anzahl der Übernachtungen



### Bewertung der orthopädischen Kinderstation K23 nach Schulnoten (1 = sehr gut ... 6 = ungenügend)





# Moderne Endoprothetik

## aus Sicht einer Patientin

**Prof. Lüring:** Frau Ahlswede, Sie sind von mir vor mehreren Monaten am linken Hüftgelenk operiert worden. Wie waren die Schmerzen und Ihre Einschränkungen vor der Operation?

**Frau Ahlswede:** Obwohl ich zur Physiotherapie gegangen bin und die Übungen gemacht habe, nahmen die Schmerzen kontinuierlich zu. Das war sehr frustrierend. Eine Freundin hat in dieser Zeit ihre Knie-Arthrose durchaus mit Physiotherapie in den Griff bekommen. Ich bin zum Reha-Sport gegangen und habe es mit Infiltrationen, Osteopathie, Akupunktur und sogar einer Arthroskopie versucht. Monatelang habe ich mein Leben darauf ausgerichtet, die Schmerzen loszuwerden. Ich habe schon immer überwiegend im Home Office gearbeitet, anders hätte das nicht so lange funktioniert.

**Prof. Lüring:** Gab es für die Entscheidung, sich operieren zu lassen, einen bestimmten Auslöser?

**Frau Ahlswede:** Der letzte Urlaub vor der OP mit meiner Familie. Ich konnte kaum an Ausflügen teilnehmen, weil ich nicht gut auf Kopfsteinpflaster und fast gar nicht bergauf gehen konnte. Und am Strand bin ich praktisch nicht mehr vom Fleck gekommen, ich war verzweifelt. Dann habe ich zufällig eine alte Bekannte wieder getroffen, die ein paar Jahre zuvor ein Hüft-Implantat bekommen hatte, auch wegen Dysplasie-Arthrose. Sie war sehr sportlich unterwegs, das hat mir Mut gemacht.

**Prof. Lüring:** Mussten Sie damals Schmerzmittel einnehmen?

**Frau Ahlswede:** Ja, wenn mir meine Orthopäden in besonders schlimmen Phasen Cortison und Diclofenac über mehrere Tage verordnet hatten. Auch in besseren Zeiten habe ich immer wieder Diclofenac und Ibuprofen eingenommen. Neulich habe ich mich beim Aufräumen meiner Handtasche über das Repertoire an Schmerzmitteln erschreckt. Die

Tabletten haben die Schmerzen aber nur gedämpft.

**Prof. Lüring:** Wie groß war Ihr Aktionsradius? Wie weit konnten Sie gehen?

**Frau Ahlswede:** Irgendwann tat jeder Schritt weh. Ich bin nicht mehr zu Fuß zum Bäcker gegangen, der nur 400 Meter entfernt liegt. Ich habe das Fahrrad genommen, weil das weniger wehtat. Auf das Auto habe ich verzichtet aus Furcht, keinen Parkplatz in der Nähe zu finden. Wenn ich doch mal Termine wahrnehmen oder gar verreisen musste, habe ich viel Zeit mit der Planung verbracht, damit es möglichst keine Fußwege gab. Das hat mein Leben sehr beeinträchtigt.

**Prof. Lüring:** Wie sah das vor Aufkommen der Schmerzen aus?

**Frau Ahlswede:** Vorher bin ich gejoggt und habe Volleyball gespielt. Das musste ich aufgeben. Zum Schluss waren selbst

Seit der OP kann Frau Ahlswede endlich wieder ausgiebige Fahrradtouren und Spaziergänge schmerzfrei genießen.



Gespräche mit Patient\*innen und Angehörigen führt Prof. Lüring pandemiebedingt mit Mindestabstand.



Prof. Lüring implantiert über einen minimal-invasiven Zugang ein künstliches Hüftgelenk.

die kürzesten Spaziergänge und sogar Schwimmen unmöglich. Reha-Gymnastik und -Krafttraining habe ich bis kurz vor der OP gemacht unter Schmerzen. Dabei war das ein sehr sanfter Sport.

**Prof. Lüring: Sind Sie nachts von den Schmerzen aufgewacht?**

**Frau Ahlswede:** Häufig. Wenn ich mich umgedreht habe, oder es waren die ins ganze Bein ausstrahlenden Schmerzen, die mich keine Ruhe haben finden lassen.

**Prof. Lüring: Wie war der Schmerz am ersten Tag nach der OP?**

**Frau Ahlswede:** Ehrlich gesagt, kann ich mich daran kaum erinnern, jedenfalls nicht an Schmerzen. Ich weiß aber noch, dass ich in der Nacht, als es dann doch wehtat, die „Schmerzpumpe“ betätigt habe, mit der man die Mittel selbst dosieren kann. Das hat gut funktioniert.

**Prof. Lüring: Die meisten Menschen haben Respekt vor der Operation. Wie war das bei Ihnen vorher und nachher?**

**Frau Ahlswede:** Naja, vorher war es eher Angst als Respekt, obwohl ich mich nach der ausführlichen Sprechstunde in guten Händen wusste. Ich bin aber eher ein ängstlicher Typ, weshalb ich dem Rat einer Freundin, die Krankenschwester ist, und der Anästhesistin gefolgt bin und mir eine Beruhigungstablette habe geben lassen. Irgendwann muss man die Kontrolle den Experten überlassen. Nach der OP war ich vor allem erleichtert, habe aber auch jetzt noch Respekt davor. Die Tech-

nik erklären Sie ja im Internet, das ist alles sehr geschickt, routiniert und schonend.

**Prof. Lüring: Wie geht es aktuell mit der Hüfte? Sind Sie zufrieden?**

**Frau Ahlswede:** Mir geht es sehr gut, ich bin absolut zufrieden. Ich mache mir keine Gedanken mehr darüber, wie ich an einen Ort komme, sondern gehe einfach

„Das Gehen im Alltag macht mir richtig Spaß und ich freue mich, wenn mein Nachbar sagt, ich hätte ein ‚tolles Gangbild‘ – er ist selbst Orthopäde.“

los. Ich mache ausgiebige Spaziergänge und Fahrradtouren. In meinem ambulanten Reha-Zentrum setze ich das Krafttraining unter Anleitung von Sporttherapeuten fort. Es zieht manchmal noch rund um die Hüfte, wie Muskelkater – vielleicht ist es auch einfach Muskelkater. Ich habe mich ja lange Zeit nicht so viel bewegt.

**Prof. Lüring: Wie hat sich Ihre Lebensqualität verändert?**

**Frau Ahlswede:** Die hat sich schlagartig verbessert, wie ich schon am ersten Tag in der Reha auf dem Fahrrad-Ergometer

bemerkt habe: Das Training war absolut schmerzfrei. Da habe ich erst realisiert, dass ich vor der OP durchaus heftige Schmerzen auch beim Fahrradfahren hatte – nur eben nicht so stark wie beim Gehen. Auch wenn ich es mir am Anfang mit den Gehstützen und in der Reha, wo manche Übungen noch mühsam waren, nicht vorstellen konnte, habe ich rund drei Monate nach der Operation den nächsten Sommerurlaub mit meiner Familie unbeschwert genossen. Kopfsteinpflaster? Sand? Kein Problem! Das Gehen im Alltag macht mir richtig Spaß und ich freue mich, wenn mein Nachbar sagt, ich hätte ein „tolles Gangbild“ – er ist selbst Orthopäde.

**Prof. Lüring: Was würden Sie anderen Betroffenen raten?**

**Frau Ahlswede:** Wenn alle anderen Methoden keinen Erfolg bringen und das Röntgen oder MRT klar zeigen, dass kein Knorpel mehr vorhanden ist, sehe ich im Nachhinein keinen Grund, zu warten. Ich war ja bei dem Eingriff mit 51 Jahren vergleichsweise jung, weshalb ich ihn auch lange hinausgezögert habe. Allerdings würde ich rückblickend sagen, dass man selbst in jüngeren Jahren auch zu lange warten kann. Dann vergeudet man Zeit, in der sich die Muskeln zurückbilden und die Sehnen verkürzen. Zeit, in der das Leben dann, wenn altersmäßig eigentlich noch viel möglich ist, sehr eingeschränkt wird.

**ERWACHSENENORTHOPÄDIE**

**Gelenkersatzoperationen 780**

Hüftprothesenimplantation	303
Hüftprothesenwechsel und Reposition	132
Knieprothesenimplantation	264
Knieprothesenwechsel	33
Schulterprothesenimplantation	29
Gelenkinfekte	19

**Gelenkspiegelungen 615**

Hüftarthroskopie mit Folgemaßnahmen	113
Kniearthroskopie mit Folgemaßnahmen	276
Schulterarthroskopie mit Folgemaßnahmen	165
Ellenbogenarthroskopie mit Folgemaßnahmen	26
Sprungelenkarthroskopie mit Folgemaßnahmen	35

**Schulter- und Ellenbogeneingriffe 120**

Bankart Rekonstruktion	12
Rotatorenmanschettenrekonstruktion	60
Bandrekonstruktion Ellenbogen	14
Sonstige	34

**Beckenoperationen 280**

3fach Beckenosteotomie	114
3fach Beckenosteotomie mit femoraler Umstellung	45
Offene Offset OP	7
Umstellungsoperationen des proximalen Femur	83
Sonstige	31

**Knieoperationen 116**

Kreuzbandersatzplastik	19
Trochleaplastik	3
MPFL Plastik	23
Knorpelreparation AMIC/ACT	31
Knie-Umstellungsoperation	17
Sonstige	23

**Fuß 234**

Hallux Valgus Korrektur	86
Kleinzehekorrektur	28
Knorpelrepair (AMIC, ACT) Sprunggelenk	9
Rückfußkorrektur	30
Sonstige	81

**Metallentfernung 244**

**Septische Eingriffe 36**

Septische Weichteileingriffe	31
Septische Knocheneingriffe	4
Septische Arthritiden	1

**Tumoren 20**

**Sonstige Eingriffe Erwachsenenorthopädie 104**

**Erwachseneneingriffe GESAMT 2549**

**KINDERORTHOPÄDIE**

**Hüfteingriffe 488**

Beckeneingriffe bei Hüftdysplasie	114
Eingriffe bei Deformitäten des proximalen Femur	58
Metallentfernungen	36
Arthrografien	7
Gelenkpunktion in Narkose	6
Hüftkopfspickung bei ECF	22
Gipse in Narkose	220
Sonstige	25

**Knieeingriffe 170**

Temporäre Epiphysiodese	136
Knie- Arthroscopien mit Folgemaßnahmen	10
Patellakorrekturingriff	5
Tibia Osteotomie	11
Sonstige	8

**Fußeingriffe 136**

Knöcherner Eingriffe	72
Weichteileingriffe	55
Sonstige	9

**Sonstige Eingriffe Kinderorthopädie 306**

**Kindereingriffe GESAMT 1100**

**EINGRIFFE GESAMT 3649**



- Gelenkersatzoperationen
- Gelenkspiegelungen
- Schulter- und Ellenbogeneingriffe
- Beckenoperationen
- Knieoperationen
- Fußeingriffe
- Metallentfernungen
- Septische Eingriffe
- Tumoren
- Sonstige Eingriffe



- Hüfteingriffe
- Knieeingriffe
- Fußeingriffe
- Sonstige Eingriffe



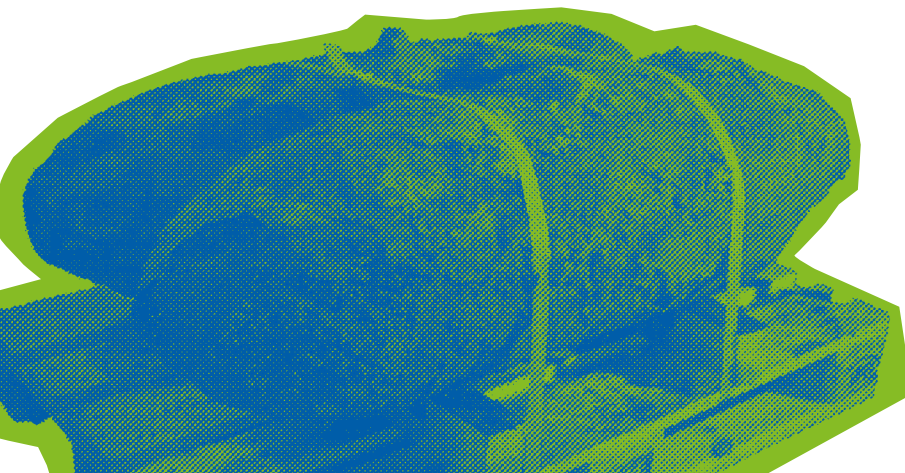
# OPERATIVE EINGRIFFE 2020

*Prof. Lüring hilft bei der Evakuierung  
und schiebt Stationsequipment auf  
eine Ausweichstation.*



# HIGHLIGHTS 2020

*Die Entschärfung dieser beiden  
250-Kilogramm-Bomben aus dem  
zweiten Weltkrieg war die Ursache für  
die Evakuierung des Klinikviertels.*



## BOMBEN-EVAKUIERUNG

JAN  
11-12

Als im Januar die komplette Klinik aufgrund einer Bombenentschärfung evakuiert werden musste, war jede Hand gefragt. Die Patient\*innen, die nicht nach Hause entlassen werden konnten, mussten in Bereiche der Klinik verlegt werden, wo die Auswirkung einer möglichen Bombenexplosion nicht mehr zu spüren gewesen wäre. Da packt auch der Chef mit an.

## SONOKURSE 2020

MAR  
14

NOV  
21

Zur Vermeidung einer Fehlbildung des Hüftgelenks ist es gesetzlich verankert, dass alle Säuglinge eine Ultraschalluntersuchung beider Hüftgelenke im Alter von 6 Wochen erhalten. Im besten Fall können Fehlbildungen frühzeitig erkannt und eine Nachreifung der Hüftgelenke erreicht werden. Diese Untersuchung ist technisch nicht einfach und muss daher intensiv geschult und trainiert werden. Daher bietet die Orthopädische Klinik aufgrund ihrer jahrzehntelangen Expertise seit Jahren 2x im Jahr einen entsprechenden Sonokurs an. Der Kurs ist vergleichbar mit einem Refresherkurs (DEGUM) und dem Abschlusskurs aus der Kursreihe nach Graf. Das Kurskonzept berücksichtigt die Vorgaben der KBV zur Qualitätssicherung der Sonographie der Säuglingshüfte gemäß § 11 Abs. 3 vom April 2012. Die Leitung des Kurses haben aus unserer orthopädischen Klinik OÄ Frau Dr. Rosery und OA Herr Dr. Manig gemeinsam mit dem niedergelassenen Kollegen Dr. Hans Dieter.

### PONSETI-REDRESSIOGIPSEN

Zur internen Schulung haben wir 2x Assistenzärzt\*innen im Umgang mit Ponseti-Redressionsgipsen am Modellfuß ausgebildet. Dabei handelt es sich um eine konservative Gipstherapie, bei der Säuglinge, die mit einem Klumpfuß auf die Welt gekommen sind, mit einem Gips behandelt werden, damit die Füße sich normal entwickeln und im späteren Leben keine Nachteile für die Kinder entstehen.



*Ponseti-Redressionsgipsen*

### PATIENTENHOCHSCHULE VIA ZOOM

Was macht man mit Informationsveranstaltungen für Patient\*innen in der Pandemie, wenn keine physischen Treffen erlaubt sind? Man weicht auf Zoom aus. Gemeinsam mit Marc Raschke aus der Unternehmenskommunikation hat Prof. Lüring mit knapp 40 Teilnehmer\*innen ein Online-Seminar auf der Meeting-Plattform Zoom zum Thema Gelenkersatz durchgeführt. In einem Kurzvortrag informierte er über Arthrose, die möglichen konservativen und die operativen Behandlungen und beantwortete alle Fragen. Die Veranstaltung war ungewohnt und neu, aber ein sehr guter Erfolg, den wir sicher in diesem Jahr wiederholen werden.



*50 Teilnehmer\*innen konnten unter strengen Hygieneauflagen am 3. Dortmunder Gelenksymposium teilnehmen.*

### 3. DORTMUNDER GELENKSYMPOSIUM

Eine sehr erfolgreiche Veranstaltung konnten wir trotz Pandemie im September durchführen. 50 ärztliche Kolleg\*innen waren entsprechend unseres strengen Hygienekonzepts zugelassen und kamen aus dem Ruhrgebiet und von überregional nach Dortmund. Dabei ging es nicht nur um den Ersatz von Gelenken, sondern auch um modernste gelenkerhaltende Methoden, wie z.B. die Knorpelzellreparation und weitere Strategien. Die Ärzt\*innen des Klinikums Dortmund haben insbesondere mit dem Gelenkerhalt bei Knie- und Hüftgelenkerkrankungen sehr viel Erfahrung und haben diese gerne mit den Teilnehmer\*innen diskutiert. Aufgrund der Pandemie war diese Fortbildung für viele Kolleg\*innen die einzige physische Fortbildungsveranstaltung im ganzen Jahr.



*Fr. Gröhl, medizinische Fachangestellte in der Orthopädischen Klinik, feierte in diesem Jahr ihr 40-jähriges Dienstjubiläum und ist damit eine Konstante in unserem Team.*

### WINGLET LIVE OPERATION

Einer Herausforderung der besonderen Art stellte sich Prof. Dr. Lüring bei der Online Fortbildungswoche der Winglet Community. In einem sogenannten WetLab, einem Übungslabor, operierte er parallel zu einem Kollegen aus Frankfurt einen Knorpelschaden am Kniegelenk und stellte sich während und nach der Operation Fragen aus der über 250 Teilnehmer\*innen großen Online-Community. Winglet hatte diese Fortbildungsveranstaltung für Assistenzärzt\*innen in Ausbildung konzipiert. Dabei operierten Expert\*innen aus ganz Deutschland am Präparat und gaben Ihre Tipps und Tricks weiter. Das besondere hier war vor allem, dass manche Eingriffe als "Battle" geplant waren: das gleiche Problem auf unterschiedliche Weise gelöst.



*Das WetLab der Winglet Community Fortbildungswoche*



Die, von denen man meist  
nichts mitbekommt

# Das Team im OP-Saal

Der Operationsbereich befindet sich in einem abgeschlossenen Bereich des Krankenhauses, daher sind Pflege und Betreuung im OP wenig sichtbar für Sie als Patient\*in. Dennoch erfolgt die Betreuung unserer Patient\*innen auf fürsorgliche und individuelle Art.

Der Zentral-OP Mitte des Klinikums Dortmund umfasst insgesamt 6 Fachdisziplinen, die sich auf 12 OP-Säle verteilen. Eine davon ist die OP-Abteilung der Orthopädischen Klinik, die in bis zu 4 Sälen gleichzeitig operiert. Das OP-Personal der Orthopädie ist nur Teil eines großen Teams, bestehend aus vielen Mitarbeiter\*innen anderer Fachabteilungen. Zu unserem OP-Pflegeteam gehören ca. 20 Mitarbeiter\*innen. Dazu zählen hauptsächlich Pflegekräfte mit einer OP-Fachweiterbildung, sowie Operationstechnische Assistenten\*innen (OTA). Diese sind für die OP-Verfahren der Orthopädie

geschult und verfügen über spezielle Fachkenntnisse. Sie helfen bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Maßnahmen der operativen Therapie. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht die umfassende Betreuung der Patient\*innen.

Eine zum OP-Team gehörende Röntgenassistentin kümmert sich um die intra- und postoperativen Röntgenaufnahmen. Die Koordination und die Einsatzplanung erfolgt durch das zentrale OP-Leitungsteam.

## Ein Blick in den Alltag

Der Arbeitsalltag im OP beginnt mit dem Einschleusen der ersten Patient\*innen. Zwei Mitarbeiter\*innen nehmen Sie jeweils in einer unserer Patientenschleusen in Empfang und kümmern sich um das Umbetten auf einen für Sie vorgesehenen OP-Tisch. Um einen möglichst reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und Wartezeiten



zu vermeiden, erfolgt die Einschleusung der Patient\*innen zu versetzten Zeiten, die bereits im Vorfeld durch das OP-Management festgelegt wurden. Wenn Sie bei uns sind, werden Sie noch einmal über den Ablauf aufgeklärt und nach Ihrem Namen gefragt. Fragen zur Identifikation und Überprüfung der Unterlagen dienen der Qualitätssicherung. Sie werden dann in den Aufwachraum gebracht und kurze Zeit später von einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin der Anästhesie abgeholt und in den OP-Saal oder Einleitungsraum gebracht. Dort betreut Sie das Team der Anästhesie und leitet die Narkose ein. Wäh-



*Ein kleiner Teil unseres OP-Teams, das Sie vor, während und nach einer Operation betreut.*

renddessen hat das OP-Pflegeteam schon mit den Vorbereitungen für die bevorstehende Operation begonnen. Die Einteilung des Pflegepersonals auf die Säle erfolgt bereits zuvor durch die OP-Leitung. Eine zeitnahe und patientenorientierte Bereitstellung der Materialien und Überprüfung des Instrumentariums und der Implantate kann somit bereits durch die einzelnen Mitarbeiter\*innen des OP-Teams im Vorfeld erfolgen. Hierzu dient ein OP-Plan, der durch die ärztlichen OP-Planer\*innen und dem OP-Management am Vortag erstellt wird. Die Vorratsräume, in denen zusätzliche Instrumente und Hilfsmittel zur Verfügung



Die Orthopädische Klinik



*Oben: Vor der OP wird mit Tupfern großzügig Desinfektionsmittel auf dem Operationsgebiet aufgetragen.*

*Links: Anästhesist\*innen überwachen die gesamte OP über den Zustand der Patient\*innen.*

stehen, schließen sich an jeden OP-Saal an und vermeiden somit unnötig lange Wege, damit verbundenen Verzögerungen der OP-Zeiten und verbessern die Hygiene. Die Operationen erfolgen nach festgelegten, sich immer weiterentwickelnden Pflegestandards und Hygienerichtlinien in enger Zusammenarbeit mit der Krankenhaushygiene. Nach Beendigung der OP wachen Sie noch im Operationssaal auf. Erst danach bringen Sie ein Anästhesist oder eine Anästhesistin und eine OP-Pflegekraft in den Aufwachraum. Hier steht Ihnen eine erfahrene Pflegekraft der Anästhesie zur Seite, die Sie während der Aufwachphase überwacht und betreut.

### Was sind unsere Aufgaben?

In jedem OP-Saal werden Sie als Patient\*in während des Aufenthaltes durch zwei unserer Mitarbeiter\*innen fachkundig betreut. Dabei fungiert eine als instrumentierende Pflegekraft, die andere als „Springer“. Dieser ist sehr wichtig und sorgt sich um alle Handreichungen außerhalb des sterilen Bereiches, vor, während und nach der Operation. Die gesamte Vor- und Nachbereitung der Operation gehören zum Aufgabengebiet der OP-Pflege. Unter anderem müssen zu jeder Operation alle benötigten Geräte und Lagerungsmaterialien bereitgestellt und überprüft werden. Geplante Verfahren werden mit den Orthopäd\*innen abgesprochen. Instrumente, Materialien und Implantate werden vorbereitet und

unter Einhaltung strenger hygienischer Standards steril aufgedeckt. Durch standardisierte Arbeitsabläufe, Zählkontrollen und eine sorgfältige Dokumentation, u.a. der Zeiten und aller anwesenden Ärzt\*innen und Pfleger\*innen, sorgen wir für Transparenz und Sicherheit. In Zusammenarbeit mit den Orthopäd\*innen erfolgt die Lagerung der Patient\*innen. Bevor die Operation beginnt macht das gesamte Team ein sogenanntes „Team-Time-Out“. Hier werden sorgfältig alle wichtigen Punkte über die Anästhesie und die Operation mit allen Beteiligten besprochen. Bei einer operativen Versorgung mit einer Endprothese ist u.a. die Anfertigung eines Prothesenpasses und die Aufnahme Ihrer Daten in die Endprothesen-Datenbank ebenfalls unsere Aufgabe. Bei aufwendigen und speziellen Operationen, bei denen Sonderinstrumente erforderlich ist, kümmert sich das OP-Leitungsteam in Absprache mit den Ärzt\*innen im Vorfeld um die Bestellung der Instrumente und der Prothesen. Zum Ende der Operation beginnt die Nachbereitung mit dem Anlegen eines Verbandes und der fachgerechten Entsorgung aller Arbeitsmaterialien sowie der Nachbestellungen der verbrauchten Materialien.

Auch wenn wir für Sie meist nicht sichtbar sind, können Sie sicher sein, dass für uns Ihre bestmögliche Versorgung und Ihre Sicherheit stets im Vordergrund stehen wird. Wir freuen uns, dass wir einen Teil zur Ihrer Genesung beitragen können.

# FOCUS Ärzteliste 2020



TOP

NATIONALES  
KRANKENHAUS

2020

FOCUS

DEUTSCHLANDS  
GRÖSSTER  
KRANKENHAUS-  
VERGLEICHFOCUS-GESUNDHEIT  
08 | 2019

## Prof. Lüring wurde erneut als einziger Kniechirurg für Dortmund genannt – Insgesamt drei Auszeichnungen für die Orthopädische Klinik im Klinikum Dortmund

Kontinuität in der Qualität lohnt sich: Auch in 2020 wurde die Orthopädische Klinik in die Focus Klinikliste aufgenommen. Bereits seit 2013 ist sie dort als besonders empfehlenswert für den Bereich Orthopädie gelistet. Auch bei der Focus Ärzteliste hat sich für uns nichts verändert: Seit 2016 wird OA Priv.-Doz. Dr. Arbab als Experte für Fußchirurgie geführt. Dies bestätigt die kontinuierliche Weiterentwicklung des Fußschwerpunktes durch ihn und Prof. Lüring in der Orthopädischen Klinik im Klinikum Dortmund. Auch die Arbeit von Prof. Dr. Christian Lüring als Experte für Kniechirurgie wurde wieder bestätigt: Er ist nun im fünften Jahr in Folge in der Ärzteliste geführt. Damit bleibt er der einzige durch den Focus ausgezeichnete Kniechirurg in Dortmund und Umgebung.

„Wir freuen uns natürlich riesig, dass unsere konsequent qualitätsorientierte Arbeit honoriert wird“, sagt Prof. Lüring. „Wir haben in den vergangenen 6 Jahren für die Patienten einiges verbessert, die Abläufe gestrafft und arbeiten noch enger mit dem Sozialdienst zusammen. Die Rehaplanung findet für Patienten, die ein Kunstgelenk bekommen, schon in der Sprechstunde statt. Wir behandeln die Patienten nach den neuesten Methoden, wenden minimalinvasive, muskelsparende Zugangswege an und haben ein hervorragendes Schmerzkonzept gemeinsam mit den Kollegen von der Anästhesie und dem Schmerzdienst entwickelt. So bieten wir unseren Patienten das „Komplettpaket“ an“, freut sich Prof. Lüring. Die Zufriedenheit und Sicherheit der Patient\*innen steigt zusätzlich. „Hinzu kommt, dass das in 2018 gegründete Endoprothetikzentrum auch in 2020 das Zertifikat nach ausführlicher Begutachtung durch die Zertifizierungsstelle Endocert erneut ausgestellt bekommen hat. Als zertifiziertes Zentrum stehen wir bei der Qualität ganz vorne, was letztlich unseren Patienten zugute kommt“, erklärt Prof. Lüring.

„Das herausragende Abschneiden bei dieser für die Patienten so wichtigen Liste zeigt, dass die orthopädische Klinik an die Erfolge der Vergangenheit angeknüpft hat und diese sogar weiter ausbauen konnte“, so Prof. Lüring.

### Focus-Ärzteliste 2020 – so wird sie ermittelt:

Bundesweit werden laut Focus alljährlich Mediziner\*innen gebeten, Ärzt\*innen aus ihrem Fachbereich zu empfehlen. Zusätzlich werden Einschätzungen von Selbsthilfegruppen eingeholt sowie die wichtigsten Foren und Arztbewertungsportale ausgewertet. Nur Ärzt\*innen mit besonders vielen Empfehlungen sind aufgeführt. Ergänzend dazu ermittelt Focus in Medizindatenbanken und Fachzeitschriften, wie viele wissenschaftliche Beiträge ein Arzt oder eine Ärztin in den vergangenen fünf Jahren veröffentlicht hat.

### Focus-Klinikliste 2020 – so wird sie ermittelt:

In einer schriftlichen Umfrage geben laut Focus einweisende Fachärzt\*innen an, welche Häuser sie in ihrem Fachbereich empfehlen können. Nur Einrichtungen mit besonders vielen Nennungen kommen in die nähere Auswahl. Im zweiten Schritt wertet das Rechercheteam von Munich Inquire Media die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte der Krankenhäuser aus. Außerdem müssen die Kliniken in Fragebögen Angaben etwa zu Patientensicherheit, Wartezeiten, interdisziplinärer Zusammenarbeit und Studienteilnahme machen. Als viertes Element bezieht Focus eine große Patientenumfrage der Techniker Krankenkasse in die Auswertung ein.



# Aktuelle Bücher und Publikationen

Die Operationslehren, die Prof. Lüring gemeinsam mit dem Springer-Verlag begründet hat, laufen als Downloadexemplare gut und zeigen, dass die Leser\*innen einen Nutzen haben: So erhalten die Leser\*innen des Buches über eine App ein Video, sind dann „live im OP dabei“ und schauen den Operateur\*innen so über die Schulter. Zwar gehören die Implantation künstlicher Knie- und Hüftgelenke zur täglichen Routine in der Orthopädie, für die Assistenzärzt\*innen, die sich noch in der Ausbildung befinden, ist es aber sinnvoll, sich immer wieder auf den Eingriff vorzubereiten: Während der Operation entstehen Fragen, die in der täglichen Alltagsroutine nicht immer beantwortet werden können. Anhand dieser OP Lehren können die jüngeren Kolleg\*innen sowohl im Text nachlesen als auch die Bilder und das Video anschauen und sich so in den OP hineinversetzen. Das Angebot wird rege genutzt, der Teilgelenkersatzband ist über 580-mal digital geladen worden, der Hüftprothesenband über 1600-mal und der Oberflächenersatzband am Kniegelenk über 1300-mal.

Weiterhin läuft das Lehrbuch zu den Zugangswegen sehr gut. Insbesondere die digitale Version kommt offenbar gut an: Insgesamt verzeichnete die **Online-Version über 77.000 (!) Downloads** des gesamten Buches oder einzelner Buchbestandteile. Das zeigt, dass sich die Arbeit gelohnt hat und die Informationen und Inhalte des Werks genutzt werden.

Selbstverständlich sind auch die **Patientenratgeber** weiterhin gefragt. Gerade in Zeiten, wo eine Zweitmeinung gesetzlich verankert ist, kann ein solcher Ratgeber hilfreich sein. Beide Bücher vermitteln anschaulich die erforderlichen Informationen, die Patient\*innen manchmal in der Sprechstunde nicht bekommen (können). Fallbeispiele und Patientengeschichten sind aus dem wahren Leben. Dass diese Informationen genutzt werden, zeigen auch hier

die Downloadzahlen: Seit Erscheinen des Buches verzeichnete die Seite **SpringerLink** ([www.link.springer.com](http://www.link.springer.com)) **über 10.000 Downloads** von Buchkapiteln oder dem gesamten Buch für den Hüftträger und **fast 8.000 Downloads** für den **Knieerkrankte**. Auch hier kann der vorhandene Informationsbedarf gedeckt werden.

Gemeinsam mit Prof. Beckmann aus der Sportklinik Stuttgart hat Prof. Lüring in diesem Jahr wieder ein Themenheft der Fachzeitschrift „Der Orthopäde“ (Ausgabe 5/2020) im Springer-Verlag gestaltet. Sie beleuchteten gemeinsam mit anderen Fachexpert\*innen in verschiedenen Fachartikeln das Thema individuelle Endoprothetik. Es ist immer eine besondere Auszeichnung, ein solches Heft gestalten zu dürfen und spricht für unseren Expertenstatus.



C. Lüring: *Künstliche Hüftgelenke: Wege aus dem Schmerz*. Steinkopff, 2010.  
ISBN-10: 3798518912  
ISBN-13: 978-3798518919



C. Lüring: *Künstliche Kniegelenke: Wege aus dem Schmerz*. Springer, 2011.  
ISBN-10: 3642219896  
ISBN-13: 978-3642219894



C. Lüring, M. Tingart (Hg.): *Operative Zugangswege in Orthopädie und Unfallchirurgie*. Springer, 2015.  
ISBN-10: 3642382649  
ISBN-13: 978-3642382642



C. Lüring: *Bikondylärer Oberflächenersatz Kniegelenk*, Springer 2017.  
ISBN-10: 3662544369  
ISBN-13: 978-3662544365



C. Lüring: *Zementfreie Hüftendoprothese: lateraler Zugang nach Bauer*, Springer 2017.  
ISBN-10: 3662532964  
ISBN-13: 978-3662532966



C. Lüring: *Medialer unikondylärer Kniegelenkersatz: zementiert, fixed Inlay*, Springer 2018.  
ISBN-10: 9783662567029  
ISBN-13: 978-3662567029



BE

HAND

LUNGS

BEI

SPIE

LE

# Der erworbene Plattfuß des Erwachsenen



Die Ausbildung eines Platt- oder Knicksenkfußes (lat.: Pes planovalgus) verläuft wie im Fall von Frau P. häufig langsam fortschreitend. Betroffen sind vor allem Frauen, aber auch Männer mittleren bis höheren Alters.

## Die Ursachen

Verantwortlich für die Ausbildung eines erworbenen Knicksenkfußes ist eine Schwäche (Insuffizienz) des Musculus tibialis posterior, der hauptverantwortlich für die Stabilisierung des Rückfußes und der Längswölbung ist. Die Ursachen für die Tibialis posterior Insuffizienz sind letztendlich nicht bekannt. Neben Übergewicht und genetischer Vorbelastung werden auch Stoffwechselstörungen, wie ein Diabetes mellitus, dafür verantwortlich gemacht. Auch längst vergessene Verletzungen des Sprunggelenks können eine Ausbildung begünstigen.

## Die Diagnose

Die Betroffenen klagen, abhängig vom Ausprägungsgrad, über eine Abflachung der Fußwölbung auf der Innenseite und ein Wegknicken der Ferse nach außen.

Abhängig vom Ausmaß der Deformität werden in der medizinischen Literatur 3 Stadien nach Johnson und Strom klassifiziert. Das Stadium I stellt einen milden Zustand dar. Das Stadium II stellt eine bereits fortgeschrittene Fehlstellung dar, die jedoch noch flexibel ist. Im letzten und schwersten Stadium III liegen kontrakte Gelenkverhältnisse vor, sodass die Knick-Senkfuß-Deformität fixiert und damit weder passiv noch aktiv korrigiert werden kann.

## Die Therapie

Das frühe Stadium I kann konservativ, z.B. durch eine innenseitig stützende Einlagenversorgung und intensive krankengymnastische Übungen behandelt werden. Bei Fortschreiten der Fehlstellung in das Stadium II sind konservative Maßnahmen nicht mehr ausreichend. Um eine Beschwerdelinderung mit ver-

besserter Mobilität sowie eine Achskorrektur zu ermöglichen und das Fortschreiten der Deformität zu verhindern, können dann gelenkerhaltende knöcherne und weichteilige Eingriffe in Kombination durchgeführt werden. Im Stadium III, wenn schon kontrakte Verhältnisse vorliegen, ist eine Korrektur nur durch eine achskorrigierende Versteifungsoperation (Arthrodesen) möglich. Insbesondere die fortgeschrittenen Stadien II und III stellen komplexe mehrdimensionale Deformitäten dar. Der Behandlungserfolg ist abhängig von einer frühzeitigen und fachgerechten Diagnose. In diesen Fällen sollte eine individuelle Beratung durch eine\*n erfahrene\*n Spezialisten bzw. Spezialistin erfolgen. Diese\*r kann dann ein den Bedürfnissen und Ansprüchen der Patient\*innen entsprechendes Therapieverfahren empfehlen.



Abb. 1 und 2:  
Ausgeprägter Knick-Senkfuß mit starker Abflachung der Längswölbung auf der Innenseite des Fußes. Von hinten betrachtet deutliche Abkippung der Ferse nach außen (Fersenvalgus).



Abb. 3: Auf dem belasteten seitlichen Röntgenbild zeigt sich eine deutliche Abflachung der Längswölbung. Im Normalzustand bilden die blauen Achsmarkierungen der Fußknochen eine gerade Linie.

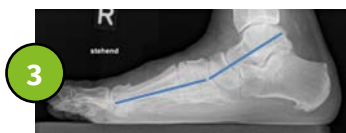


Abb. 4: Derselbe Fuß nach achskorrigierender Operation mit sehr guter Aufrichtung der Fußwölbung. Das Fersenbein wurde in minimalinvasiver Technik verschoben, eine Sehne zur Unterstützung des insuffizienten M. Tibialis posterior versetzt und der Mittelfuß bei einer Arthrose versteift.



Abb. 5  
Minimalinvasiver Zugang zur lateralen Ferse nach Einzeichnen der Osteotomieebenen. Das minimalinvasive Vorgehen ermöglicht ein gewebeschonendes Vorgehen.



Abb. 6  
Röntgenbild Fersenbein axial nach Kalkaneusverschiebe-Osteotomie und Schraubenosteosynthese. Die Ferse wurde um 8-10mm nach medial verschoben, um den Fersenvalgus auszugleichen.



„Anfangs habe ich nur ein Ziehen auf der Innenseite des Fußes gespürt. Zeitweise kam es zu einer Schwellung hinter dem Innenknöchel und Schmerzen während des Spazierens. Im Verlauf der letzten Wochen und Monate konnte ich dann immer schlechter gehen und ich habe bemerkt, dass mein Fuß nach innen wegnickt. Jetzt ist es so, dass ich nicht mehr laufen kann und eigentlich permanent Schmerzen habe.“

Stefanie P. 48 Jahre

1



Abb. 1: Beckenübersicht zwei Monate nach der Geburt des 2. Kindes zeigt einen verschobenen Bruch des linken Hüftgelenkes der Mutter.

2

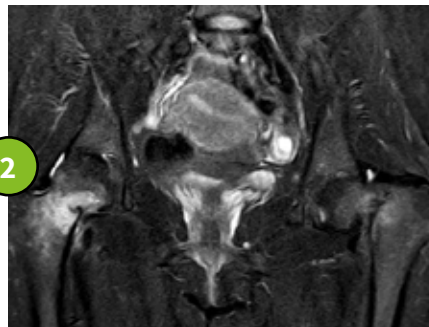
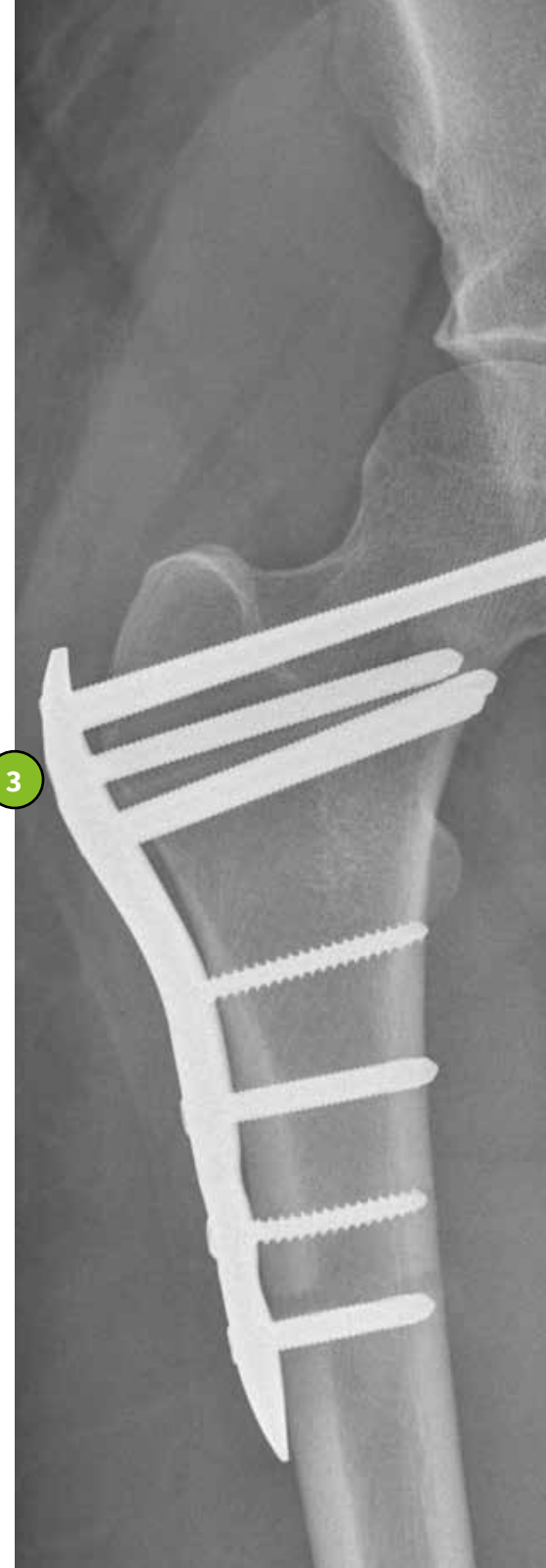


Abb. 2: MRT der Hüftgelenke mit starker Aufhellung am rechten Hüftgelenk als Ausdruck eines Haarrisses

3



# Ermüdungsfraktur **der Hüfte**

Frau A.N. erwartet mit 32 Jahren in Kürze ihr 2. Kind. Zwei Monate vor der Geburt bekommt sie Schmerzen in der linken Hüfte. Als die Schmerzen anhalten und nicht verschwinden wollen, sind die Ärzt\*innen verwundert, zumal sie keinen Unfall hatte und sonst nichts Besonderes passiert war. Das linke Bein kam ihr merkwürdig kürzer und instabiler vor. Nach mehreren Wochen kam sie dann mit den Schmerzen besser zurecht und konnte ihren Sohn gesund per Kaiserschnitt entbinden. Einige Wochen nach

der Geburt des Kindes kam es dann zu Schmerzen auf der anderen (rechten) Seite. Auch diesmal war nichts Besonderes passiert, sie war nicht gestürzt und hatte keinen Unfall. Da sie nun ja ihren Sohn gesund zur Welt gebracht hatte, konnte man ein Röntgenbild anfertigen, um den Schmerzen auf den Grund zu gehen. Das Röntgenbild zeigte dann zum Erstaunen aller Beteiligten einen Bruch an der linken Hüfte, der schon älter zu sein schien. Der Knochen hatte sich bereits verschoben (Abb. 1). Auf der rechten

Seite, die ja aktuell eher schmerzhaft war, zeigte sich in den Röntgenbildern nichts Besonderes. Die Ursache für den Bruch war völlig unklar. Somit konnte es auch eine Entzündung oder ein Tumor sein. Um der Sache weiter auf den Grund zu gehen, wurde ein MRT der Hüftgelenke auf beiden Seiten angefertigt (Abb. 2). Dabei konnte man sowohl eine Infektion als auch einen Tumor als Ursache ausschließen. Auf der rechten Seite, die aktuell viel mehr Schmerzen machte, zeigte sich ein Haarriss im Knochen. Man musste

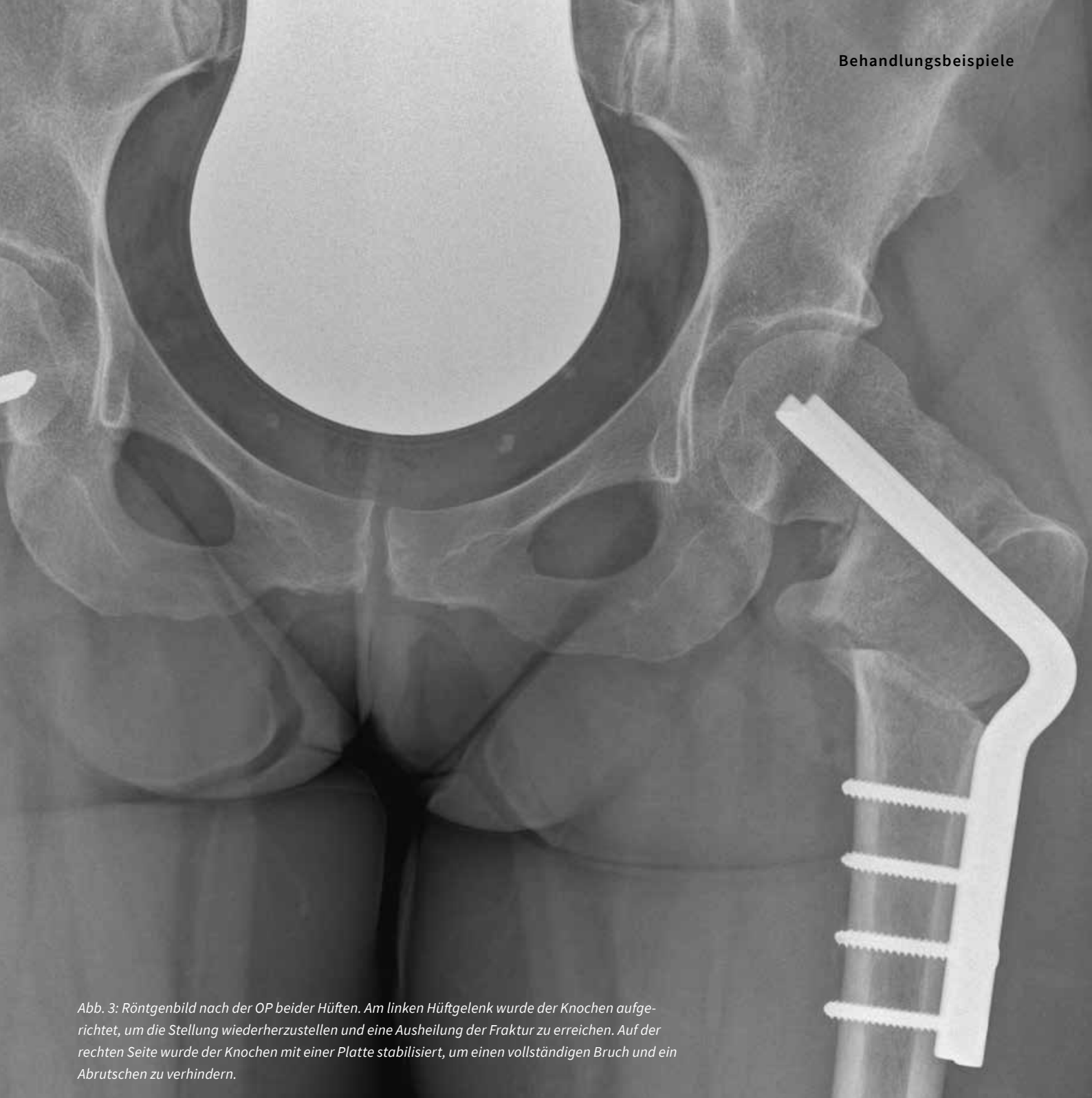
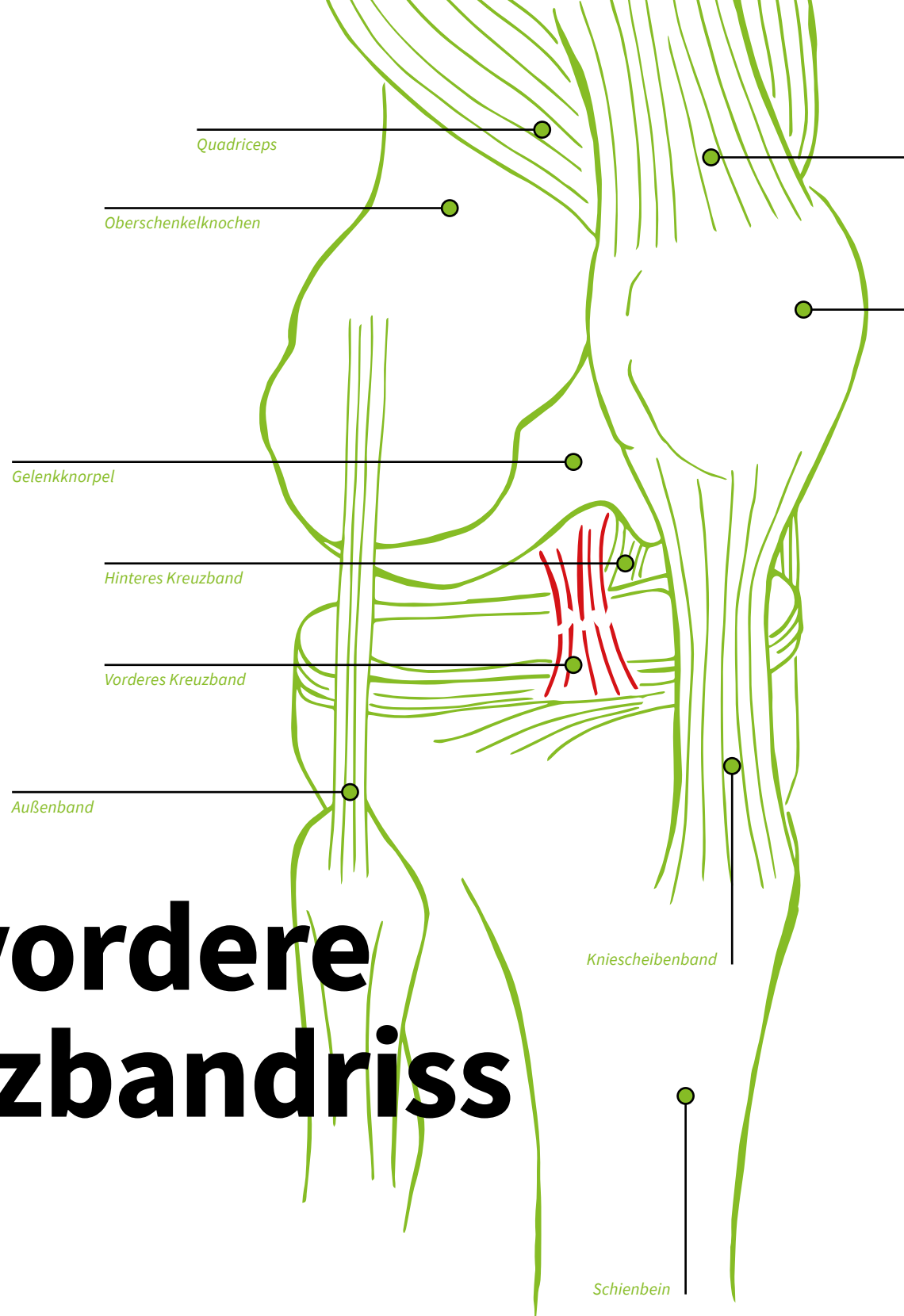


Abb. 3: Röntgenbild nach der OP beider Hüften. Am linken Hüftgelenk wurde der Knochen aufgerichtet, um die Stellung wiederherzustellen und eine Ausheilung der Fraktur zu erreichen. Auf der rechten Seite wurde der Knochen mit einer Platte stabilisiert, um einen vollständigen Bruch und ein Abrutschen zu verhindern.

damit annehmen, dass ein vollständiger Bruch unmittelbar bevor steht. Damit war klar, dass jetzt schnell gehandelt werden muss, um Schlimmeres zu verhindern. Die medizinische Empfehlung konnte nur eine Operation an beiden Hüften sein. Auf der rechten Seite musste alles getan werden, um einen vollständigen Bruch und ein Abrutschen des Knochens, mit dem weiteren Risiko eines Absterbens des Knochens, zu verhindern. Auf der linken Seite musste der Knochen gerichtet werden, um die normale Stellung wiederherzustellen und

eine Knochenheilung zu erreichen (Abb. 3). Für die junge Familie ist dies eine große Herausforderung. Die Operation der Mutter mit der langwierigen Nachbehandlung, bis der Knochen ausgeheilt ist, und die Versorgung der Familie sind eine große Herausforderung. Die Operation konnte im November 2020 erfolgen. Als Ursache für den Knochenbruch links und den Haarriss rechts konnte eine Stoffwechselstörung gefunden werden, die durch die Schwangerschaft und eine gleichzeitige einseitige Ernährung verstärkt wurde.

Wir hoffen, dass die Familie die Herausforderung gut meistert und dass der Knochen mit der nun medikamentösen Unterstützung des Stoffwechsels gut ausheilt.



# Der vordere Kreuzbandriss

Ein Riss des vorderen Kreuzbandes stellt eine der schwersten Verletzungen des Kniegelenkes dar. Hierbei kommt es zum teilweisen oder vollständigen Riss eines der wichtigsten Bänder des Kniegelenkes. Das vordere Kreuzband übernimmt mit seiner Funktion eine Stabilisierung des Unterschenkels gegenüber dem Oberschenkel bei Bewegungen nach vorne, aber auch bei Drehbewegungen. Somit kann es bei einer entsprechenden Verletzung zu einer Instabilität im Kniegelenk kommen.

## Quadriceps-Sehne

### Kniescheibe

Als Ursache für einen Kreuzbandriss kommen meistens starke Beanspruchungen des Kniegelenkes, wie sie zum Beispiel bei einem Unfall auftreten, in Frage. Insbesondere, wenn eine zusätzliche stärkere Verdrehbewegung besteht, ist eine Verletzung häufig.

In vielen Fällen kommt es auch zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Begleitverletzung des Kniegelenkes.

Hierbei stellen insbesondere Meniskusrisse oder Knorpelschäden ein häufiges Problem dar. Aber auch zusätzliche weitere Bandverletzungen, wie zum Beispiel des Innenbandes, kommen in vielen Fällen vor.

Die typischen Symptome einer akuten Verletzung sind meist plötzlich einsetzende stechende Schmerzen sowie eine rasch zunehmende Schwellung und Ergussbildung des Kniegelenkes. Die betroffenen Patient\*innen können meistens aufgrund der Schmerzen das betroffene Bein nicht mehr belasten. Nach einem Rückgang der Schwellung und der akuten Beschwerden bemerken viele Patient\*innen häufig ein Unsicherheitsgefühl beim Laufen oder sportlicher Betätigung, auch wird häufig

ein „Wegrutschen“ des Unterschenkels, eine sogenannte „Giving Way“-Symptomatik, beschrieben.

Nach der ersten klinischen Untersuchung sollte zunächst eine zeitnahe Untersuchung der Patient\*innen mittels einer sogenannten MRT-Untersuchung (Kernspintomographie) erfolgen. Hier können mit hoher Genauigkeit die Verletzungen des Kniegelenkes erkannt werden.

Eine Indikation zur operativen Versorgung besteht nicht immer. Bei der Entscheidungsfindung zur operativen Versorgung müssen viele Faktoren berücksichtigt werden. Insbesondere der sportliche Anspruch, das Alter der Patient\*innen, Begleitverletzungen und ein eventuell bestehendes Instabilitätsgefühl des Kniegelenkes stellen hier mit zu beachtenden Punkte dar.

Auch der ideale Zeitpunkt einer operativen Versorgung wird individuell mit den Patient\*innen abgestimmt. Bei vorliegenden Begleitverletzungen, insbesondere bei einer Verletzung des Meniskus, sollte, um weitere Folgeschäden zu vermeiden, eine zeitnahe operative Versorgung angestrebt werden.

Bei dem Ersatz des vorderen Kreuzbandes existieren viele verschiedene Operationsmethoden. Ein bewährtes Verfahren ist die Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mittels körpereigener Sehnen. Hierbei kommen zum Beispiel die sogenannten Hamstring-Sehnen, Sehnen von innenseitig gelegenen Kniebeugern, in Frage. Aber auch der Ersatz z.B. mittels der Quadricepssehne stellt eine Möglichkeit dar. Diese Sehnen werden durch entsprechende Bohrkanäle in den Knochen eingebracht und fest mit Schrauben aus einem speziellen resorbierbaren Material sowie einem System ähnlich einem Flaschenzug im Knochen fixiert.

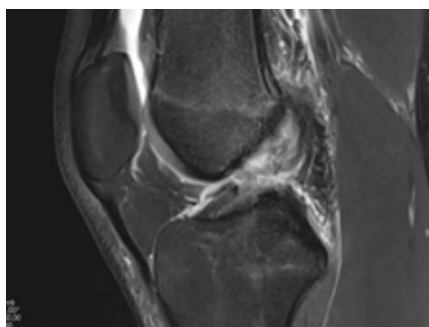
Nach der Operation ist eine intensive Nachbehandlung mit Krankengymnastik und weiteren rehabilitativen Maßnahmen Voraussetzungen für eine gute Beweglichkeit und Stabilität des Gelenkes.

Ein Einstieg in die erneute sportliche Betätigung sollte eng mit dem Operateur oder der Operateurin und der Krankengymnastik abgestimmt werden.

Klinische Untersuchung des Kniegelenkes



Kreuzbandriß im MRT (Kernspintomographie)



Arthroskopisches Bild eines Kreuzbandersatzes.



# Wenn man endlich laufen und kein Schuh passt.



Die Familie stellte ihren kleinen Jungen im Alter von knapp einem Jahr in unserer Kindersprechstunde erstmalig vor. Der Vater schilderte eine einseitige, isolierte Fußfehlbildung seit Geburt. Er war besorgt, da für den Jungen, der nun gerade anfangen zu laufen, keine passenden Schuhe zu finden waren. Nach dem Entkleiden war das Problem offensichtlich.

Ein Spaltfuß.



# ufen kann



Spaltfüße zeichnen sich durch vielfältige Formstörungen aus. Sie reichen von leichten Fehlbildungen mit einer etwas vertieften Zehenkommissur bis hin zum Fehlen von Zehen sowie Doppelanlagen der Mittelfußknochen.

Viele Spreizfüße sind auch ohne operative Korrektur sehr leistungsfähig. Auch in unserem Fall hat der Junge zeitgerecht das Laufen erlernt. Es besteht eine Indikation zum chirurgischen Eingriff nur dann, wenn es sich um stärkere Fußdeformierungen oder störende Fehlstellungen randständiger Zehen handelt. Manche hummerscherenartige Füße sind so breit, dass sie, wie in unserem Fall, in keine normalen Schuhe passen. Ein spaltschließender Eingriff ist dann nötig.

Ein normal angelegter 3. Mittelfußknochen ohne dazugehörige Zehe sowie eine Doppelanlage des 4. Mittelfußknochens machten eine Schuhversorgung nahezu unmöglich (Abb. 1 & 2). Die häutige Verbindung der 4. und 5. Zehen stellte funktionell und kosmetisch kein Problem dar.

Nachdem in der Operation der 3. Mittelfußknochen entfernt, der 4. Mittelfußknochen tailliert und eine knorpelig fehlangelegte Grundphalanx einer Zehe reseziert wurde, konnte der Fuß deutlich verschmälert werden (Abb. 3).

Nach der Operation legten wir einen Unterschenkelgips für 4 Wochen an.

Knapp 2 Monate später zeigte sich in der Verlaufskontrolle ein deutlich schmalere Fuß mit einem kosmetisch guten Ergebnis (Abb. 4). Eine Konfektionsschuhversorgung ist nun möglich. Eine einfache Einlegesohle ermöglicht das Tragen einer identischen Schuhgröße an beiden Füßen.

Nun kann der Junge in allen Schuhen sicher laufen lernen.



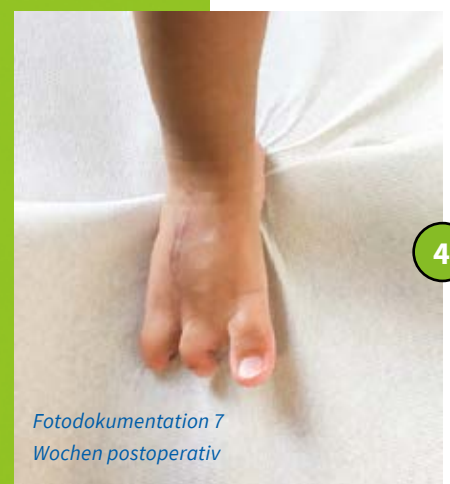
1



2



3



4

*Abb. 1: Am linken Oberschenkelknochen findet sich eine Auftreibung und Schwächung des Knochens durch eine Absiedelung des Brusttumors.*

*Abb. 2-3: Die obere Hälfte des Oberschenkelknochens wurde durch die intraoperativ individuell angepasste Tumorprothese ersetzt. Diese ist durch den Stiel stabil im verbliebenen Knochen verankert. Zusätzlich wurde am Becken eine zementierte Hüftpfanne eingesetzt.*



# Tumor- prothesen- implantation bei Spezialfällen

Frau K. B. wurde uns durch ihren Hausarzt aufgrund einer unklaren Raumforderung im linken Oberschenkelknochen notfallmäßig ambulant vorgestellt. Im Gespräch gab Frau B. an, dass seit rund einem Jahr zunehmende Schmerzen im Bereich der linken Hüfte und am Oberschenkel bestehen würden. Des Weiteren berichtete Frau B., dass sie vor rund 2 Jahren eine Verhärtung im Bereich der linken Brust bemerkt habe, welche im Verlauf zunehmend größer geworden sei. Im Rahmen der klinischen Untersuchung kam der hochgradige Verdacht

für das Vorliegen eines Brusttumors auf. Das Röntgenbild der linken Hüfte und des Oberschenkels (Abbildung 1) zeigte im Oberschenkelknochen eine große Raumforderung, welche bereits auch den Knochen deutlich geschwächt hatte, so dass hier die Gefahr eines spontanen Knochenbruchs bestand.

Es erfolgte daraufhin unmittelbar die Kontaktaufnahme mit den ärztlichen Kolleg\*innen der Frauenklinik, welche Frau B. aufnahmen. Da in der Frauenklinik ein zertifiziertes Brustzentrum integriert ist,

konnte dort zeitnah eine vollständige und umfassende weitere Abklärung erfolgen. Diese umfasste u.a. eine ausgedehnte Bildgebung des gesamten Körpers sowie auch eine Probenentnahme aus der linken Brust. Hierbei bestätigte sich das Vorhandensein eines Brusttumors, welcher sich auch bereits in die Lunge und den linken Oberschenkelknochen abgesiedelt hatte.

Durch die Kolleg\*innen der Frauenklinik erfolgte daraufhin zunächst die Operation der Brust. Knapp 1 Woche später



wurde Frau B. dann durch unsere Klinik am linken Oberschenkel operiert. In einer rund zweistündigen Operation konnte der befallene und bruchgefährdete Anteil des Oberschenkelknochens vollständig entfernt und durch eine individuell zusammengesetzte und angepasste Tumorprothese (Abbildung 2 und 3) ersetzt werden. Diese wurde mittels eines längeren Stiels mit Knochenzement im verbliebenen Oberschenkelknochen verankert, so dass unmittelbar nach der Operation sofort eine vollständige Belastung des linken Beines möglich war.

Der Fall von Frau B. wurde vor und nach diesen beiden Operationen im Rahmen unserer interdisziplinären Tumorkonferenz unter Einbeziehung sämtlicher beteiligter Kliniken besprochen und gemeinsam das weitere Vorgehen festgelegt. Im Anschluss an die Operationen erfolgte zunächst eine Chemotherapie sowie danach, durch die Klinik für Strahlentherapie, eine ambulante Bestrahlung der Brust sowie auch der linken Hüftregion. Sowohl die Chemotherapie als auch die Bestrahlung wurden von Fr. B. problemlos vertragen, so dass die Behandlung rund

5 Monate nach der erstmaligen Vorstellung in unserer Ambulanz abgeschlossen werden konnte.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Frau B. durch die personelle und strukturelle Ausstattung in unserem Klinikum der Maximalversorgung, in enger Zusammenarbeit und Kooperation der beteiligten Fachkliniken, vollumfänglich und optimal behandelt werden konnte.

## Sturz beim Schlittschuhlaufen

# Kondyle am Knie abgebrochen

Die damals 15-jährige Emily stürzte beim Schlittschuhlaufen auf ihr Knie und hatte danach deutliche Schmerzen im rechten Kniegelenk. Die Schwellung und auch die Schmerzen waren langsam rückläufig und sie kam im Alltäglichen wieder einigermaßen zurecht.



1

Abb.1: Röntgen rechtes Knie a.p. mit knöchernem Fragment am lat Femurkondylus



2



3

Abb. 2+3: CT rechtes Knie mit knöchernem Fragment



4



5

Abb. 4+5: MRT rechtes Knie: Knorpel und Knochen im Fragment vital

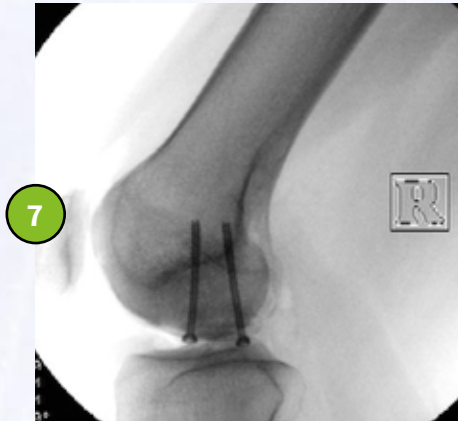
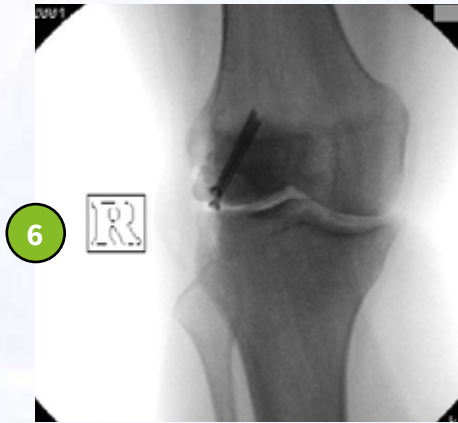


Abb. 6+7: intraoperative Röntgen-Durchleuchtung



Abb. 8+9: Röntgen-Kontrolle 3 Monate post-OP: perfekte Einheilung des Knochenstücks

Erst zwei Jahre später stellt Emily sich mit einem deutlich tastbaren Gelenkknacken in unserer kinderorthopädischen Sprechstunde vor. Die nun 17-jährige Patientin konnte sich nicht mehr genau an den Unfall erinnern, sie leidet auch an einem frühkindlichen Hirnschaden.

Bei der Untersuchung zeigte sich eine freie Kniegelenksbeweglichkeit mit einer deutlich tastbaren Krepitation am äußeren Gelenkspalt. Hier war ein deutliches Reiben und Knacken im Gelenk tast- und hörbar.

Die Röntgen-Diagnostik zeigte ein großes knöchernes Fragment, das sich aus der äußeren Kondyle des Kniegelenkes abgelöst hatte (Abb. 1–3).

Im MRT zeigte sich erfreulicherweise, dass der Knochen noch vital erschien und auch die Knorpelschicht darüber noch gut aussah (Abb. 4+5).

Da es sich um ein großes Knorpel-Knochen-Stück aus der Belastungszone des Kniegelenkes gehandelt hat, haben wir eine operative Rekonstruktion empfohlen.

Bei der Operation zeigte sich, dass das große Knochenstück eine gute Verbindung mit der Gelenkschleimhaut hatte, wodurch die Durchblutung des abgebrochenen Knochenstücks über die lange Zeit erhalten geblieben ist. Die Knochenflächen wurden angefrischt und angebohrt, dann konnte das Knorpel-Knochenstück wie ein Puzzle-Teil wieder in seine ehema-

lige Position gebracht werden. Dort wurde es mit zwei Schrauben fixiert, welche unter das Knorpelniveau versenkt wurden. Es war die stufenfreie Rekonstruktion des Gelenkes gelungen (Abb. 6+7).

Die Röntgen-Verlaufskontrollen ein und drei Monate nach der OP haben das sehr gute Einheilen des Knorpel-Knochen-Stücks gezeigt. Erfreulicherweise ist es nicht zu einer Nekrose des Knochens gekommen, trotz des langen Zeitraums zwischen Unfall und OP (Abb. 8+9).

Emily hat nun wieder ein voll belastbares Kniegelenk ohne Schmerzen und Knacken. Im nächsten Winter kann sie wieder Schlittschuhlaufen.

# Ellenbogen- instabilität

Trizeps

Bizeps

Oberarmknochen (Humerus)

Speiche (Radius)

Seitenband

Elle (Ulna)

Wenn sogar das Anheben einer Kaffeetasse plötzlich schmerzt, sind oftmals schwache Bänder schuld. Dadurch ist die Funktion des Ellenbogens oder Armes im Alltag stark eingeschränkt und die Instabilität führt häufig zu einer schmerzhaften, kraftlosen Unfähigkeit, tragende oder stützende Bewegungen auszuführen. Diese Verletzungen oder Erkrankungen sind meist komplexer Natur aufgrund der anatomischen Nähe zu Nerven und Gefäßen. Daher erfordert eine erfolgreiche Behandlung eine\**n* spezialisierte\**n* Operateur\**in*.

## Anatomie

Am Ellenbogen treffen drei Knochen aufeinander: Oberarmknochen (Humerus), Elle (Ulna) und Speiche (Radius). So werden neben dem Beugen und Strecken des Armes auch wichtige Drehbewegungen der Hand ermöglicht. Unbehandelt kann eine Instabilität zur Versteifung oder frühzeitigem Verschleiß (Arthrose) führen.

## Mediale Instabilität – Werferellenbogen

Der sogenannte Werferellenbogen kommt häufig bei Sportlern vor (insbesondere bei Handball, Baseball etc.). Diese Erkrankung entwickelt sich durch chronische Überlastung des medialen Bandkomplexes (Innenband) oder auch nach Unfällen mit verletztem Innenband.

Typische Symptome sind Schmerzen auf der Ellenbogen-Innenseite und am Ansatz der Unterarmbeugemuskulatur. Die Anzeichen werden oft als Golferellenbogen falsch diagnostiziert und daher nicht selten erfolglos behandelt.

Anhand spezifischer Untersuchungen sowie MRT kann die Instabilität festgestellt werden. So können auch etwaige Begleitschäden (z.B. Knorpelschaden, freie Gelenkkörperbildung) erfasst und ggf. mitbehandelt werden.

## Konservative Therapie

Konservative Behandlungen wie Krankengymnastik, Physiotherapie, Ruhstellung, Injektion etc. bringen meist nur kurzfristige Erfolge. Auch die Behandlung mit Bandagen oder gezieltes Training der

Beugemuskulatur führen selten zu einer dauerhaften Linderung.

## Operative Therapie

Falls keine Verschleißschäden bestehen, ist eine Ersatzplastik des Innenbandes mit einem Sehnentransplantat erforderlich. Stehen jedoch die degenerativen Veränderungen des Gelenkes im Vordergrund, sollte zunächst eine Arthroskopie erfolgen, um z.B. freie Gelenkkörper oder Knorpelschäden zu behandeln. Bei der Ersatzplastik wird meist die Gracilissehne des Kniegelenks als Transplantat verwendet. Auch andere Sehnen des Körpers kommen infrage. Die Ersatzsehne wird an der Elle (Ulna) durch zwei Bohrlöcher gezogen und am Oberarmknochen fixiert. Der Ersatz funktioniert anschließend genau wie das ursprüngliche Innenband.

Nach der OP ist eine Ellenbogenorthese (sechs Wochen) und eine Schonung von etwa zwölf Wochen erforderlich. Eine anschließende Physiotherapie wird dringend empfohlen.

**Posterolaterale Rotationsinstabilität (laterale Instabilität)**

Eine posterolaterale Rotationsinstabilität (PLRI) entwickelt sich bei chronischer Überlastung des Außenbandapparates oder bei chronischen Tennisellenbogen. Diese Erkrankung kommt auch nach einem Unfall oder OPs vor. Schmerzen werden bei bestimmten Belastungen (z.B. Auswringen



eines Tuches) verstärkt. Die Symptome ähneln oft denen, die bei einem Tennisellenbogen auftreten. Neben spezifischen Tests sollte ein MRT erfolgen, um etwaige Begleitschäden zu erkennen. Meist kann eine Diagnose nur mit Ellenbogengelenkspiegelung (Arthroskopie) erfolgen.

**Konservative Therapie**

Die Beschwerden eines Tennisellenbogens können mit Krankengymnastik und Physiotherapie behandelt werden; leider bringt diese Methode genau wie Bandagen nur eine kurzfristige Linderung und reicht daher selten aus.

**Operative Therapie**

Mithilfe einer Ellenbogenspiegelung (ASK) kann man das genaue Ausmaß der Instabili-



*Aufspannen des Gelenkspalts mit einem Stab bei posterolateraler Rotationsinstabilität*

tät erfassen und andere Schäden ausschließen. So lassen sich auch geringste Instabilitäten genau erkennen. Im zweiten Schritt wird ein Sehnenstreifen der Trizepssehne als Transplantat verpflanzt. Der Streifen wird mit einem kleinen Titanknopf (Button) an der Elle (Ulna) und mit einer Schraube am Oberarmknochen befestigt, genau im Verlauf des ursprünglichen Außenbandes. Nach der OP muss sechs Wochen lang eine Schiene getragen und der Ellenbogen für etwa zwölf Wochen geschont werden. Bewegen dürfen und müssen die Patient\*innen den Arm unter begleitender Physiotherapie, um Versteifungen zu vermeiden. Bis zur vollständigen Genesung dauert es etwa sechs bis neun Monate.

**Akute Ellenbogeninstabilitäten: Traumatische Seitenbandruptur**

Nach einem Sturz können das äußere (laterale), innere (mediale) oder beide Seitenbänder verletzt werden. Auch können diese Bänder durch massive Krafteinwirkung oder Luxation (Auskugeln) abreißen. Letzteres muss binnen weniger Stunden im Krankenhaus unter Kurznarkose eingerechnet werden. Oft reißen nicht nur die stabilisierenden Bänder/Kapsel und Sehnen, sondern auch zusätzliche Frakturen treten auf (Luxationsfrakturen). Häufig bestehen neben einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung eine starke Schwellung mit Bluterguss. Bei der Untersuchung wird der Ellenbogen geröntgt, um weitere Verletzungen auszuschließen. Häufig wird auch ein MRT



durchgeführt. Ein CT würde bei knöchernen Verletzungen seinen Einsatz finden.

**Konservative Therapie**

Das Gelenk wird mittels einer Gipsschiene kurzfristig (max. eine Woche) ruhiggestellt. Sobald das Gelenk wieder gut beweglich und der Schmerz rückläufig ist, sollte eine Bewegungsorthese und eine Krankengymnastik ggf. mit Lymphdrainage erfolgen. Die Patient\*innen sollten täglich bestimmte Übungen ausführen, um eine Versteifung zu verhindern. Wichtig ist eine engmaschige Kontrolle, um eventuelle Probleme rechtzeitig zu erkennen.

**Operative Therapie**

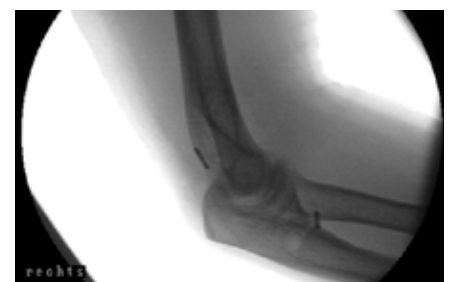
Bei hoher Instabilität oder hohen Ansprüchen an die körperliche Belastbarkeit erfolgt eine operative Rekonstruktion. I.d.R passiert dies innerhalb von etwa 14 Tagen. In manchen Fällen ist es notwendig, vor der OP das Gelenk zu spiegeln (ASK). Über ein offenes OP-Verfahren wird die betroffene Bandstruktur auf der Innen- und/oder Außenseite genäht. Meist sind die Unterarmstrecker und -beuger zusätzlich verletzt und müssen ebenfalls genäht werden. Ein Fadenanker wird in den Knochen eingebracht, um die Bänder stabil zu refixieren. Anschließend ist über sechs Wochen eine Schiene notwendig. In dieser Zeit muss das Gelenk durch Patient\*innen und Physiotherapeut\*innen bewegt werden, um ein Versteifen zu verhindern. Engmaschige Kontrollen sind wichtig, um mögliche Probleme früh zu erkennen.



*Fixierung des Sehnentransplantats über eine Buttontechnik*



*Postoperative Röntgenaufnahme eines Ellenbogens nach LUCL-Bandplastik mit Doppelendbuttontechnik*



*Im Kondylus wurden Mini-Titananker zur Fixierung des Sehnentransplantats eingebracht.*

Erfahrungsberichte sind wichtig. Wer könnte besser erklären und beschreiben, wie der Aufenthalt in der Klinik war, ob das Essen geschmeckt hat, die behandelnden Ärzt\*innen, Pflegekräfte und Physiotherapeut\*innen kompetent, menschlich und freundlich waren und sich der erhoffte medizinische Erfolg eingestellt hat. Wir lassen einige von ihnen zu Wort kommen und hoffen, dass diese O-Töne einen Einblick in die Klinik geben.

# Patientenstimmen

★★★★★

Ich habe im Januar 2020 ein neues Hüftgelenk bekommen und bin mit der Operation, sowie der anschließenden Versorgung auf Station absolut zufrieden gewesen. Der Chefarzt, der mich operiert hat, war außerordentlich kompetent und die Operation ist hervorragend verlaufen.

Auf Station war das Pflegepersonal stets sehr freundlich und hilfsbereit. Ich kann dieses Klinikum aus vollstem Herzen weiterempfehlen.

★★★★★

Ich habe mich einer Mallux-Valgusoperation unterziehen müssen. Dr. Arabab ist ein sehr kompetenter, stets freundlicher, gut erklärender und sehr vertrauenswürdiger Arzt. Ich habe mich von Anfang an sehr gut beraten gefühlt. Die Operation ist wie geplant durchgeführt worden. Angefangen bei den Mitarbeitern des Bundesfreiwilligendienstes, über die Schwestern und Pfleger, das Verwaltungspersonal und die Ärzte: ich habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt und kann das Klinikum wärmstens empfehlen.

★★★★★

Bei mir wurde die 3-fache Beckenosteotomie durchgeführt. Tolle Beratung, die OP ist super verlaufen. Man hat sich sehr gut während des Aufenthalts um mich gekümmert! Ich kann die Klinik uneingeschränkt weiterempfehlen!

★★★★★

Im Februar 2020 wurde erfolgreich durch den Chefarzt und seinem Ärzteteam bei mir eine TEP-Wechsel-OP am li. Knie durchgeführt. Eine exzellente ärztl. Betreuung und sehr gute Versorgung durch die Pflegemitarbeiter auf der Stat. B23 erfolgte während meiner stat. Behandlung; ebenso war die Physiotherapeutin sehr kompetent und auch ein hervorragendes Schmerzmanagement nach OP. Die Verpflegung war gut und ausreichend. Ich kann die Orthopädie nach meinen sehr guten Erfahrungen nur weiter empfehlen!

★ = Bewertungen auf [klinikbewertungen.de](http://klinikbewertungen.de)



ICH WAR ASI-PATIENTIN IN KLINIKUM IDO.  
26.02.-05.03.2020. / SCHON BEI ANMELDUNGEN AUF  
VERSCHIEDENEN STELLEN FIEL MIR AUF, WIE  
FREUNDLICH U. GELASSEN DIE ANGESTELLTEN  
MICH AUF BEGEGNETEN.

DIESE GLEICHE STIMMUNG BREITETE SICH WEI-  
TER AUF DER STATION, BEI ANESTESIE VOR  
DE OP. / NACH DER OP. KAM PROF. LÜRING

ZUR MORGENLICHEN VISITE LÄCHELND.  
"GUTEN MORGEN" WÜNSCHEND, DER TAG  
WING GUT AN. / SO GING ES WEITER,  
SO OFT, WIE DIE ZIMMERTÜR GEÖFFNET  
WURDE, ALLE SCHWESTERN, PFLEGER, TERA-  
PEUTEN, REINEMACHE-FRAUEN, ALLE BESASSEN  
DIESE LEGERE STIMMUNG, HERR PROF. HAT EIN  
GUTES TEM UM SICH.

HER  
ICH WÜNSCHTE BEI ALLEN, DENEN ICH BE-  
GEGNET HABE, MEINE GROSSE DANKBARKEIT  
AUSSPRECHEN. DEM PROF. LÜRING GILT  
MEIN BESONDERER DANK FÜR DIE GELUNGE-  
NE OP. / ICH WERDE EINEN GROSSEN LOB  
AUF DIESES KLINIKUM, AUF SEINE LEITUNG,  
AUF SEIN PERSONAL ÜBERALL AUSSPRECHEN.  
ALLES GUTE, SCHÖNEN FRÜHLING!

# AUS BLICK 2021

Was kommt in 2021 auf uns zu? Sicher ist Folgendes: die Orthopädische Klinik feiert 100-jähriges Bestehen im Klinikum Dortmund. Hierzu wird es sicherlich eine Veranstaltung geben. Wir planen bereits gemeinsam mit der Bundesfachschule für Orthopädietechnik das Nachholen des ausgefallenen Symposiums. Es wird dann das 11. sein. Thema ist „Der Fuß: Diagnostik und Versorgungskonzepte“. Da wir nun einmal auf den Füßen und nicht auf den Händen laufen, kann der Fuß von verschiedenen Problemen betroffen sein. Die Organisation läuft auf Hochtouren und wir können schon jetzt sagen, dass wir viele hochrangige Referent\*innen gewinnen konnten.

Die Sonografie Kurse der Säuglingshüfte werden aufgrund des sehr guten Erfolges nun sogar 3x im Jahr angeboten. Wir erfahren erheblichen Zuspruch, die Kurse sind schnell ausgebucht. Das liegt sicher daran, dass nicht mehr an allen Kliniken Geburten durchgeführt werden können und viele angehende Ärzt\*innen diese Fertigkeit in ihrer eigenen Klinik nicht mehr lernen können. Da in unserer Frauenklinik weit über 2000 Kinder auf die Welt gebracht werden, haben wir gemein-

sam mit den Kolleg\*innen der Gynäkologie die schöne Aufgabe, direkt nach der Geburt zu prüfen, ob an den Hüftgelenken der Neugeborenen alles in Ordnung ist. Diese Erfahrung geben wir dann in den Kursen gerne weiter. Zur verbesserten Didaktik haben wir eine Sonografiepuppe angeschafft, wo man in Ruhe am Modell die Sonografie erlernen kann.

Das Dortmunder Gelenksymposium 2020 konnten wir trotz Pandemie mit reduzierter Teilnehmerzahl durchführen. In 2021 wird es eine Neuerung und Weiterentwicklung geben. Der positive Zuspruch hat uns bewogen, das Symposium im kommenden Jahr gemeinsam mit Prof. Dr. C. Schnurr, Chefarzt am Vinzenzkrankenhaus in Düsseldorf, durchzuführen. Wir wollen damit noch mehr Interessierte erreichen. Daher ändert sich der Name: das 4. Gelenksymposium heißt dann „4. Dortmund-Düsseldorfer Gelenksymposium“. Wir wünschen uns einen ebenso hohen Zuspruch wie in den letzten Jahren und widmen uns diesmal dem Thema: „Gelenkerhalt, Implantatallergie, Innovationen und Traumahüfte“. Der Termin steht auch schon fest: Es ist der 10. September 2021.

Wir hoffen, dass wir in 2021 wieder unser jährliches Nikolaussymposium für Physiotherapeuten durchführen können. Wir werden die Irrungen und Wirrungen der Pandemie abwarten und dann einen Termin festlegen.

Gespannt dürfen alle sein, was wir uns im kommenden Jahr an Social Media Events einfallen lassen. In 2020 haben wir viele Menschen mit unterschiedlichen Themen erreicht. So haben wir die erste Online Vorlesung der Patientenhochschule bei Zoom zum Themen Gelenkersatz durchgeführt. Mal schauen, was in 2021 kommt. Lassen Sie sich überraschen!

Klinikzentrum Mitte  
Beurhausstr. 40  
44137 Dortmund

Telefon: +49 (0) 231 953 0

#### Bus- /Straßenbahnverbindung

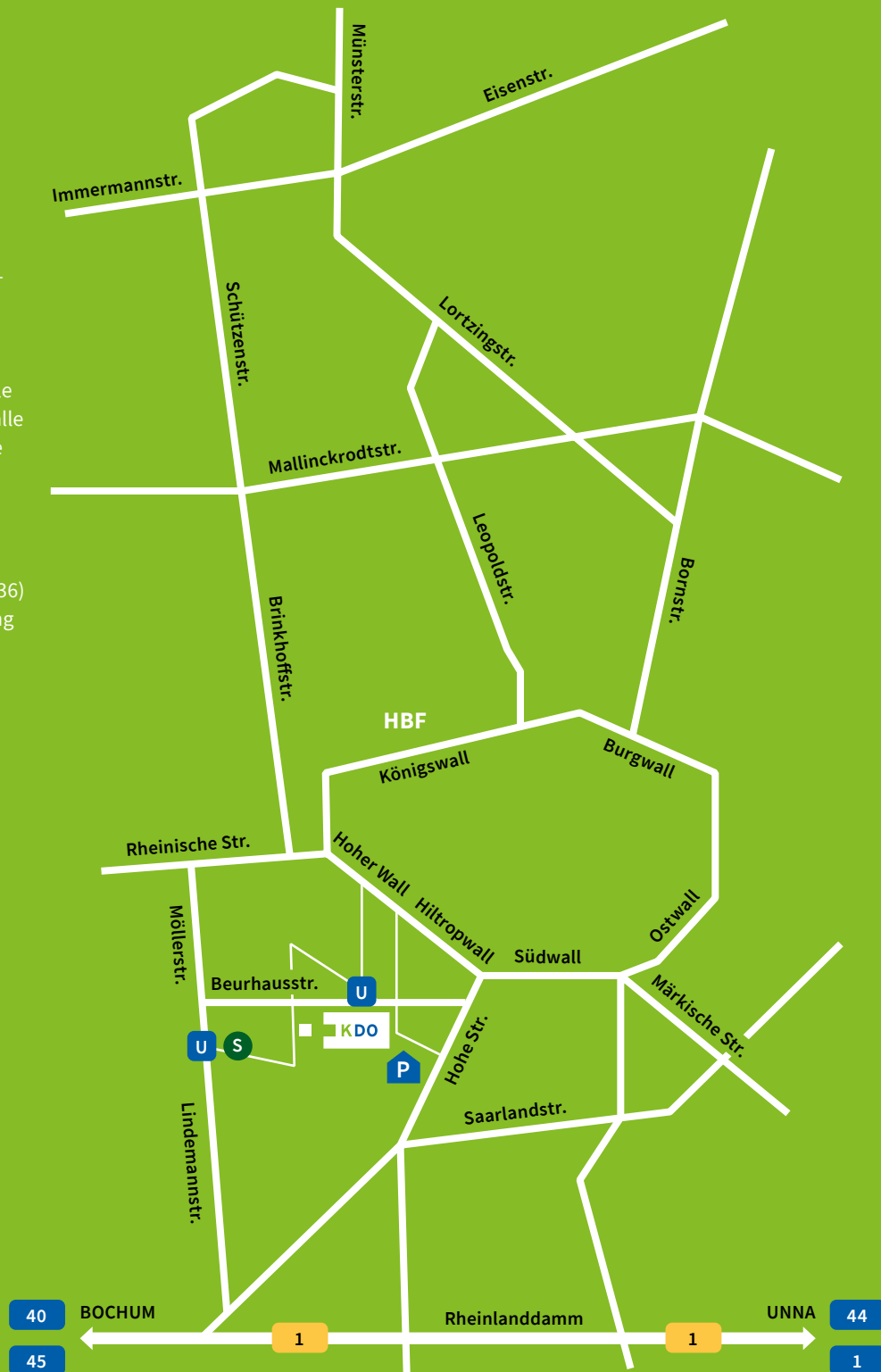
Ab Hauptbahnhof Dortmund, Straßenbahn / U-Bahn – alle Linien Richtung Stadtmitte bis Stadtgarten, ab Stadtgarten in die U42 Richtung Hombruch – verkehren tagsüber an Werktagen alle 10 Minuten, an Sonn- und Feiertagen alle 15 Minuten – bis Haltestelle Städtische Kliniken. S-Bahnlinie 4 bis Haltestelle Möllerbrücke.

#### Straßenanbindung

Über alle Zufahrtsstraßen (B1/B54/B236) und Autobahnen (A45/A2/A44) Richtung Innenstadt Dortmund. Im Innenstadtbereich ist das Klinikum mit der alten Bezeichnung „Städtische Kliniken“ ausgeschildert.

#### Parkhaus am Klinikum Mitte:

Hohe Straße 31  
44137 Dortmund



## KONTAKT

### Privatsprechstunde

Frau Wagener  
Tel.: +49 (0) 231 953 21850  
Fax: +49 (0) 231 953 21019

### Orthopädische Ambulanz

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

### Sportambulanz

Tel.: +49 (0) 231 953 21851

### Terminvergabe OP

Frau Pospiech · Frau Gröhl · Frau Pyka  
Tel.: +49 (0) 231 953 20054

### Patientenmanagement

Tel.: +49 (0) 231 953 20054

[www.orthdo.de](http://www.orthdo.de)

## IMPRESSUM

### Herausgeber

Orthopädische Klinik · Klinikum Dortmund  
Klinikdirektor: Prof. Dr. Christian Lüring

**Fotos:** Klinikum Dortmund | iStock: S. 7/8,  
25/26, 27, 31, 32, 36/37, 40/41 |  
Frau Ahlswede: S. 14

**Auflage:** 2.500

**Stand:** 02.2021

**„Im Jahr 2021 feiert die  
Orthopädische Klinik  
im Klinikum Dortmund  
100-jähriges Bestehen.  
Eine gewaltige ortho-  
pädische Erfahrung und  
Tradition, die sich hier im  
Klinikum Dortmund aufge-  
baut hat und deutschland-  
weit ihresgleichen sucht:  
Tradition und Moderne  
verbinden!“**

**PATIENTENMANAGEMENT**

+49 (0) 231 953 20054

orthopaedie@klinikumdo.de

## SPENDENKONTO

**SPARKASSE DORTMUND**

IBAN: DE28 4405 0199 0001 0495 50

BIC: DORTDE33XXX

**Orthopädische Klinik  
Klinikum Dortmund gGmbH**

Beurhausstr. 40  
44137 Dortmund

[www.orthdo.de](http://www.orthdo.de)

