

OPERATIVE THERAPIE

PATIENTENINFORMATION

DER VORFUSS

HALLUX VALGUS, KRALLENZEHEN,
FEHLSTELLUNGEN & CO



Universität Regensburg
Klinik für Orthopädie



ASKLEPIOS
KLINIKUM BAD ABBACH

INHALT

Das menschliche Fußskelett	5
Hallux valgus	6
Hallux rigidus	10
Spreizfuß	14
Hammer- und Krallenzehen	16
Minimale Fußchirurgie	19
Nachbehandlung	20
Wie Ihre Operation noch sicherer wird	22

Liebe Patientin, lieber Patient!

Mit dieser Broschüre möchten wir Sie verständlich und praxisnah über die häufigsten Beschwerden im Bereich des Vorfußes sowie über mögliche Behandlungsmöglichkeiten informieren. Die Fußchirurgie hat sich dank innovativer Operationstechniken und moderner Implantate in den letzten Jahren stark weiterentwickelt.

Beim Hallux valgus (umgangssprachlich „Ballenzehe“) handelt es sich um eine Fehlstellung der Großzehe, bei der sich diese im Großzehengrundgelenk in Richtung Fußaußenrand verschiebt. Der Hallux valgus ist eine weitverbreitete Erkrankung. Wichtig ist: Nicht nur das Aussehen steht im Mittelpunkt der Behandlung, sondern Ihre Beschwerden und Schmerzen.

Unsere langjährige Erfahrung und Expertise ermöglicht es uns, nicht nur „einfache“ Hallux-valgus-Fälle zu behandeln, sondern auch komplexe Fehlstellungen, wie beispielsweise bei rheumatischen Erkrankungen, sowie Korrekturoperationen nach früheren Eingriffen oder unfallbedingten Fehlstellungen.

Weitere häufige Beschwerden im Vorfußbereich sind der Spreizfuß mit Schmerzen unter dem Fußballen (Metatarsalgie), Hammer- und Krallenzehen und eine Arthrose im Großzehengrundgelenk.



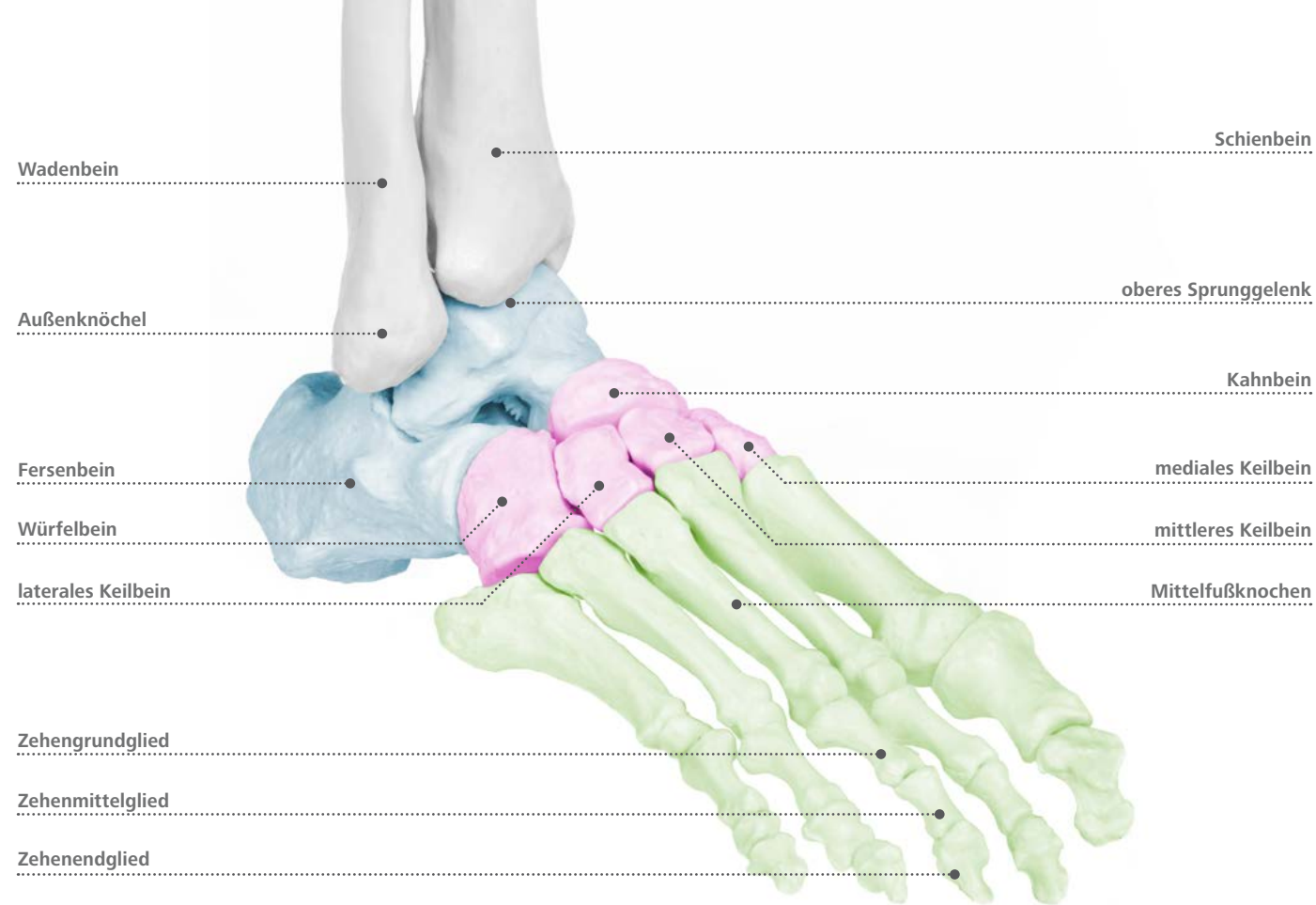
Univ.-Prof. Dr. med. habil. T. Renkawitz
Direktor der Klinik



Priv.-Doz. Dr. med. habil. F. Leiß
Oberärztin
Fuß- und Sprunggelenkchirurgie

Diese Broschüre informiert Sie über die genannten Krankheitsbilder, ihre Ursachen, die konservativen und operativen Behandlungsmöglichkeiten sowie die Nachsorge nach einem Eingriff. Sie soll Ihnen helfen, Ihre Erkrankung besser zu verstehen, um gemeinsam mit uns die bestmögliche Therapie zu finden und Nachbehandlungsfehler zu vermeiden.

Da Beschwerden und Anforderungen individuell sehr unterschiedlich sind, kann diese Broschüre das persönliche Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin nicht ersetzen. Für Fragen stehen Ihnen unsere fachkundigen Mitarbeiter*innen im Team der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie jederzeit gern zur Verfügung.



DAS MENSCHLICHE FUSS-SKELETT

EIN WAHRES MEISTERWERK DER NATUR

Der Fuß ist eines der komplexesten Bauteile unseres Körpers: Er besteht aus 28 Knochen, 33 Gelenken und über 100 Bändern. Die Belastungen, denen der Fuß ausgesetzt ist, sind enorm – schließlich legt ein durchschnittlicher Mensch täglich 8.000 bis 10.000 Schritte zurück. Im Laufe eines Lebens entspricht das einer Strecke von etwa 128.000 Kilometern – ungefähr drei Erdumrundungen!

Aufbau des Fußes

Man unterscheidet den Fuß in drei Hauptbereiche: Rückfuß, Mittelfuß und Vorfuß.

Der **Vorfuß** besteht aus fünf Mittelfußknochen und fünf Zehen. Die Großzehe hat zwei Glieder (Grund- und Endglied), alle anderen Zehen bestehen aus drei Gliedern (Grund-, Mittel- und Endglied). Unter dem Mittelfußknochen der Großzehe liegen die sogenannten Sesambeine, die in die Beugesehnen eingebettet sind.

Der **Mittelfuß** umfasst Kahnbein, Würfelbein und drei Keilbeine. Anders als die beweglichen Zehengelenke sind die Gelenke im Mittelfuß durch straffe Bänder stabilisiert und kaum beweglich – man nennt sie Amphiarthrosen.

Der **Rückfuß** besteht aus Sprungbein (Talus) und Fersenbein (Calcaneus). Das Sprungbein bewegt sich innerhalb der Sprunggelenkgabel, die von Schien- und Wadenbein gebildet wird – das sogenannte obere Sprunggelenk. Das Gelenk zwischen Sprungbein und Fersenbein heißt unteres Sprunggelenk.

Es gibt außerdem akzessorische Knochen – zusätzliche kleine Knochen, die nicht bei jedem Menschen vorkommen. Diese sind meist zufällige Funde bei Röntgenuntersuchungen und können in seltenen Fällen Beschwerden verursachen oder mit Knochenbruchteilen verwechselt werden.



DAS DOPPELTE FUSSGEWÖLBE

Der Fuß ist über ein charakteristisches Doppelgewölbe gespannt – das Längs- und Quergewölbe. Diese architektonische Meisterleistung sorgt für Stabilität beim Stehen und gleichzeitig für die nötige Stoßdämpfung beim Gehen und Laufen. Neben der Knochenstruktur halten Bänder und Sehnen die Form des Fußes auch unter großer Belastung stabil. Besonders das Längsgewölbe wird durch ein dreischichtiges System von Bändern gestützt.

Für eine reibungslose Bewegung und gesunde Fußfunktion müssen Knochen, Bänder, Muskeln und Sehnen perfekt zusammenarbeiten. Kleine Störungen in diesem System können Auswirkungen auf den gesamten Körper haben. So kann beispielsweise eine schmerzhaft große Zehe dazu führen, dass man verstärkt über den Fußaußenrand abrollt – das kann zu Fehlbelastungen im Knie (etwa O-Bein-Stellung), der Hüfte und sogar der Wirbelsäule führen.

HALLUX VALGUS

Der Hallux valgus, auch Ballenzeh genannt, ist eine Fehlstellung der Großzehe. Sie neigt sich dabei zur Fußaußen-seite – oft schmerzhaft und sichtbar. Rund jede*r Achte in Deutschland ist betroffen.

Typische Beschwerden

Anfangs wird die Veränderung meist nur als kosmetisch störend wahrgenommen. Später können jedoch Schmerzen und Entzündungen am Großzehenballen auftreten. Die zweite Zehe wird zunehmend verdrängt, es entstehen Druckstellen, Fehlbelastungen im Mittelfuß und in schweren Fällen sogar eine Arthrose im Großzehengrundgelenk.

Ursachen

Die Entstehung kann verschiedene Gründe haben:

- Genetische Veranlagung
- Rheumatische Erkrankungen
- Falsches Schuhwerk – insbesondere zu enge oder hohe Schuhe

Meist entwickelt sich die Fehlstellung im Laufe des Lebens durch äußere Faktoren.

KONSERVATIVE BEHANDLUNG

Nicht jeder Hallux valgus muss operiert werden. Konservative Behandlungsoptionen sind:

- Orthopädische Einlagen
- Fußgymnastik
- Bandagen oder Nachtschienen

Diese Maßnahmen können Beschwerden lindern und die Fehlstellung stabilisieren – vor allem im Frühstadium.

WANN IST EINE OPERATION NÖTIG?

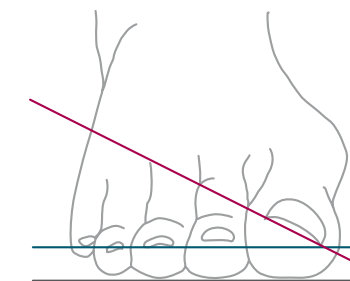
Eine OP wird empfohlen, wenn:

- Schmerzen dauerhaft bestehen
- Entzündungen am Ballen wiederkehren
- Die zweite Zehe verdrängt wird
- Der Großzehennagel sich sichtbar verdreht

Wird zu lange mit einem operativen Eingriff gewartet, können zusätzliche operative Korrekturen an Kleinzehen oder Mittelfußknochen erforderlich werden.



Patientin mit ausgeprägter Ballenzeh



Die Schiefstellung des Großzehennagels ist ein prognostisch ungünstiges Zeichen

Im Frühstadium einer Hallux valgus Fehlstellung kann noch durch eine alleinige Knochenverschiebung (Operation nach Chevron) die Ballenzehe mit überschaubarem Aufwand korrigiert werden.



ZIEL DER OPERATION

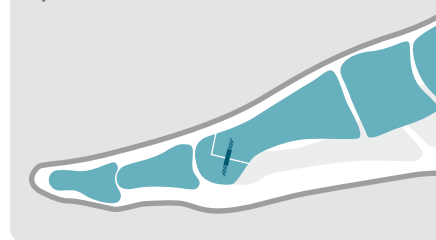
Die operative Therapie richtet sich nach dem Schweregrad der Fehlstellung. Ziel ist es, die natürliche Fußform wiederherzustellen und eine schmerzfreie Belastung zu ermöglichen.

Je nach Befund kommen verschiedene Techniken zum Einsatz – oft auch kombiniert:

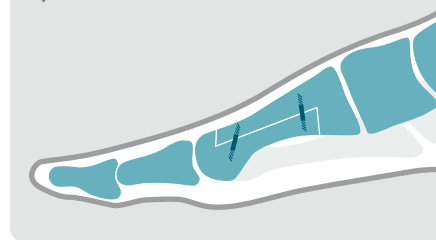
- **Scarf- oder Chevron-Osteotomie:** Verschiebung und Fixierung der Knochen
- **Akin-Osteotomie:** Korrektur direkt an der Großzehe
- **Lapidus-Arthrodes:** Versteifung eines Gelenks zur Stabilisierung

Begleitend zu den Korrekturen der knöchernen Achse werden Weichteile gelöst und/oder gerafft. Vor dem Eingriff wird der Fuß klinisch untersucht und geröntgt. Zur individuellen Planung des operativen Eingriffs werden auch Winkel am Röntgenbild vermessen. Somit wird jeder operative Eingriff individuell geplant.

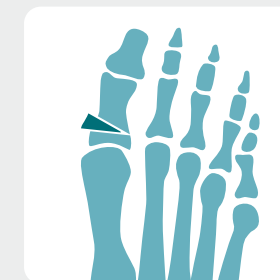
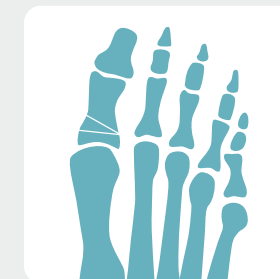
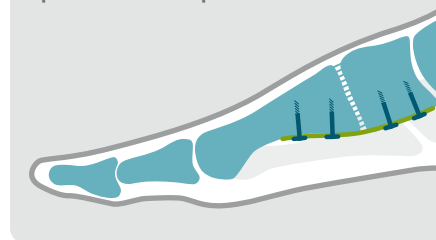
Operation nach Chevron



Operation nach Scarf



Operation nach Lapidus



Operation nach Akin

HALLUX RIGIDUS

WENN DER GROSSZEH STEIF WIRD

Der Begriff Hallux rigidus bedeutet wörtlich „steife Großzehe“ – er beschreibt eine Arthrose im Großzehengrundgelenk (MTP 1). Durch den fortschreitenden Gelenkverschleiß wird die Beweglichkeit des Zehs zunehmend eingeschränkt, besonders beim Strecken (Dorsal-extension).

Wie häufig ist Hallux rigidus?

Nach dem Hallux valgus ist der Hallux rigidus die zweithäufigste Großzehenerkrankung. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer (Verhältnis etwa 1,5 : 1). Die Beschwerden treten meist zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr auf.

Krankheitsverlauf

In der medizinischen Praxis hat sich eine Einteilung in drei Stadien bewährt:

Frühstadium: Erste Bewegungseinschränkungen und Schmerzen beim Abrollen – besonders beim Gehen. Röntgenbilder zeigen zu diesem Zeitpunkt meist nur unspezifische Veränderungen.

Mittleres Stadium: Die Beschwerden nehmen zu. Es entstehen erste knöcherne Veränderungen (Arthrosezeichen) im oberen Gelenkbereich, wo die Belastung am höchsten ist.

Spätstadium: Die Großzehe ist fast oder vollständig unbeweglich. Röntgen und Klinik zeigen deutliche arthrotische Veränderungen. Die Gehfähigkeit ist deutlich eingeschränkt.

Typische Beschwerden sind:

- Schmerzen beim Abrollen des Fußes
- Eingeschränkte Beweglichkeit des Großzehs – v. a. beim Strecken nach oben
- Druckschmerz über dem Großzehengrundgelenk
- Tastbare Knochenauswüchse („dorsaler Kranz“) an der Oberseite des Gelenks
- Probleme beim Tragen geschlossener Schuhe



1

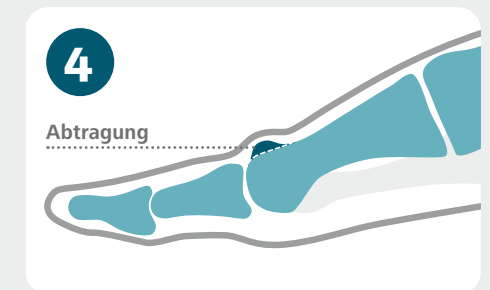


2



3

- 1 Patientin mit Großzehengrundgelenksarthrose
- 2 Hallux rigidus vor Operation im Röntgenbild
- 3 Hallux rigidus nach Operation (Cheilektomie) im Röntgenbild
- 4 Cheilektomie: schematische Darstellung von der Seite





KONSERVATIVE THERAPIE – WENN EINE OP (NOCH) NICHT NÖTIG IST

Eine nicht-operative Behandlung ist sinnvoll, wenn sich die Erkrankung noch im Frühstadium befindet oder wenn Patient:innen eine Operation ablehnen. Auch bei bestimmten Risiken – etwa einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK) – sollte auf einen operativen Eingriff verzichtet werden, da Komplikationen wie Wundheilungsstörungen bis hin zum Absterben der Großzehe drohen können.

Bewährte konservative Maßnahmen sind:

- Entzündungshemmende Schmerzmittel
- Physikalische Therapie, z. B. Kältebehandlungen oder Ultraschall
- Orthopädische Einlagen oder spezielle Schuhzurichtungen zur Entlastung des Gelenks

Injektionen mit Hyaluronsäure ins Gelenk werden ebenfalls gelegentlich eingesetzt. Ihr langfristiger Nutzen ist jedoch noch nicht eindeutig belegt.



Maßgefertigte Einlage
mit Rigidusfeder zur
Stabilisierung des
Großzehengrundgelenks

OPERATIVE VERFAHREN – WENN KONSERVATIVE MASSNAHMEN NICHT AUSREICHEN

Wenn die Beschwerden fortschreiten oder konservative Therapien nicht mehr helfen, stehen verschiedene Operationsmethoden zur Verfügung. Diese lassen sich grob in zwei Gruppen einteilen:

Gelenkerhaltende Verfahren (Cheilektomie)

Entfernung störender Knochenanbauten (Osteophyten), um die Beweglichkeit zu verbessern. Diese Methode eignet sich vor allem für frühe Stadien der Arthrose.

Gelenkversteifung (Arthrodesen)

Das Großzehengrundgelenk wird dauerhaft versteift, was zwar die Beweglichkeit einschränkt, aber in der Regel zu einer deutlichen Schmerzlinderung führt. Diese Methode ist der Goldstandard bei fortgeschrittener Arthrose.

Weitere Verfahren

- Resektionsinterpositionsarthroplastik

Entfernung des Gelenkanteils mit Weichteil-Ersatz, die Beweglichkeit kann erhalten werden, aber mit Funktionseinbußen.

- Prothesenimplantation

Einsatz eines künstlichen Gelenks – diese Methode wird kritisch bewertet und nur in ausgewählten Fällen empfohlen.



Arthrodesen des Großzehengrundgelenks

- 1 Hallux rigidus nach Operation im Röntgenbild
- 2 Implantat am Modell



SPREIZFUSS

WENN DAS QUERGEWÖLBE ABSINKT

Beim Spreizfuß flacht das natürliche Quergewölbe des Vorfußes ab. Dadurch kommt es zu einer Überlastung im Bereich der zweiten bis vierten Mittelfußköpfchen – ein Zustand, der als Metatarsalgie bezeichnet wird.

Typische Beschwerden

- Brennende oder stechende Schmerzen unter dem Vorfuß
- Druckempfindlichkeit beim Gehen oder Stehen
- Bildung von Schwielen unter den Mittelfußköpfchen
- In schweren Fällen: Riss (Ruptur) der sogenannten plantaren Platte, einer stabilisierenden Bandstruktur an der Fußsohle

KONSERVATIVE BEHANDLUNG

Wenn die Beschwerden noch moderat sind oder eine Operation nicht infrage kommt, kann eine Einlagenversorgung helfen. Diese entlastet die Druckzonen und kann die Beschwerden lindern.

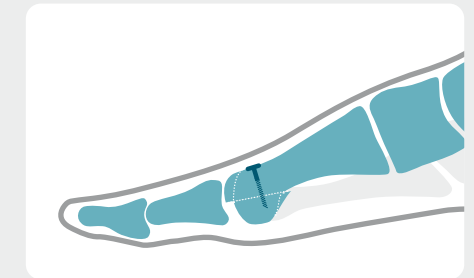
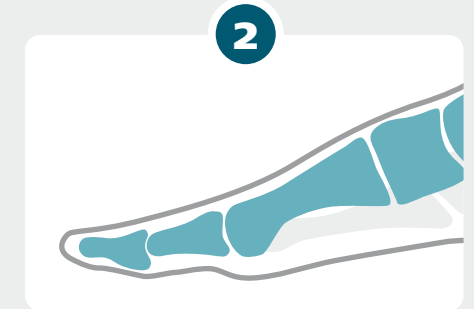
Ziel der Einlage:

- Aufrichtung des Quergewölbes durch eine retrokapitale Pelotte
- Weichbettung im Bereich der schmerzhaften Mittelfußköpfchen

OPERATIVE BEHANDLUNG

Bei anhaltenden oder stark ausgeprägten Schmerzen kann eine Operation nach Weil sinnvoll sein.

Ablauf der OP: Der betroffene Mittelfußknochen wird schräg durchtrennt. Das Knochenfragment wird leicht nach hinten und oben verschoben, so dass das Mittelfußköpfchen nicht länger in der Druckzone liegt. Die neue Position wird mit einer kleinen Schraube stabil fixiert. Ziel der Operation ist die dauerhafte Druckentlastung und Schmerzfremheit im Vorfußbereich.



Operation nach Weil

- 1 Spreizfuß nach Operation im Röntgenbild
- 2 schematische Darstellung von der Seite

HAMMER- UND KRALLENZEHEN

FEHLSTELLUNGEN DER KLEINZEHEN



Hammer- und Krallenzehen entstehen durch eine Beugstellung der Kleinzehen, meist im Mittel- und/oder Endgelenk. Dabei kann die Zehe im Grundgelenk zusätzlich überstreckt sein – in schweren Fällen berührt sie dann nicht mehr den Boden (Luxation).

Mögliche Ursachen

- Begleiterscheinung bei Hallux valgus: Die schiefe Großzehe drückt auf die benachbarten Kleinzehen.
- Spreizfuß: Eine Fehlbelastung des Vorfußes begünstigt die Entwicklung.
- Rheumatische oder neurologische Erkrankungen: Diese Grunderkrankungen können das Muskelgleichgewicht stören und Zehenfehlstellungen auslösen.

Hammerzehe vor Operation
klinisch und im Röntgenbild

Typische Beschwerden

- Schmerzen beim Gehen oder Tragen von Schuhen
- Schwielen oder Hühneraugen (Clavi) über den gebeugten Gelenken
- Entzündungen durch dauerhaften Druck
- In schweren Fällen: vollständiges Ausrenken des Grundgelenks

KONSERVATIVE BEHANDLUNG

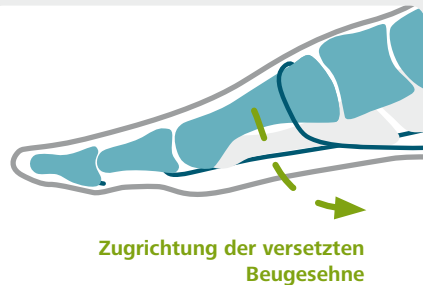
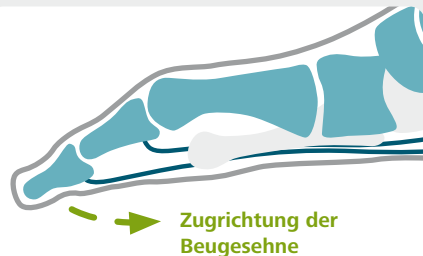
Wenn eine Operation nicht möglich ist – z. B. bei Durchblutungsstörungen (pAVK) – kann eine gut angepasste Schuhversorgung helfen:

- Ausreichend Platz im Zehenbereich (z. B. durch Spezialschuhe)
- Ultraweichbettung in der Einlage zur Reduktion von Druckspitzen an den Zehen

Krallenzehe vor Operation
klinisch und im Röntgenbild



Hammer-/Krallenzeh
schematische Darstellung



Operation nach Girdlestone-Taylor,
schematische Darstellung

OPERATIVE BEHANDLUNG

Bei beweglichen (flexiblen) Hammer- oder Krallenzehen kommen gelenk-erhaltende Verfahren zum Einsatz:

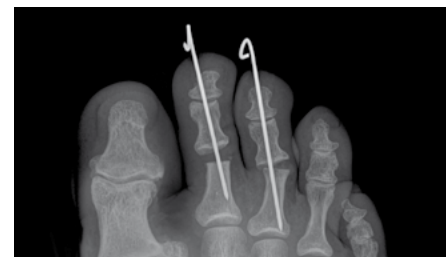
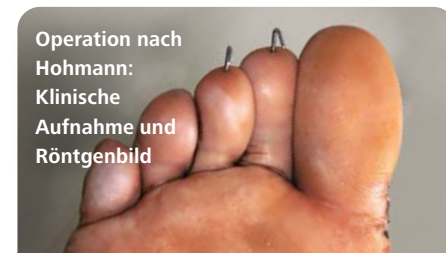
- Sehnedurchtrennung (Tenotomie): Entlastung der Zehe durch gezielte Lösung der Beugesehne.
- Sehenumlagerung nach Girdlestone-Taylor: Die Beugesehne wird auf den Zehenrücken verlegt, um die Zehe wieder zu strecken.

Ist die Hammer- oder Krallenzeh bereits fixiert (kontrakt) und nicht mehr beweglich, kommen weitere operative Verfahren zum Einsatz:

- Gelenkversteifung (Arthrodese) oder
- Entfernung des Grundgliedköpfchens (Operation nach Hohmann) – dies schafft Platz und richtet die Zehe wieder gerade aus.

Bei gleichzeitig bestehendem Spreizfuß kann es notwendig sein, zusätzlich eine Operation nach Weil durchzuführen (siehe S. 15) sowie eine Strecksehnenverlängerung, um das Muskelungleichgewicht auszugleichen.

Häufig wird die korrigierte Zehenstellung mit einem dünnen Draht (K-Draht) fixiert, der nach etwa 3 bis 6 Wochen ambulant entfernt werden kann – in der Regel ohne zusätzliche Narkose.



MINIMALINVASIVE FUSSCHIRURGIE

SANFTE EINGRIFFE FÜR MAXIMALE MOBILITÄT

Die minimalinvasive Fußchirurgie (MIS – Minimal Invasive Surgery) ist eine moderne Operationsmethode, bei der Fußfehlstellungen und andere Beschwerden über kleinste Hautschnitte korrigiert werden. Im Vergleich zur herkömmlichen offenen Chirurgie ist diese Technik besonders gewebeschonend und ermöglicht eine schnellere Heilung.

Vorteile der minimalinvasiven Technik:

- Kleine Hautschnitte – kaum sichtbare Narben
- Geringeres Risiko für Infektionen oder Wundheilungsstörungen
- Kürzere Ausfallzeiten im Alltag und Beruf
- Frühzeitige Belastung des Fußes oft möglich

Diese Methode eignet sich besonders bei:

- Hallux valgus (Ballenzeh)
- Hammerzehen und Krallenzehen
- Kleinzehefehlstellungen
- Überbeinbildung (Exostosen)
- Knick-Senk-Fuß

Ablauf der Behandlung

Nach einer ausführlichen Diagnostik und individuellen Beratung erfolgt der Eingriff ambulant oder stationär – je nach Befund. Die Korrekturen werden unter Sichtkontrolle über spezielle Instrumente durchgeführt.

Spezialisierte Therapie

In unserer orthopädischen Klinik verfügen wir über langjährige Erfahrung in der minimalinvasiven Fußchirurgie mit speziell geschultem Personal. Gemeinsam mit Ihnen erstellen wir ein individuelles Behandlungskonzept – für gesunde und belastbare Füße.

Intraoperative
Knochenbearbeitung
mit der Fräse



NACHBEHANDLUNG

NACH DER OPERATION: WAS SIE SELBST TUN KÖNNEN



Um Schwellungen nach einer Fußoperation zu vermeiden, ist die richtige Nachsorge entscheidend.

Besonders in den ersten Tagen können Sie selbst viel zum Heilungsverlauf beitragen.

Hochlagern – das A und O

Ihr Fuß sollte in den ersten Tagen konsequent über Herzhöhe gelagert werden – möglichst dauerhaft, mit kurzen Pausen von nur 5 – 10 Minuten pro Stunde. Dies hilft, die Schwellung zu minimieren und die Wundheilung zu fördern.

Kühlen – aber richtig

Kälte reduziert Schmerzen und Schwellungen – aber bitte beachten Sie:

- Verwenden Sie Coolpacks oder Eisbeutel immer mit einem Tuch als Zwischenschicht (kein direkter Hautkontakt!)
- Kühlen Sie häufig, aber jeweils nur 5–10 Minuten lang
- Längere Kühlung oder direkte Eisaufgabe kann zu Erfrierungen führen



Vorfußentlastungsschuh

In der Regel tragen Sie für etwa 6 Wochen einen speziellen Vorfußentlastungsschuh. Dieser Schuh wird Ihnen während des Klinikaufenthalts ausgehändigt. Gemeinsam mit der Physiotherapie erlernen Sie das richtige Gehen, wobei der Schuh so konzipiert ist, dass das Körpergewicht ausschließlich über die Ferse abrollt – der Vorfuß bleibt entlastet.

Zehenzügelung & Physiotherapie

Bei bestimmten Eingriffen wird zusätzlich eine Zehenzügelung für ca. 6 – 10 Wochen empfohlen, um die Stellung der Zehe zu stabilisieren. Bitte tragen Sie die Zügelung wie verordnet und durchgehend, auch wenn kurzfristig keine Beschwerden bestehen. Sie ist ein entscheidender Bestandteil der Nachbehandlung und hilft, das Operationsergebnis langfristig zu sichern. Begleitend erfolgt eine gezielte physiotherapeutische Betreuung, um die Beweglichkeit zu erhalten und die Mobilität Schritt für Schritt wiederherzustellen.



Orthese zur
Zügelung der
Zehen
nach der
Operation

Thromboseprophylaxe

Während Sie noch nicht vollständig mobil sind, ist eine Thrombosevorbeugung notwendig. Diese erfolgt in der Regel durch tägliche Heparinspritzen (niedermolekulares Heparin), die ins Unterhautfettgewebe von Bauch oder Oberschenkel verabreicht werden.

Unser Pflegepersonal zeigt Ihnen während des Klinikaufenthalts genau, wie die Anwendung sicher und hygienisch erfolgt. Die Prophylaxe wird fortgeführt, bis Sie wieder dauerhaft selbstständig mobil sind.

MÖGLICHE RISIKEN EINES FUSSCHIRURGISCHEN EINGRIFFS

Wie bei jeder Operation können auch bei fußchirurgischen Eingriffen allgemeine und spezielle Risiken auftreten. Unsere Aufgabe ist es, diese bestmöglich zu vermeiden – dennoch möchten wir Sie umfassend informieren. Ein wichtiger Risikofaktor ist Rauchen. Nikotin kann die Durchblutung und Wundheilung stark beeinträchtigen. ➡ Wir bitten Sie daher, mindestens 4 Wochen vor der Operation mit dem Rauchen aufzuhören und bis zur sicheren Knochenheilung (ca. 8 Wochen nach der OP) rauchfrei zu bleiben.

Allgemeine Risiken

- Thrombosen oder Embolien
- Wundinfektionen, ggf. mit Antibiotikatherapie oder Folgeeingriffen
- Allergische Reaktionen auf Medikamente
- Durchblutungsstörungen bei Gefäßverletzung
- Taubheitsgefühle durch Nervenbeteiligung
- Wundheilungsstörungen oder Bewegungseinschränkungen

Spezielle Risiken

- Pseudarthrosen (Nichtverheilung bei Versteifungen)
- Materialversagen (z. B. bei Implantaten)
- Rezidive oder Überkorrekturen
- Verknöcherung von Weichteilen mit Bewegungseinschränkung
- Komplexes Schmerzsyndrom (M. Sudeck)

Vor der operativen Behandlung erhalten Sie ein Körperhygiene-Set. Dieses bitten wir am Vortag und nach Anleitung zu verwenden.



NOTIZEN

IMPRESSUM

Herausgeber und verantwortlich im Sinne des Presserechts:

Univ.-Prof. Dr. med. habil. T. Renkawitz
Direktor der Klinik für Orthopädie • Universität Regensburg
Asklepios Klinikum Bad Abbach

Redaktionelle Mitarbeit: Priv.-Doz. Dr. med. habil. F. Leiß
Layout und Grafik: Robert Gerlach, Klaus Bahringer
Fotos: Robert Gerlach, B. Leitner | adpic (Titel)

KONTAKT

Hochschulambulanz
09405.18-2407

QR-CODE SCANNEN
UND ONLINE
TERMIN BUCHEN!





Hochschulambulanz
Terminvergabe unter
Tel. 09405.182407

www.asklepios.com/badabbach



**Universitäre
Fußsprechstunde**

Jeden Dienstag von
8 – 11 Uhr und 13 – 15 Uhr

www.ur.de/medizin/orthopaedie



**Klinik für Orthopädie
Universität Regensburg**

Asklepios Klinikum Bad Abbach
Kaiser-Karl V.-Allee 3
93077 Bad Abbach