



Heilkundezentrum Midgard
Bremerhavener Straße 170
28219 Bremen
www.heilkundezentrum-midgard.de
0421 - 43 74 1098

Hallux valgus verstehen

Ursachen, Beinachsen und konservative Behandlung

Patienteninformation

Worum es in diesem Beitrag geht

Der Hallux valgus ist eine komplexe Fehlstellung des Vorfußes. Dieser Beitrag verbindet den medizinischen Kenntnisstand mit meinem seit etwa 2010 entwickelten therapeutischen Erfahrungsmodell, das die Belastungskette von Hüfte, Oberschenkel, Knie, Unterschenkel und Fuß einbezieht. Wissenschaftlich belegte Aussagen, plausible Zusammenhänge und Praxiserfahrung werden dabei klar voneinander unterschieden. Heilpraktiker Jürgen Seibold

1. Was ist ein Hallux valgus?

Beim Hallux valgus weicht die Großzehe in Richtung der übrigen Zehen ab. Gleichzeitig tritt der Kopf des ersten Mittelfußknochens auf der Innenseite des Vorfußes deutlicher hervor. Umgangssprachlich wird diese Vorwölbung häufig als „Ballen“ bezeichnet.

Die Veränderung betrifft nicht nur die sichtbare Stellung der Großzehe. Beteiligt sein können der erste Mittelfußknochen, das Großzehengrundgelenk, die Stellung der Sesambeine, die Rotation des ersten Strahls sowie die Belastungsverteilung im gesamten Vorfuß.

Der Hallux valgus gilt deshalb heute als komplexe dreidimensionale Fehlstellung.

Beschwerden und sichtbarer Winkel stimmen nicht immer überein. Manche ausgeprägten Fehlstellungen verursachen wenig Schmerzen; geringere Veränderungen können dagegen durch Druck im Schuh, Gelenkreizung oder Belastungsprobleme deutlich beschwerdehaft sein.

Als gesicherte Grundlage gilt: Die Entstehung ist multifaktoriell. familiäre und anatomische Voraussetzungen, Alter, Bindegewebeigenschaften, Form und Stabilität des ersten Strahls sowie einengendes Schuhwerk können beteiligt sein. Welche Bedeutung der gesamte Bewegungsablauf und die Beinachse haben, ist wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt.

2. Kraftübertragung vom Bein in den Fuß – mein Erfahrungsmodell

Beim Stehen und Gehen werden Kräfte nicht isoliert im Großzehengrundgelenk aufgenommen. Stellung und Bewegung von Oberschenkel, Knie, Unterschenkel, Sprunggelenk und Fuß beeinflussen gemeinsam, wo Belastung ankommt und wie sie weitergeleitet wird.

Einordnung der roten Linien

Die Abbildungen zeigen ein vereinfachtes funktionelles Belastungsmodell aus meiner therapeutischen Arbeit. Die roten Linien sind keine radiologisch bestimmte mechanische Beinachse. Sie sollen veranschaulichen, wie sich die Belastungsrichtung bei unterschiedlicher Organisation von Knie, Sprunggelenk und Fuß fortsetzen kann.

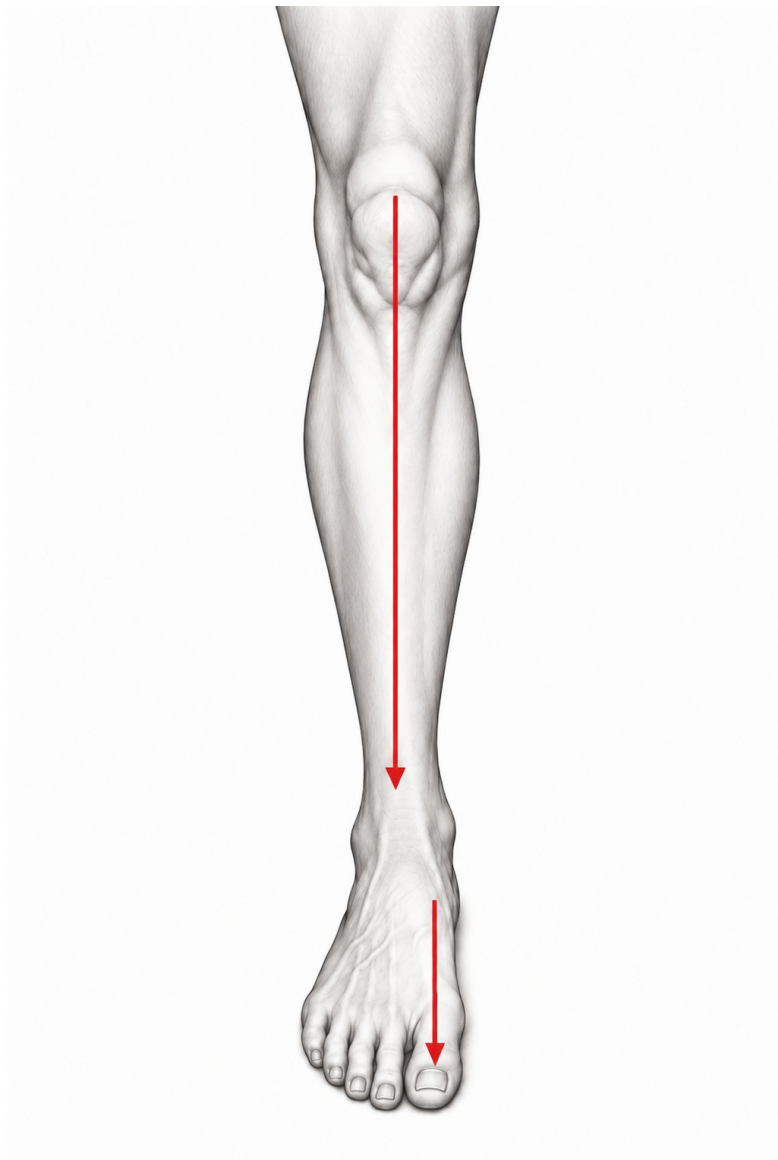


Abbildung 1: Funktionell günstige Ausrichtung. Die lange rote Linie zeigt die Schwerkraftrichtung: Sie beginnt mittig im Oberschenkel und verläuft durch die Mitte des Knies zum Sprunggelenk. Der kurze Pfeil setzt dieselbe Richtung bis in die Großzehe fort.

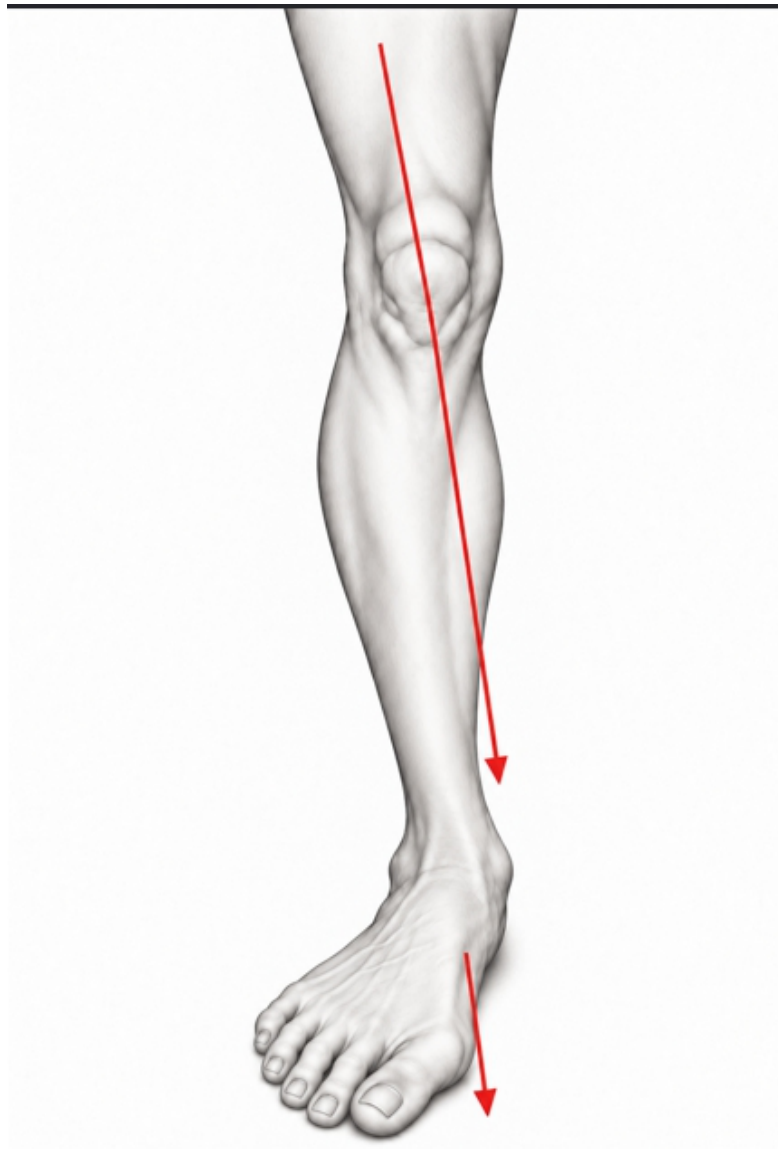


Abbildung 2: Funktionelle Abweichung. Die lange rote Linie beginnt mittig im Oberschenkel und läuft durch das nach innen gedrehte Knie. Durch die veränderte Beinachse und das medial einknickende Sprunggelenk verläuft die Belastung distal am medialen Fußrand; der kurze Pfeil führt in gleicher Richtung an der abweichenden Großzehe vorbei.

3. Mein therapeutisches Erfahrungsmodell seit 2010

Seit etwa 2010 untersuche und behandle ich Hallux-valgus-Beschwerden unter Einbeziehung der gesamten Beinachse. Nach meiner Erfahrung reicht es häufig nicht aus, ausschließlich die Großzehe zu mobilisieren oder sie passiv in eine günstigere Stellung zu bringen.

Entscheidend kann sein, wie Hüfte, Oberschenkel, Knie, Unterschenkel und Fuß beim Stehen und Gehen zusammenarbeiten.

Grundlage meines Ansatzes

Das Konzept beruht auf meiner Ausbildung und Tätigkeit als Physiotherapeut und Heilpraktiker sowie auf meiner langjährigen praktischen und theoretischen Beschäftigung mit asiatischen Bewegungssystemen: seit 1989 mit Kung Fu, seit 2003 insbesondere mit Taiji Quan und seit 2026 ergänzend mit daoistischem Yoga.

Diese Grundlagen haben meinen Blick auf Körperachsen, Gewichtsverlagerung, Belastungsübertragung und koordinierte Bewegung geprägt. Die daraus gewonnenen Beobachtungen sind kein wissenschaftlicher Beweis für eine einheitliche Entstehungsursache. Sie bilden ein am einzelnen Patienten überprüfbares therapeutisches Modell, das ich fortlaufend weiterentwickelt habe.

Mögliche Entwicklungskette aus meiner Praxis

- Familiäre Voraussetzungen können eine anatomische oder bindegewebige Anfälligkeit begünstigen.
- Kinder können zusätzlich Haltungs- und Bewegungsmuster naher Bezugspersonen übernehmen. Diese Beobachtung ist als Praxishypothese zu verstehen und nicht als nachgewiesene Hallux-valgus-Ursache.
- Eine Innenrotation des Oberschenkels kann die Stellung des Knies und die Belastungsrichtung zum Fuß verändern.
- Das Sprunggelenk kann nach medial einknicken; das Längsgewölbe verliert an Höhe und der Vorfuß gerät in eine Senk-Spreiz-Situation.
- Die Belastung wird am ersten Strahl und an der Großzehe ungünstig weitergegeben. Fehlstellung, Muskelzüge, Gelenkreizung und Ausweichbewegungen können sich gegenseitig verstärken.
- Schuhwerk kann die Zehen direkt zusammendrängen oder durch starke Führung und geringe Bewegungsfreiheit die aktive Fußarbeit vermindern.

Die verbreitete zusammenfassende Bezeichnung „Senk-Spreiz-Plattfuß“ kann unterschiedliche funktionelle und strukturelle Veränderungen vermischen. Die genaue Abgrenzung von Knick-, Senk-, Spreiz- und Plattfuß soll deshalb gesondert behandelt werden.

4. Medizinischer Kenntnisstand und wissenschaftliche Einordnung

Der medizinische Kenntnisstand beschreibt den Hallux valgus als multifaktorielle, dreidimensionale Fehlstellung. Gut belegt oder fachlich anerkannt sind insbesondere:

- familiäre Häufung und anatomische Voraussetzungen des Fußes;
- Alter, Geschlecht, Band- und Bindegewebeigenschaften;
- Form, Beweglichkeit und Stabilität des ersten Strahls sowie des Großzehengrundgelenks;
- enge oder spitz zulaufende Schuhe, die die Zehen direkt zusammendrängen;
- bestimmte Fußformen und Begleiterkrankungen, die Belastung und Gelenkstabilität verändern können.

Eine familiäre Vorbelastung beschreibt eine erhöhte Anfälligkeit, keine unvermeidbare Entwicklung. Schuhwerk, Belastung und individuelle Anpassungsfähigkeit können den Verlauf mitprägen.

Untersuchungen beschreiben Zusammenhänge zwischen Hallux valgus, Fußpronation, Rückfußstellung, Beweglichkeit der unteren Extremität, Muskelaktivität und veränderten Gangmustern. Damit ist gut begründbar, den Hallux valgus nicht vollständig losgelöst von der übrigen unteren Extremität zu betrachten.

Aus solchen Zusammenhängen lässt sich jedoch nicht automatisch eine einheitliche Ursache ableiten. Je nach Patient können Achsenveränderungen Ursache, Folge oder gegenseitiger Verstärker sein. Die Forschung belegt bislang nicht, dass eine bestimmte Beinachsenabweichung regelhaft zum Hallux valgus führt oder dass ihre Korrektur die knöcherne Fehlstellung zuverlässig zurückbildet.

Was belegt ist – und was offenbleibt

Gut belegt ist die multifaktorielle und dreidimensionale Natur des Hallux valgus. Zusammenhänge mit Pronation, Rückfußstellung, Muskelaktivität und Gangmustern sind untersucht, erlauben aber keinen allgemeinen Kausalnachweis für eine bestimmte Beinachsenabweichung. Das dargestellte Achsenmodell ist deshalb als therapeutische Arbeitshypothese und Praxiserfahrung gekennzeichnet.

5. Untersuchung: Nicht nur den Winkel betrachten

Eine sinnvolle Untersuchung richtet sich nicht allein nach dem sichtbaren Halluxwinkel. Entscheidend sind Beschwerden, Beweglichkeit, Gewebereaktion und Funktion unter Belastung. In meinem Vorgehen werden insbesondere betrachtet:

- Schmerzort, Druckempfindlichkeit, Entzündungszeichen und Schuhkonflikte;
- Beweglichkeit und Reizlage des Großzehengrundgelenks;
- Stellung und aktive Kontrolle von Großzehe, Mittelfuß und Fußgewölben;
- Ausrichtung des Sprunggelenks beim Stehen, Abrollen und Einbeinstand;
- Innen- und Außenrotation von Hüfte und Oberschenkel sowie die Stellung des Knies;
- Gangbild, Gewichtsverlagerung und wiederkehrende Alltagsbelastungen;
- Schuhwerk, bisherige Hilfsmittel, Vorbehandlungen und Operationsbefunde.

6. Konservative Behandlung

Konservative Maßnahmen können vor allem Schmerzen reduzieren, Druck entlasten und Funktion verbessern. Eine ausgeprägte knöcherne Fehlstellung lässt sich dadurch nicht zuverlässig in eine anatomisch normale Stellung zurückführen, aber Verbesserungen der Statik liegen im Bereich des Möglichen. Der individuelle Nutzen muss deshalb realistisch und regelmäßig überprüft werden.

Achsen- und Bewegungskorrektur

Geübt wird nicht nur eine isolierte Zehenbewegung. Ziel ist eine besser koordinierte Belastungsaufnahme von Hüfte und Knie über das Sprunggelenk bis in den Fuß. Korrekturen müssen in Stehen, Gehen und alltagsbezogene Bewegungen übertragen werden.

Aktive Fußarbeit

Der Fuß soll wieder aktiv an Gewichtsaufnahme, Stabilisation und Abstoßen beteiligt werden. Welche Übungen geeignet sind, hängt von Beweglichkeit, Reizlage, Kraft, Koordination und Ausprägung der Fehlstellung ab.

Manuelle Therapie

Manuelle Behandlung kann Beweglichkeit verbessern, schmerzhafte Gewebe entlasten und das anschließende aktive Training erleichtern. Sie ersetzt die eigenständige Bewegungsanpassung nicht und ist aus meiner Sicht vor allem unterstützend einzusetzen.

Schuhwerk und Hilfsmittel

Ausreichend Zehenraum, eine passende Schuhform und eine zur individuellen Situation passende Sohle können Druck reduzieren. Spreizer, Einlagen und Bandagen können im Einzelfall vor Allem in der Frühphase der Therapie entlasten, verändern aber nicht die zugrunde liegende Bewegungsorganisation. Ihr Nutzen sollte konkret geprüft und nicht allein aus dem Produktversprechen abgeleitet werden.

7. Zeitlich begrenzter Therapieversuch

Bei beweglicher Fehlstellung, kontrollierbarer Reizlage und fehlenden Warnzeichen kann ein strukturierter konservativer Therapieversuch in vielen Fällen gut vertretbar sein. Vor Beginn werden erreichbare Ziele festgelegt.

- Erfolgskriterien: weniger Schmerz und Druck, bessere Geh- oder Belastungsfähigkeit, verbesserte aktive Fußkontrolle und günstigere Reaktion auf Alltagssituationen.
- Verlaufskontrolle: Funktionsprüfungen, Schmerz- und Belastungsprotokoll sowie Vergleich der Alltagssituationen.
- Abbruch- oder Anpassungskriterien: zunehmender Ruheschmerz, deutliche Entzündungszeichen, neue Taubheit, rasche Verschlechterung, anhaltende Überlastungsreaktion oder ausbleibender funktioneller Nutzen trotz angemessener Mitarbeit.

Eine sichtbare Winkelveränderung kann dokumentiert werden, sollte aber nicht das einzige Erfolgskriterium sein. Vorrangig sind belastbare Verbesserungen von Beschwerden, Funktion und Selbstständigkeit.

8. Operation – wann sie erwogen werden kann

Eine Operation sollte weder pauschal abgelehnt noch allein wegen des sichtbaren Winkels empfohlen werden. Wichtige Kriterien sind anhaltende Schmerzen, funktionelle Einschränkungen, Gelenkzustand, Beweglichkeit, Schuhprobleme, Begleitfehlstellungen, bisherige konservative Maßnahmen und die Erwartungen des Patienten.

Je nach Ausgangsbefund stehen unterschiedliche Operationsverfahren zur Verfügung. Eine Operation kann die knöcherne Stellung korrigieren, beseitigt aber nicht automatisch jedes ungünstige Belastungs- oder Bewegungsmuster. Deshalb bleiben Rehabilitation, Fußfunktion, Schuhwahl und eine funktionell sinnvolle Belastung auch nach dem Eingriff bedeutsam.

Eine erneute Verschlechterung nach einer Operation kann verschiedene Gründe haben. Neben fortbestehender Fehlbelastung spielen unter anderem Ausgangsbefund, Operationsverfahren, erzielte Korrektur, Heilungsverlauf und Gewebeeigenschaften eine Rolle.

9. Grenzen und ärztliche Abklärung

Neu auftretende starke Schmerzen, ausgeprägte Rötung oder Überwärmung, Verletzungen, Durchblutungs- oder Sensibilitätsstörungen, rasche Formveränderungen oder Verdacht auf entzündlich-rheumatische beziehungsweise neurologische Ursachen gehören ärztlich abgeklärt. Vor einer Operationsentscheidung ist eine fachorthopädische Untersuchung mit geeigneter Bildgebung erforderlich – ich empfehle aus meiner Praxiserfahrung zeitig eine funktionelle Einordnung der Haltung und Bewegung.

Dieser Beitrag dient der allgemeinen Information und ersetzt keine individuelle Anamnese, Untersuchung oder Diagnose. Welche Behandlung geeignet ist, muss im Einzelfall entschieden werden.

10. Literaturauswahl

- Perera AM, Mason L, Stephens MM. The pathogenesis of hallux valgus. *Journal of Bone and Joint Surgery British Volume*. 2011;93-B(12):1650–1661. doi:10.1302/0301-620X.93B12.27630.
- Nix SE, Vicenzino BT, Collins NJ, Smith MD. Characteristics of foot structure and footwear associated with hallux valgus: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2012;20(10):1059–1074. doi:10.1016/j.joca.2012.06.007.
- Hurn SE, Matthews BG, Munteanu SE, Menz HB. Effectiveness of nonsurgical interventions for hallux valgus: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care and Research*. 2022;74(10):1676–1688. doi:10.1002/acr.24603.
- Easley ME, Trnka HJ. Current concepts review: hallux valgus part 1 – pathomechanics, clinical assessment, and nonoperative management. *Foot and Ankle International*. 2007;28(5):654–659.