

Calcaneusosteotomie bei Haglundexostose mit ungenügender Fixation und Infekt

FMH-Gutachten zusammengefasst durch die Ombudsstelle der fmCh (24.06.08 HRM)

Sachverhalt

Bei einer voll arbeitsfähigen Frau wird nach erfolgloser konservativer Therapie einer Ansatzperiostitis der Achillessehne zuerst ein Knochensporn entfernt und wegen Beschwerdepersistenz eine Calcaneusosteotomie durchgeführt. Es kommt zu einer Verschiebung der Fragmente wegen mangelhafter Fixation (Gips) und nach weiteren Operationen zu einem Infekt mit verzögerter Knochenheilung was eine Behandlung mit Fixateur externe zur Folge hat. Nach zweijähriger Behandlungszeit ist die Patientin nur zu 50 % arbeitsfähig während weiterhin Restbeschwerden vorliegen.

Stellungnahme Patient

Die Patientin sagt aus, sie sei betreffend der Calcaneusosteotomie zwar richtig orientiert worden, aber offenbar sei ein Fehler in der Fixation eingetreten. Sie habe zu spät einen zu engen Gips bekommen und die Infektion sei ebenfalls viel zu spät entdeckt worden. Sie hat den Eindruck, dass man sie aufgrund ihrer Beschwerden nicht ernst genommen hat.

Stellungnahme Arzt

Der Arzt sagt aus, er sei sich keines Fehlers bewusst mit Ausnahme, den Infekt etwas zu spät entdeckt zu haben. Er habe die Patientin immer ernst genommen und mehrfach umgegipst, um die Stabilität der Osteotomie zu gewährleisten. Er habe aber erst nach der Reintervention einen Gipsverband angelegt, da er den Eindruck hatte, nach dem Ersteingriff sei eine maximale Stabilität gewährleistet gewesen, ohne Gipsfixation.

Stellungnahme Begutachter und Begründung

Es wird eingehend auf alle Folgeoperationen nach der Calcaneusosteotomie eingegangen, wobei die Begutachter zum Schluss kommen, dass die ausgebliebene Gipsfixation primär nach der Calcaneusosteotomie als Fehler zu bezeichnen sei. Die Refixation mit späterer Gipsfixation kam zu spät und habe den Infekt nicht mehr verhindern können.

Fazit

Wenn die Exostosektomie bei Haglundferse nicht zum Erfolg führt und man sich auf eine Calcaneusosteotomie einlässt, muss man sich im Klaren sein, dass es sich hierbei um keinen kleinen Eingriff handelt. Es ist besonders Acht zu geben auf die maximal mögliche Fixation und Retention der Osteotomie. Es brauchte mehr als zwei Jahre und weitere operative Eingriffe, um die voll einsatzfähige Patientin wieder zu 50 % in den Arbeitsprozess einzugliedern. Restbeschwerden bestehen weiter.

