

# Fehlerhafte Operation und Nachbehandlung bei Hallux valgus

*Operationen zur Behebung einer Fehlstellung der Großzehe zählen zu den häufigsten Fußeingriffen. Je nach Indikation werden unterschiedliche Operationsverfahren angewendet. Mit Blick auf das gewählte Verfahren gibt es – neben typischen Komplikationen – eine Reihe von Fehlermöglichkeiten, auch bei der Nachbehandlung. Besonderes Augenmerk ist daher nicht nur auf die Indikationsstellung und die Auswahl des Operationsverfahrens, sondern auch auf die Anforderungen an die Nachsorge zu legen.*

**von Ulrich Leyer, Daniel Frank, Margarete Gräfin von Schwerin und Tina Wiesener**

**B**ei einem Hallux valgus („Ballenzeh“) besteht eine Achsabweichung der Großzehe in Richtung des Fußaußenrands und – je nach Schwere der Fehlstellung – eine Aufspreizung des ersten und zweiten Mittelfußknochens mit Verlagerung des ersten Mittelfußknochens nach innen („Spreizfuß“).

Auch die Zugrichtung der Sehnen verändert sich und verstärkt die Verlagerung der Großzehe. Der Vorfuß wird breiter und der Ballen wölbt sich vor, so dass schmerzhaft Druckstellen, Entzündungen aber auch Gelenkknorpelschäden (Arthrose) entstehen können. Zusätzlich kann es zu einer schmerzhaften Fehlbelastung benachbarter Gelenke und der Mittelfußknochen (sogenannte „Metatarsalgie“) kommen, die, je nach Beschwerdebild und -ausprägung, einen operativen Eingriff mit dem Ziel, die Großzehe und das Gelenk wieder in eine normale Position zu bringen, nahelegen kann.

Die Wiederherstellung der normalen Fußform erfordert dabei in der Regel die Versetzung des Gelenkköpfchens des ersten Mittelfußknochens in Richtung Fußaußenrand. In Abhängigkeit von der Ausprägung der Fehlstellung und anderer Faktoren wird der Mittelfußknochen hierfür hinter dem Gelenkköpfchen, im Bereich des Schaftes oder an der Basis des ersten Mittelfußknochens durchtrennt (Mittelfußknochenosteotomie)

und anschließend in der gewünschten Stellung mit Draht oder Schrauben fixiert. Kombiniert werden die Mittelfuß-Umstellungen mit korrigierenden Eingriffen an den Weichteilen und an der Großzehe. Liegt zudem eine Abwinkelung des Endglieds zur Längsachse des Grundglieds der Großzehe nach außen vor (Hallux valgus interphalangeus) oder ist die Zentrierung der Streck- und Beugesehne nicht ausreichend, wird eine knöcherne Keilentnahme am Grundglied vorgenommen und eine Osteosynthese durchgeführt.

Die Gutachterkommission hatte sich im Fall einer Hallux-valgus-Operation vornehmlich mit der besonderen Bedeutung der intra- und postoperativen radiologischen Befunderhebung und dem besonderen Stellenwert der ärztlichen Nachsorge auseinanderzusetzen.

Den behandelnden Ärzten einer orthopädisch/unfallchirurgischen Klinik wird vonseiten der Patientin vorgeworfen, bei einer Operation zur Behebung eines ausgeprägten Hallux valgus links fehlerhaft vorgegangen zu sein und eine Schraube in falscher Position in das Großzehengrundgelenk eingesetzt zu haben, wodurch die Gelenkfläche beschädigt worden sei. Auch bei der Nachbehandlung in einer orthopädisch/unfallchirurgischen Gemeinschaftspraxis sei die Schraubenfehlage und damit die nicht korrekt durchgeführte Operation nicht erkannt worden. Es sei lediglich Physiotherapie verordnet worden. Die Patientin gibt an, dass sie bis heute unter starken Schmerzen und einer deutlichen Einschränkung ihrer Mobilität leide.

## Sachverhalt

Aufgrund von zunehmenden Schmerzen über dem Großzehengrundgelenk links stellte sich die Patientin in der später beschuldigten orthopädisch/unfallchirurgischen Praxis vor. Dabei wurde unter anderem dokumentiert, dass klinisch ein ausgeprägter Hallux valgus links bestehe. Am gleichen Tag wurden Röntgenbilder des linken Fußes in zwei Ebenen angefertigt und stützende Einlagen mit einer Fersenweichbettung verordnet. Gleichzeitig wurde die Patientin zur Klärung der Frage einer operativen Versorgung in eine geeignete Klinik überwiesen.

Drei Monate nach Erstkonsultation in der Praxis erfolgte die Vorstellung in der Klinik bei dem späteren Operateur, der bei radiologisch festgestelltem fortgeschrittenem Hallux valgus links und ausgeprägtem Beschwerdebild eine Operation zur Korrektur der Fußfehlstellung empfahl. Wiederum drei Monate später erfolgte die Aufklärung zur Operation unter Zuhilfenahme eines standardisierten Aufklärungsbogens und nach weiteren zehn Tagen die Vorfußkorrekturoperation im Rahmen eines zweitägigen stationären Aufenthalts.

Der Operationsbericht beschreibt den intraoperativen Befund und die durchgeführten Maßnahmen einschließlich der achsenkorrigierenden Chevron-Osteotomie und Korrekturosteotomie des Grundglieds der Großzehe nach Akin. Auch die ergänzenden weichteilkorrigierenden Eingriffe sind im Operationsbericht aufgeführt und eindeutig beschrieben.

Vierzehn Tage nach der Operation wurden im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung in der orthopädisch/unfallchirurgischen Praxis Kontrollröntgenbilder des linken Fußes gefertigt; einen Monat später wurde dort eine erneute Röntgenkontrolle vorgenommen. Der Karteikarte des ambulanten weiterbehandelnden Orthopäden/Unfallchirurgen ist zu entnehmen, dass die Patientin zu diesem Zeitpunkt nur geringe Beschwerden angegeben habe und eine Wiedervorstellung dort erst nach zehn Monaten erfolgt sei. Zu diesem Termin habe die Patientin allerdings über zunehmende Schmerzen mit Ausstrahlung auf das Großzehengrundgelenk geklagt. Eine Röntgenkontrolle erfolgte jedoch erst im Rahmen einer Vorstellung weitere elf Monate später, die eine knöcherne Arrosion („Lysesaum“) im Bereich der Gelenkfläche des ersten Mittelfußköpfchens (MFK-1-Köpfchens) gezeigt habe. Wegen der Schmerzen und der festgestellten Lysezone sei der Patientin bei dieser Vorstellung eine Schraubenentfernung empfohlen worden.

## Orthopädisch/unfallchirurgische Begutachtung

Der Gutachter stellte zur Erstbehandlung durch den niedergelassenen Orthopäden/Unfallchirurgen fest, dass bei der

Patientin ohne Zweifel ein ausgeprägter Hallux valgus links vorgelegen habe. Die Röntgenbilder des linken Fußes hätten einen deutlichen Hallux valgus links mit noch gut erhaltenem Großzehengrundgelenk bei nicht mehr regelrecht liegenden Sesambeinen im Bereich des ersten Mittelfußköpfchens gezeigt. Die zunächst erfolgte Einlagenverordnung sei richtig gewesen, ebenso die Vorstellung der Patientin zur Klärung der Frage einer operativen Versorgung in einer geeigneten Klinik.

Bei der Vorstellung in der beschuldigten Klinik sei die Indikation zur Operation zutreffend gestellt und die Patientin in einem zweiten Schritt umfassend aufgeklärt worden. Auch der Operationsbericht sei nicht zu beanstanden. Die hierin beschriebenen Operationsverfahren einer Chevron- und Akin-Osteotomie sowie die dargestellten Weichteileingriffe seien geeignet und richtig gewesen, um eine operative Korrektur des Hallux valgus in diesem Behandlungsfall zu erreichen.

Hingegen würden die vorliegenden postoperativen Röntgenbilder vierzehn Tage nach der Operation zwar eine korrekte Achsenkorrektur des ersten Strahls mit einer Resektion der Exostose und mit korrekter Lage der Schraube im Bereich des MFK-1-Köpfchens erkennen lassen, die Schraubenlage nach der Akin-Osteotomie am Großzehengrundgelenk sei jedoch nicht regelrecht. Vielmehr zeige sich ein Schraubenüberstand an der medialen Basis des Grundglieds, wobei sich der Schraubenkopf auf die Höhe des MFK-1-Köpfchens projiziere. In der seitlichen Ansicht liege der Schraubenkopf genau in der Mitte des ersten Mittelfußknochens und somit fehlerhaft. Da es sich um eine Röntgenaufnahme im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Operation handele und auch keine Lockerungszeichen der Schrauben erkennbar seien, liege auch keine sekundäre Dislokation der Schraube vor. Die Tatsache, dass die Doppelgewinde-Schraube nicht vollständig im Knochen versenkt worden sei und den Knorpel und den Knochen am ersten Mittelfußknochen arrodieren habe, sei als ein Abweichen vom medizinischen Standard beziehungsweise als eine

Verletzung der medizinischen Sorgfaltspflicht anzusehen. Durch die fehlerhafte Schraubenlage sei es zu vermehrten Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung gekommen. Außerdem habe sich eine knöcherne Lysezzone im Bereich des MFK-1-Köpfchens entwickelt. Es seien Behandlungsfehler beim operativen Eingriff und bei der Nachbehandlung festzustellen.

### Einwendungen gegen das Gutachten

Den Feststellungen des Gutachters wurde vonseiten des Operators widersprochen. Er beantragte ein abschließendes Gutachten durch die Gutachterkommission insbesondere mit dem Hinweis, dass der ausführliche Operationsbericht nicht hinreichend berücksichtigt worden sei. Hier sei ausdrücklich aufgeführt, dass die zu beurteilende Schraube subkortikal und somit fachgerecht versenkt worden sei. Wenn es nach den ersten Belastungen zu einer Lageveränderung gekommen wäre, so wäre dies in den ersten Röntgenkontrollen zu sehen und dem Operateur auch mitzuteilen gewesen. Dies sei zu keinem Zeitpunkt geschehen. Die vom Gutachter beschriebene Saumbildung sei in diesem Fall und zu diesem Zeitpunkt nicht Grundlage einer Stellungsveränderung. Der ambulant nachbehandelnde Arzt und die antragstellende Patientin hätten ebenfalls Gelegenheit zur Stellungnahme, verzichteten hierauf jedoch.

### Abschließende Begutachtung

Die Gutachterkommission hat den Sachverhalt auf Antrag des Operators erneut einer vollständigen und eigenständigen Überprüfung unterzogen und Folgendes festgestellt:

Ergänzend sei festzuhalten, dass zeitnah zur durchgeführten Operation keine Röntgenkontrolle erfolgte. Es sei weder während der Operation eine Bildwandler-Untersuchung noch zumindest zeitnah postoperativ eine Röntgenkontrolle durchgeführt worden, um die jeweilige Osteotomie beziehungsweise die Lage des Osteo-

synthesematerials zu kontrollieren. Als Ergebnis einer solchen Kontrolle hätte eine sehr zeitnahe Korrektur der fehlplatzierten Schraube im Grundglied der Großzehe indiziert und durchgeführt werden können, um eine Schädigung der Gelenkstrukturen zu vermeiden.

Es wurde im Operationsbericht darauf hingewiesen, dass die im Rahmen der Umstellungsoperation des Grundglieds vorgenommene Akin-Osteotomie mit Entnahme eines medial basierten Knochenkeils visuell vorgenommen und anschließend von medial proximal nach lateral distal schräg verlaufend eine Schraube über einen Kirschnerdraht durch die Weichteilstrukturen der Gelenkkapsel und des medialen Seitenbands platziert worden sei. Eine ausreichende visuelle Kontrolle könne nicht erfolgt sein, da die nachfolgend eingebrachte Schraube nachweislich der ersten Röntgenkontrolle postoperativ mit dem Schraubenkopf und deren Gewindegängen Kontakt zum ersten Mittelfußknochenkopf hatte. Da die Schraubengänge in der Gelenkorktalis der lateralen Diaphyse des Grundglieds im Vergleich mit den nachfolgenden Röntgenkontrollen unverändert gelegen hätten, sei die Annahme, dass sich die Schraube bei der Belastung postoperativ verschoben habe, nicht zu belegen. Der Operateur habe in seinem Operationsbericht unter der Rubrik „weiteres Procedere“ außerdem angeführt, dass eine unmittelbare Vollbelastung ausschließlich im Stuttgarter Verbandschuh für sechs Wochen postoperativ mit erst dann anstehender Röntgenkontrolluntersuchung vorzunehmen sei. Die Behandlungsunterlagen aus dem belasteten Krankenhaus ließen auch insoweit nicht erkennen, dass im Rahmen des stationären Aufenthalts, in dem bereits die Vollbelastung durchgeführt wurde, eine Röntgenkontrolluntersuchung erfolgte.

Zusammenfassend wurde festgestellt, dass ein Behandlungsfehler vorliegt.

**Dr. med. Ulrich Leyer** und **Dr. med. Daniel Frank** sind Stellvertretende Geschäftsführende Kommissionsmitglieder, **Margarete Gräfin von Schwerin** ist ehem. Stellvertretende Vorsitzende und **Dr. med. Tina Wiesener** ist Leiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

### Ärztliche Körperschaften im Internet

Ärztekammer Nordrhein [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

Ärzteversorgung Nordrhein [www.naev.de](http://www.naev.de)