



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

**Bayerisches Ärzteblatt,  
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,  
81677 München, Fax 089 4147-202,  
E-Mail: aerzteblatt@blaek.de**



## Die aktuelle S2e-Leitlinie zum Hallux valgus

**Zum Titelthema von Privatdozent Dr. Hazibullah Waizy in Heft 12/2015, Seite 656 ff.**

Zum Artikel über den Hallux valgus vom Dezember möchte ich bemerken, dass meiner Ansicht nach die verschiedenen operativen Möglichkeiten nicht klar genug dargestellt wurden. Die dazu beigefügte Abbildung enthielt zu viele Aspekte, nicht nur die operativen und diese unzureichend klar. Da der Artikel vergleichsweise kurz ist, wäre doch leicht für eine zusätzliche Abbildung Platz gewesen.

*Dr. Hubert Dötterl,  
Facharzt für Innere Medizin,  
84036 Landshut*

## Antwort

Wir freuen uns darüber, dass die von uns dargestellte Leitlinie zur Therapie des Hallux valgus auch fachübergreifend Interesse erweckt hat. Die gewünschte weitere Verifizierung der operativen Therapiemöglichkeiten ist verständlich und zeigt, wie spannend die Hallux valgus-Therapie sein kann. Unser Artikel stellt die aktuelle Leitlinie der Therapie des Hallux valgus dar und muss sich daher auf ein hohes Evidenzlevel berufen. Die Zuordnung des Schweregrades des Hallux valgus zur Höhe der Korrekturosteotomie haben wir im Text und auch in der Abbildung 4 dargestellt. In welcher Technik dann an der jeweiligen Lokalisation osteotomiert wird, ist Gegenstand der medizinischen Diskussion. Der geäußerte Wunsch ist verständlich, aber die aktuelle Literatur lässt hier keine signifikante Differenzierung zu. Daher ist die gewünschte weiterführende Darstellung der einzelnen operativen Techniken nicht im Rahmen einer evidenzbasierten Leitlinie möglich, vielmehr sei hier auf die aktuellen Übersichtsarbeiten zu verweisen.

## Zum gleichen Thema

Privatdozent Dr. Hazibullah Waizy führt in seinem Beitrag zur Ätiologie des Hallux valgus aus, dass „familiäre Disposition beim erworbenen Hallux valgus der einflussreichste ätiologische Faktor“ sei. Dem ist entschieden zu widersprechen. Der einflussreichste Faktor ist zweifelsohne das Schuhwerk, welches durch drei Hauptfaktoren die Ausbildung eines Hallux valgus fördert, indem es die natürliche Bewegung des barfuß Gehens verhindert:

1. Gebogener medialer Schuhrand mit Vorfuß V-Form und fehlendem freiem Zehenschubraum,
2. Absatz, der das natürliche Abrollen über die Ferse verhindert und Last auf den Vorfuß verlagert und
3. ein fehlender fester Sitz an der Fessel über dem Sprunggelenk, sodass der Fuß nach vorne rutschen kann in den V-förmigen engen Zehenraum hinein.

Dadurch wird die spontane belastungsfreie Greiffunktion der Zehen schon in frühem Kindesalter behindert und abgebaut\*. Selbstverständlich ist das Tragen bestimmter Schuhformen familiär gehäuft zu beobachten – so wie zum Beispiel Dialekte auch. Auch bei genuin bandlaxer Gelenkführung wirken nicht anatomiegerechte Schuhe deutlich schneller als Hallux-valgus-Bildner. Die Einführung dieser Schuhform in unsere Zi-

vilisation geht zurück bis auf den Ersten Kreuzzug – auf die Publikationen des Deutschen Medizinhistorischen Museums in Ingolstadt zur Ausstellung „Schritt für Schritt“ – Die Geburt des modernen Schuhs – 2012 kann verwiesen werden. Schuh bedeutet auch kulturellen Formzwang (= „In-Formation“). Man sagt nicht umsonst: „Nein, diesen Schuh ziehe ich mir nicht an“, wenn man selbst nicht falsch eingeordnet werden will. Es ist eines der erstaunlichsten Phänomene, dass wir immer noch nicht bereit sind, dem wichtigsten, unseren ganzen Körper tragenden Körperteil, dem Fuß, seine ihm zustehende und notwendige natürliche Bewegungsfreiheit zu gönnen. Aschenputtel lässt grüßen, es musste aber die Kosten und Folgen seiner Fußoperation sicherlich selbst tragen, „rucku di gu, Blut ist im Schuh“!

\* Hien NM: Einlagen- und Schuhversorgung bei Fußdeformitäten. Orthopäde 2003, 32:119-132.

*Dr. Norbert Hien,  
Facharzt für Orthopädie,  
81247 München*

## Antwort

Die hier dargestellte Wichtigkeit eines passenden Schuhs und auch die dargestellten Folgeprobleme einer falschen Schuhversorgung kann ich nur unterstreichen. Ich bin dankbar für die ausführliche Darstellung der Pathophysiologie.

In den von mir und weiteren Experten dargestellten Faktoren der Ätiologie des Hallux valgus beziehen wir uns auf den aktuellen Stand der Literatur. Hierbei zeigt sich, dass die familiäre Disposition der einflussreichste ätiologische Faktor ist, unumstritten ist das falsche Schuhwerk, als auch zügelnde Bandagen sowie andere modulierende Faktoren definitiv einen wichtigen Einfluss auf die Hallux valgus-Entstehung haben.

Die historische Darstellung hinsichtlich der Geburt des modernen Schuhs ist richtig. Gerade die Schuhmode ist häufig Veränderungen unterworfen und kann unter anderem pathologische Fehlstellungen herbeiführen. Ergänzend möchte ich in diesem Zusammenhang auf die von Professor Dr. Klaus Milachowski (München) zusammengetragenen Fußpathologien in der Kunst verweisen. So wurde bereits im Jahre 1490 im von Meister Lutz gestalteten Altarbild „Das Gebet am Ölberg“ ein Hallux valgus dargestellt. Weitere Darstellungen des Hallux valgus zeigen sich in den Werken von zum Beispiel

José de Ribera (1639 im Gemälde „Der Traum Jakobs“) oder Lucas Cranach.

Dahin gehend kann ich Dr. Hien nicht vollkommen zustimmen, dass die Schuhversorgung der hauptsächliche Faktor ist. Fehlstellungen vor Einflussnahme unserer modernen Schuhe, wie in der Kunst dargestellt, deuten darauf hin, dass der Hallux valgus schon vorher vorhanden war. Der ätiologische Hauptfaktor ist weiterhin die familiäre Disposition mit einem definitiv großen Einfluss durch die Schuhversorgung.

*Privatdozent Dr. Hazibullah Waizy,  
Facharzt für Orthopädie  
und Unfallchirurgie,  
86199 Augsburg*



## GOÄneu: Transparenz ja, Boykott nein

**Zum Leitartikel von Dr. Max Kaplan in Heft 1-2/2016, Seite 3.**

Vor allen Dingen der Schlusssatz „Alles andere – seien wir ehrlich – wäre realitätsfern, oder?“ hat mir sehr gut gefallen: Empathisch, ausgleichend und letztlich das Positive betonend. So möchte ich auch von meinem Arzt begleitet werden. Als Meinungsmacher meiner Berufsgruppe sollten Sie aber unterscheiden können, ob Sie einen Patienten betreuen oder sich auf dem politischen Bankett bewegen. Wir müssen uns nicht beim „Arbeitgeber“ dafür entschuldigen, dass wir evtl. und nur wenn es keine Umstände macht möglicherweise nach 20 Jahren wegen ein bisschen mehr Lohn anfragen würden, vielleicht.

Lieber Kollege Kaplan, natürlich sind Sie Ärztekammerpräsident und nicht Gewerkschaftsführer, aber Sie werden in der Politik als Ärztevertreter wahrgenommen und sollten aus meiner Sicht zumindest vermeiden die Interessen der „Arbeitgeber“ (sprich der Bundesregierung die zum einen die Tarife festlegt und zum anderen für die zum größten Teil verbeamteten Privatversicherten die Kosten übernimmt) wahrzunehmen.

Apropos Drohen mit der Rute bzw. mit der Bürgerversicherung: Mehr Mut Kollege Kaplan! Die letzte Partei die massiv um die Ärzte geworben hat, anschließend massiv Stimmen gewonnen hat und dann gesundheitspolitisch nichts geliefert hat ist in der Versenkung verschwunden. Glauben Sie wirklich, die neue Regierung will 2017 als erstes ihren Staatsdienern eine Betreuung in der GKV anbieten und hofft dann auf eine reibungslose Unterstützung durch den Beamtenapparat? Glauben Sie wirklich, dass es der Union nicht gut anstünde den ca. 300.000 Ärzten in Deutschland, die zum Großteil jeden Tag Wähler betreuen, eine neue Honorarordnung anzubieten die halbwegs modern ist und halbwegs die Inflation und Gehaltsentwicklung der vergangenen 20 Jahre abbildet?

Vermutlich bekommen wir aber – zurecht – die Gebührenordnung die unserem unterwürfigen Verhandlungsstil entspricht. Deshalb noch einmal: Mehr Mut Kollege Kaplan!

*Dr. Martin Roßbauer,  
Facharzt für Orthopädie,  
94469 Deggendorf*

## Antwort

Zunächst einmal: Für jede sachliche Kritik bin ich in meiner Funktion als Ärztekammerpräsident offen und diese nehme ich auch sehr ernst. Insoweit vielen Dank für Ihren Leserbrief. Andererseits muss ich mich gegen Mutmaßungen und Unterstellungen wehren, nicht zwischen der Patientenbetreuung und der Interessensvertretung meiner Berufsgruppe unterscheiden zu können. In keiner Weise kann ich Ihre Unterstellung, die Interessen der Arbeitgeber wahrzunehmen und insgesamt mit zu wenig Mut meine berufspolitische Tätigkeit anzugehen, nachvollziehen.

Sie haben Recht, als Kammerpräsident ist man nicht Gewerkschaftsführer, auch ist die Bayerische Landesärztekammer eben keine Gewerkschaft, sondern eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Eine Körperschaft steht für den Freien Beruf, der in Verantwortung gegenüber der Gesellschaft die ärztliche Versorgung gewährleistet. Deshalb sehe ich meine Aufgabe als Kammerpräsident einerseits darin, zielstrebig und zielgerichtet die Interessen meiner Mitglieder zu vertreten, andererseits aber die gesamtgesellschaftliche Aufgabe nicht aus dem Auge zu verlieren. Bezogen auf die Novellierung der Gebührenordnung bedeutet dies, dass wir einerseits konsequent die Interessen der Ärztinnen und Ärzte zu ver-

treten haben, insgesamt aber auch den Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit nicht außer Acht lassen dürfen, was jedoch nicht heißt, dass wir vor der Ökonomie „einknicken“. Dies als mutlos und unterwürfig zu bezeichnen wird der Sache in keiner Weise gerecht.

*Sine ira et studio*, in diesem Sinne werde ich mich weiterhin konsequent für die Interessen meiner Mitglieder einsetzen.

*Dr. Max Kaplan,  
Präsident der BLÄK*

## Gewalt gegen Notärzte

**Zum Artikel von Dr. Melanie Rubenbauer in Heft 1-2/2016, Seite 17 ff.**

Am 12. Dezember 2015 wurde ich kurz vor 22.00 Uhr als diensthabender Notarzt am Standort Parsberg mit einem Rettungswagen ins örtliche Asylantenheim entsandt. Einsatzstichwort „Erkrankte Person – da nur erkrankt, keine parallele Entsendung der Polizei“.

Vor Ort wurden wir von einem aufgeregten Bewohner in ein Zimmer im 2. OG geführt. Erst als wir das ca. 2,5 x 3,5 m große Zimmer der „Familie“ betreten hatten und der Mann hinter uns in der Tür (dem einzigen Ausgang aus dem Zimmer) stand, war erkennbar, dass es sich bei der „Erkrankten“ um eine junge Frau handelte, die in einer größeren Blutlache neben dem Bett am Fußboden kauerte. Eine erste Inspektion erbrachte, dass es sich bei der „Erkrankung“ um eine ca. 6 cm lange, ca. 2 cm breit klaffende und auf den ersten Blick mindestens 5 cm tief reichende Messerstichverletzung am laterodorsalen Oberschenkel handelte. Die Erklärung der Frau, „selbst Schuld zu tragen“, da sie sich „ins Bett gesetzt habe, wo das Messer ohne Scheide lag“, erschien uns sehr unglaubwürdig. Eine weitere Untersuchung/Anamnese oder Erstversorgung war quasi nicht möglich, weil sich der Ehemann immer zwischen die Verletzte und uns Hilfskräfte drängte, weshalb ich ihn aufforderte, den Raum zu verlassen und uns unsere Arbeit tun zu lassen. Dies verweigerte er unter dem Hinweis, dass die Frau keine Hose anhave und dies „sein Zimmer“ sei. Erst auf die Androhung und erste Anstalten, dass wir sonst den Einsatzort verlassen würden, erklärte er sich nach längerer Diskussion dazu bereit, den Raum zu verlassen. Als er dies getan hatte, schlossen wir die Tür und versperrten sie von innen.

Es gelang uns gerade, einen notdürftigen Druckverband anzulegen, als er begann, von au-

Ben gegen die Tür zu trommeln und zu schreien. Noch während der Vorbereitungen, die Vitalwerte zu messen, wurden trotz mehrfacher Rufe unsererseits, dass alles in Ordnung sei, wir uns um seine Frau kümmern und gleich die Tür wieder öffnen würden, die Schläge und Tritte sowie das Schreien immer aggressiver, sodass wir uns zum Vorbereiten eines Rückzugs aus Eigenschutzgründen entschlossen. Ein nächster Tritt ließ den Fuß des Aggressors durch die Tür brechen, mit dem nächsten Tritt hatte er die Tür aufgebrochen.

Nun stand der Ehemann tobend und drohend in der Tür, die den einzigen Ausgang aus dem Raum darstellte. Eine Rückzugsmöglichkeit bestand auch nicht in die Tiefen des Raums, da hier keinerlei Platz (Bett, Schrank, Tisch, Einrichtung und die Verletzte) war. Ich stand mit ca. 50 cm als nächster direkt vor dem Aggressor. Verbal und nonverbal ließ er sich nicht beruhigen. Als nächstes holte er zum direkten Faustschlag aus. Im letzten Moment entschied er sich glücklicherweise dagegen, mich direkt zu schlagen und schlug mit derartiger Intensität in einen, auf einem ca. 1,5 m hohen Möbelstück stehenden, Bildröhrenfernseher ein, dass dieses Gerät über meine Schulter hinweg durch den Raum ins hinter mir stehende Bett flog.

Direkt hiernach trat er einen Schritt in der Tür zurück und trat die halb offenstehende Tür komplett aus den Angeln, sodass sie in Richtung der weiter hinten im Raum stehenden Sanitäter flog.

Aufgrund der nunmehr völlig eskalierten Situation sah ich die einzige Rettung im Versuch, mich an dem in der Tür stehenden Aggressor vorbei in Richtung Gang zu drängen. Bei diesem Versuch ergriff mich dieser am Jackenkragen und stieß mich mehrfach an Wand und

Türrahmen. Danach begann er mich mit beiden Händen zu würgen.

Mit letzter Kraft presste ich mich mit ihm gemeinsam durch die Tür. Am Gang vor dem Zimmer schaffte ich es, die meinen Hals umklammernden Hände wegzustoßen und aus dem Asylantenheim zu flüchten.

Die Rettungsassistentin konnte hinter mir ebenso aus der Wohnung flüchten, ihr Kollege blieb in dem Zimmer.

Vor dem Haus setzte ich einen Notruf ab und forderte die Polizei unter dem Stichwort „Rettungskräfte werden angegriffen, zwei Mann haben es aus dem Haus geschafft, eine Person noch eingeschlossen“ an.

Nach fünf Minuten traf ein (!) Streifenwagen mit zwei Beamten ein. Diese führten vor dem Haus mit dem Aggressor fast 20 Minuten ein Deeskalationsgespräch, bis dieser endlich, nachdem er wiederholt auf mich losging, Handschellen erhielt. Auf mein Argument, dass sich immer noch die Verletzte in dem Haus befände, die Sanitäter und ich dieses aber nicht mehr betreten würden, wurde seitens der beiden Beamten weitere Verstärkung angefordert. Diese traf weitere fünf Minuten später ein und bestand aus zwei weiteren Polizisten – hiermit war die gesamte Mannschaft der diensthabenden lokalen Polizeiwache anwesend. Weitere Kräfte kamen nie (und hätten auch mindestens 30 Minuten Anfahrt gehabt).

Die Beamten erkundeten die Lage und weigerten sich dann, die Verletzte aus dem Gefahrenbereich zu holen. Unter Androhung, uns unterlassene Hilfeleistung zu unterstellen, nötigten sie uns, gemeinsam mit ihnen das Gebäude erneut zu betreten um die Verletzte zu holen,

da laut ihrer Einschätzung nun keine Gefahr mehr bestand, da sich „ausschließlich zwei weitere Frauen bei der Verletzten befanden und die anderen Bewohner in deren Räume hinter verschlossenen Türen seien“.

In der Klinik fand sich bei der Verletzten dann unter dem Messerstich noch eine Oberschenkelfraktur, was erklären dürfte, warum der Ehemann wirklich vermeiden wollte, dass seine Frau mit den Hilfskräften alleine in einem Raum ist.

Da diese Situation weder vorher erkennbar gewesen war und auch mittels eines Deeskalationstrainings, wie von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) angeboten, sicher nicht lösbar gewesen wäre, ist meine Konsequenz die Anschaffung einer schusssicheren und stichhemmenden Schutzweste (auf eigene Kosten), um künftig zumindest ein Mindestmaß an persönlichem Schutz zu haben. Oder, gerade unter dem Hintergrund der neuerlichen Vergütungskürzung, den Notarztdienst komplett einzustellen.

*Dr. Sven Heidenreich,  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
90610 Winkelhaid*

**Zum gleichen Thema**

In Heft 1-2/2016 las ich über Ihren wichtigen Appell zum Schutz von Notfallärzten. Die durch die Kölner Silvestervorfälle entfachte rechtspolitische Diskussion ist meines Erachtens nach ein geeigneter Anlass, auch den Schutz von Rettungspersonal gesetzlich stärker zu regeln. Vielleicht kann die BLÄK dazu Einfluss auf den Gesetzgeber nehmen.

In diesem Zusammenhang weise ich auf die von Dr. Florian Vorderwülbecke geleitete Studie hin, über die im vergangenen Jahr in den *Münchner Ärztlichen Anzeigen*, Ausgabe 13, 20. Juni 2015, Seite 3, berichtet wurde.

Der Artikel findet sich unter folgendem Link: [www.zuckschwerdtverlag.de/uploads/tx\\_oezsvzeitschrift/pdfs/MAEA\\_2015\\_16.pdf](http://www.zuckschwerdtverlag.de/uploads/tx_oezsvzeitschrift/pdfs/MAEA_2015_16.pdf)

*Dr. jur. Mark Zimmer,  
81247 München*

**Aggression und Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte**

Haben auch Sie aggressives Verhalten oder Gewalt in Ausübung Ihrer ärztlichen Tätigkeit erlebt? Dann melden Sie uns bitte den Vorfall. Nutzen Sie dazu den „Direkten Draht“ auf der Homepage [www.blaek.de](http://www.blaek.de) und stellen Sie gegebenenfalls Strafanzeige wegen Körperverletzung, Nötigung oder Beleidigung.

*Die Redaktion*