

---

**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische  
Chirurgie  
und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO)**

---

**AWMF-Leitlinien-Register****Nr. 033/023****Entwicklungsstufe:****1****nicht aktualisiert****Zitierbare Quelle:**

Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopäd. Chirurgie + BV d. Ärzte f. Orthopädie (Hrsg.) Leitlinien der Orthopädie, Dt. Ärzte-Verlag, 2. Auflage, Köln 2002

---

## **Frische Außenbandruptur oberes Sprunggelenk (OSG)**

**Synonyme:**

Fibulare Kapselbandruptur, anterolaterale OSG-Instabilität

**Schlüsselwörter:**

Oberes Sprunggelenk, OSG, Außenbandruptur, Instabilität, Trauma, Bandnaht

**Definition**

Eine Außenbandruptur am oberen Sprunggelenk (OSG) ist die partielle oder komplette Ruptur des fibularen Kapselbandapparates ggf. mit konsekutiver anterolateraler Instabilität des oberen Sprunggelenkes.

**Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie**

Ursache der Außenbandruptur des OSG ist die forcierte, über das physiologische Bewegungsausmaß hinausgehende Supination und Inversion des Fußes.

Hierbei kommt es zu einer partiellen oder kompletten Ruptur zunächst des Ligamentum fibulotalare anterius und/oder des Ligamentum fibulocalcaneare sowie seltener des Ligamentum fibulotalare posterius.

Begleitverletzungen können sein z.B. Ruptur der Sprunggelenkkapsel, osteochondrale Frakturen, Ruptur der Syndesmose.

**Klassifikation**

Klassifikation der Instabilität: Vergleich zur Gegenseite erforderlich.

- Grad I: klinisch keine Instabilität, röntgenologisch seitengleich normale Stabilität
- Grad II: klinisch und röntgenologisch vermehrte Instabilität, vermehrter Talusvorschub, vermehrte Taluskippung
- Grad III: Gelenk klinisch und röntgenologisch instabil. Taluskippung mehr als 15° (radiologisch)

## **Medizinische Schlüsselsysteme**

### **ICD-10**

S93 Luxation, Verstauchung und Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes

S93.0 Luxation des oberen Sprunggelenkes

S93.2 Ruptur von Bändern in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes

S93.4 Verstauchung und Zerrung des oberen Sprunggelenkes

## **Anamnese**

### **Spezielle Anamnese**

- Verletzungsmechanismus
- Schmerz
- Funktionseinschränkung: Bewegungseinschränkung, Instabilität, Reduzierung der Sportfähigkeit
- Schwellung, Schwellneigung

### **Spezielle Gelenkanamnese**

- Allgemeine Bindegewebsschwäche
- Frühere Verletzung der Außenbänder des gleichen Fußes und Behandlungsart (konservativ/operativ)
- Berufliche, sportliche Exposition der unteren Gliedmaßen

### **Allgemeine Anamnese**

### **Sozialanamnese**

## **Diagnostik**

### **Klinische Diagnostik**

Die übliche Untersuchung des Fußes ist obligat, folgende Untersuchungen und Tests sind speziell empfehlenswert:

### **Inspektion**

- Beurteilung der Schwellung, Hämatom am OSG/Fußaußenrand
- Beurteilung des Gangbildes

### **Palpation**

- Bandverlauf, Gelenkkapsel
- Syndesmose
- Peronealsehnenloge

### **Spezifische Funktions- und Schmerztests**

- Stabilitätsprüfung: Schubladentest, laterale Aufklappbarkeit

### **Apparative Diagnostik**

#### **Notwendige apparative Untersuchungen**

- Röntgen OSG a.p. und seitlich

Beurteilungskriterien: Frakturen, Ausschluss von knöchernen Bandausrissen, Arthrosezeichen

#### **Im Einzelfall nützliche apparative Untersuchungen**

- Gehaltene Röntgenaufnahmen a.p. und seitlich, ggf. im Seitenvergleich, ggf. in Lokalanästhesie
- Beurteilungskriterien: Talusvorschub, Taluskippwinkel, Seitenvergleich
- Dynamische Ultraschallprüfung der OSG-Stabilität
- Arthrographie (Syndesmose)
- MRT bzw. CT nur in Ausnahmefällen zum Nachweis von Begleitverletzungen

## **Häufige Differentialdiagnosen**

- Bandzerrung
- Fraktur
- Chronische Bandinstabilität
- Traumatische Peronealsehnen(sub)-luxation
- Isolierte Syndesmosenruptur

## **Klinische Scores**

Wenn ein wissenschaftlicher Vergleich mittels Scores oder Bewertungsschemata angestrebt wird, empfehlen wir die Verwendung folgender Schemata in der Originalfassung:

- IOWA-Rating-System nach Merchant 1989
- Score nach Zwipp et al. 1989

## **Therapie**

## **Ziel**

Ausheilung der fibularen Kapselbandruptur ohne Stabilitätsverlust.

## **Behandlungsprinzipien**

Frühfunktionelle konservative Therapie bzw. Bandnaht.

## **Konservative Therapie**

Die frühfunktionelle konservative Therapie steht eindeutig im Vordergrund.

## **Beratung**

Aufklärung über die Erkrankung, deren natürlichen Verlauf und dessen Beeinflussbarkeit durch konservative bzw. operative Therapie. Die Beratung ist individuell zu gestalten und umfasst u.a.: Verhalten im Alltag, körperliche Belastung in Beruf und Sport.

## **Maßnahmen zur Abschwellung**

### **Frühfunktionelle Therapie**

Unter Gelenkschutz (z.B. Stützverband, Bandage, Orthese), ggf. kurzzeitige Ruhigstellung bis zur Abschwellung z.B. mittels Gipsschiene, individueller Belastungsaufbau.

### **Medikamentöse Therapie**

Symptomatische Therapie bei Schmerzen mit/ohne Schwellung:

- Schmerzreduzierende und abschwellende lokale oder systemische Medikation (Antiphlogistika, peripher wirksame Analgetika)
- Thromboseprophylaxe in Abhängigkeit vom Mobilisationsgrad

### **Physikalische Therapie**

- Kryotherapie
- Physiotherapie, Koordinationsschulung, Muskelkräftigung, Eigenreflexschulung

### **Orthopädietechnik**

- Gehstützen
- Funktionelle Schienen, Bandagen, Orthesen
- Stabilschuh
- Schuhzurichtung

## **Operative Therapie**

Die operative Therapie dient der Wiedervereinigung rupturierter fibularer Bänder durch Naht. Sie liefert eine der frühfunktionell konservativen Behandlung vergleichbare Kapselbandstabilität.

## **Allgemeine Indikationskriterien**

- Schweregrad der Verletzung und Begleitverletzung(en)
- Voroperation am betroffenen fibularen Kapselbandapparat
- Verletzungszeitpunkt
- Alter
- Kooperation

### **Häufige Operationsverfahren**

Prinzipiell kommen folgende Verfahren in Frage:

- Fibulare Kapselbandnaht
- Primäre Bandersatzoperation

### **Mögliche Folgen und Komplikationen**

- Allgemeine Risiken und Komplikationen: Hämatom, Wundheilungsstörung, Wundinfekt, tiefe Beinvenenthrombose, Embolie, Gefäßverletzung, Nervenverletzung
- Spezielle Folgen: Bewegungseinschränkung im OSG und/oder USG, erneute Instabilität, Schmerzpersistenz, Arthrose

### **Postoperative Maßnahmen**

- Hochlagerung, Thromboseprophylaxe
- Individuelle postoperative Physiotherapie, frühzeitige Mobilisierung, individueller Belastungsaufbau
- Aufklärung über erlaubte Bewegungen und Belastbarkeit, Aufklärung über regelmäßige postoperative Kontrollen

## **Stufenschema Therapeutisches Vorgehen**

### **Orientierungskriterien**

Schweregrad der Verletzung, Instabilität, Begleitverletzung, Alter des Patienten (Operationsrisiko), OSG-Arthrose, sportliche Ambitionen

### **Stufe 1 ambulant**

Beratung, frühfunktionelle konservative Therapie

### **Stufe 2 ambulant/stationär**

Kapselbandnaht, fibulare Kapselbandplastik

## **Prognose**

Unbehandelt kann die Außenbandruptur am OSG zu einer chronischen Instabilität führen.

## **Prävention**

Koordinationsschulung, Kräftigung der sprunggelenk- und fußstabilisierenden Muskulatur.

---

## Literatur:

- Gould, JS: Operative Foot Surgery, W.B. Saunders, Philadelphia 1994
  - Mann, RA: Surgery of the Foot and Ankle, Mosby, St. Louis 1993
  - Merchant, TC: Long-term follow-up after fractures of the tibial and fibular shafts, J.Bone Jt. Surg. 71-A, 599 - 606, 1989
  - Sommer, HM, Pauschert R, Thomsen M: Functional treatment of recent ruptures of the fibular ligaments of the ankle from a medical and economic point of view. Sports exercise and injury 1, 76 - 82, 1995
  - Zwipp H, Hoffmann R, Wippermann B, Thermann H, Gottschalk F: Fibulare Bandruptur am oberen Sprunggelenk. Orthopäde 18, 336 - 341, 1989
- 

## Verfahren zur Konsensbildung:

**Expertengruppe** der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

### Autoren:

C.J. Wirth  
N. Wülker  
H. Rohde  
H. M. Sommer

## Erstellungsdatum:

25. Mai 1999

## Überarbeitung:

01. April 2002

## Überprüfung geplant:

---

Zurück zum [Index Leitlinien Orthopädie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

---

**Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

---

*Stand der letzten Aktualisierung: 01. April 2002*

*© Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie*

*Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)*

*HTML-Code optimiert: 09.07.2003 11:35:43*