

Fachgebiet: Orthopädie
Diagnose: Plantarfasziitis
Titel: Infekt nach Injektionsbehandlung bei Fersenspornsyndrom
Autor: Dr. med. Philipps
Verfahren: 265/14 - Stand der Veröffentlichung: 07.03.2016

Der Fall

Die Patientin wurde mit lokalen Schmerzen an der Medialseite des Rückfußes vorstellig. Sie hatte im Jahr davor bei identischen Beschwerden eine Infiltrationsbehandlung an der Plantarfaszie erhalten. Hierunter seien die Beschwerden für fast ein halbes Jahr gut zurückgegangen. Sie wird jetzt mit erneuten Beschwerden in identischer Form vorstellig.

Es sei dann eine Infiltrationsbehandlung nach Desinfizieren und Vereisen durchgeführt worden. Die Spritze habe sehr wehgetan.

Im weiteren Verlauf des Behandlungstages sei der Fuß, nach Angaben der Patientin, dann dick und heiß geworden. Sie wird drei Tage später in der Praxis ihres Orthopäden vorstellig.

Bei eindeutigen entzündlichen Gewebszeichen mit Rötung, Verfärbung, Schwellung und Funktionsstörungen, erfolgte sofort die Gabe eines knochengängigen Antibiotikums.

Weitere klinische Kontrollen erfolgten zwei Tage sowie drei Tage später.

Auf Basis einer Beschwerdepersistenz wird ein Röntgenbild des betroffenen Fußes im Rückfußbereich angefertigt. Ein Fersensporn per se kann nicht zur Darstellung gebracht werden.

Aufgrund Persistenz der Infektparameter wird das Antibiotikum umgestellt. Die lokalen Entzündungszeichen klingen ab.

Ein weiterer Facharzt wird einen Monat später aufgesucht, welcher eine Fersenentlastung mittels Einlage sowie eine Röntgenreizbestrahlung indiziert. Diese wird vom Radiologen auf Basis der vorbestehenden Infektsituation jedoch abgelehnt.

Die Antibiotika werden bei fehlenden Entzündungsparametern nicht mehr weiter rezeptiert. Die Patientin beklagt weiterhin Schmerzen im Bereich des Fußes, insbesondere unter Belastung und die erforderliche Einlagenversorgung.

Die Einwände der Patientin

1. Die Behandlung auf "Fersensporn" sei erfolgt, ohne dass im nativradiologischen Bild ein echter Fersensporn zur Darstellung gebracht worden sei.
2. Die Spritze vom April 2014 habe eine Weichteilinfektion des Fußes zur Folge gehabt.
3. Auch nach Abklingen des Infektes sei der Fuß nicht beschwerdefrei, sie müsse immer noch weite Schuhe tragen sowie verschiedene Medikamente und Nahrungsmittelergänzungsstoffe zu sich nehmen.

Der Vorsitzende des Schlichtungsausschusses hat den Autor dieses Fallbeispiels mit der medizinischen Überprüfung beauftragt, ob ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten vorliegt.

Die Begutachtung

Das landläufig Fersensporen- oder Fersenspornsyndrom genannte Krankheitsbild beruht nicht auf einem nativradiologischen Sporn an der Ferse wie vom Laien angenommen. Die anglo-amerikanische Bezeichnung des Krankheitsbildes einer Plantarfasciitis trifft die Pathologie genauer, oder anders gesagt, es gibt ein Fersenspornsyndrom ohne jeglichen Nachweis einer knöchernen Ausziehung an der Ferse in der klinischen Symptomatik. Mithin ist die Erstellung eines Röntgenbildes für die Diagnosesicherung weitgehend obsolet. Die Frage ob ein Sporn vorliegt oder nicht, ist im Wesentlichen nicht relevant.

Die Anamnese des Fersenauftrittschmerzes, insbesondere exazerbiert morgens nach Ruhephasen, dem typischen Druckschmerz medialseitig an der Ferse an der Eintrittsstelle des Baxter-Nerven in die Tiefe sowie auch das Ergebnis einer diagnostischen lokalanästhetischen Testung, ist diagnosesichernd und wegweisend.

Eine Infiltrationsbehandlung bei dieser Enthesiopathie und Nervenreizsymptomatik entspricht den Behandlungsempfehlungen der deutschen Gesellschaft für Orthopädie sowie auch der deutschen Assoziation der Fußchirurgen.

Einlagenversorgungen sind zu empfehlen, diese waren im Vorfeld bei der Antragstellerin erfolgt und als nicht ausreichend bewertet worden. Silikonkissen mit reiner Fersenweicheitung sind aus fußchirurgischer Sicht eher abzulehnen, da es häufig zu einer Beschwerdewerschlechterung kommen kann.

Im vorliegenden Falle ist die Antragstellerin fünf Monate nach der ersten Infiltration bei Beschwerdefreiheit nun mit Rezidiv vorstellig geworden. Es wurde in identischer Form bei identischer Indikation eine erneute Infiltration an der Ferse durchgeführt. Dieses ist weder als Indikations- noch als Behandlungsfehler zu werten.

Der enge zeitliche Zusammenhang mit dem Entstehen einer Überwärmung und Schwellung des Fußes und typischen Infektzeichen legt den Schluss nahe, dass es im Rahmen der Injektion zu einer Inokulation von Bakterien gekommen sein muss.

Die Behandlung selber ist, wie auch die Antragstellerin dieses konzidiert, in adäquater Form erfolgt. Es handelt sich nicht um eine Gelenkinfiltration sondern um eine Weichteilinjektion, vergleichbar mit einer Impfung, z.B. Impfspritze in einen Muskel.

Es ist hier somit eine Sprüh-/Wischdesinfektion mit Berücksichtigung der Einwirkzeit und eine Infiltration in so genannter No touch-Technik, als absolut adäquat anzusehen. Weiterführende Desinfektionsmaßnahmen und/oder räumliche Trennung bei Injektionen, sind gemäß der AWMF Leitlinien in diesem Fall nicht zu fordern. Somit ist auch hier der Vorwurf eines Behandlungsfehlers bei der Durchführung nach Aktenlage und auch nach Darstellung der Antragstellerin selbst, von der der Hand zu weisen.

Im weiteren Verlauf wurde die Antragstellerin engmaschig an den behandelnden Arzt angebunden. Die Nachkontrollen wurden nach der ersten Vorstellung als Notfall zeitlich nahe terminiert. Die Gabe von knochen- und weichteilgängigen Antibiotika mit breitem Wirkungsspektrums, entspricht den Behandlungsrichtlinien.

Da eine Keimsicherung nur über eine invasive Maßnahme möglich gewesen wäre, ist auch der Antibiotikawechsel bei fehlender Besserung aus meiner Sicht als adäquat anzusehen.

Die Tatsache, dass nach Abklingen der Infektion die klinischen Beschwerden der Plantarfasciitis bei der Antragstellerin in ähnlicher Form weiter persistieren, ist ebenfalls nicht als Ergebnis einer fehlerhaften Behandlung anzusehen, sondern beruht auf der Tatsache der Erkrankung der Patientin selbst. Die Plantarfasciitis mit Baxter-Nervenreizung kann durchaus

trotz adäquater konservativer Therapie und Einlagenversorgung zu einer Chronifizierung führen und ein Release des Baxter-Nerven in operativer Weise erforderlich machen. Die später festgestellte potentielle Nervenveränderung an der Ferse ist mithin Teil des Krankheitsbildes der Reizung des zweiten Abgangsastes des Nervus Tibialis.

Die zusammenfassende Wertung des Gutachters

Die Diagnosestellung der Plantarfasciitis als klinisches Syndrom ist in diesem Fall adäquat gewesen. Eine nativradiologische Darstellung ist aus gutachterlicher Sicht nicht zu fordern. Die Durchführung der Infiltration ist in adäquater Weise, auch nach Darstellung der Antragstellerin selbst, durchgeführt worden. Bezüglich der Aufklärungssituation ist festzuhalten, dass die Antragstellerin die durchgeführte Maßnahme wenige Monate zuvor bereits als Behandlung erhalten hatte. Es handelt sich nicht um einen operativen Eingriff, sondern um eine übliche Behandlungsmaßnahme bei welcher die mündliche Aufklärung als ausreichend anzusehen ist. Die Durchführung einer mündlichen Aufklärung sollte vom Behandler jedoch festgehalten werden per Akteneintrag.

Mit Auftreten der Infektion als Komplikation des durchgeführten ärztlichen Eingriffes wurde adäquat gehandelt. Die Antragstellerin wurde engmaschig an die Praxis angebunden und betreut. Die persistierende Beschwerdesymptomatik ist in der Grunderkrankung selbst zu sehen und nicht auf Basis des entstandenen Infektes oder eines vermeintlichen Behandlungsfehlers.

Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses

Die Beteiligten haben der medizinischen Begutachtung durch den Sachverständigen, der ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten verneint hat, nicht widersprochen. Ohne weitere Überprüfung durch die Mitglieder des Schlichtungsausschusses wurde das Verfahren mit Einverständnis der Beteiligten und Zustimmung eines Gegenlesers beendet.

Literaturangaben des Gutachters

Roger Mann, Foot and Ankle Surgery.
Imhoff, Zollinger-Kies, Fußchirurgie, Thieme-Verlag.
Peter Engelhardt, orthopädische Fußchirurgie, Steinkopf-Verlag, Darmstadt.
Kellmeier et al, Journal of Foot and Ankle Surgery 2014, 53(2) 173-5.