

**Fachgebiet:** Orthopädie und Unfallchirurgie  
**Diagnose:** Epicondylitis humeri radialis  
**Titel:** Therapieprinzipien der Behandlung der Epicondylitis humeri radialis  
**Autor:** Prof. Dr. med. Jürgen Ahlers  
**Verfahren:** 329/13 - Stand der Veröffentlichung: 15.04.2016

## Der Fall

Die 48 Jahre alte Patientin klagte seit Mitte Dezember 2012 über Beschwerden an der Außenseite des rechten Ellenbogens. Die Hausärztin empfahl lokale Eisanwendung und Reizstromtherapie. Die Vorstellung bei einem niedergelassenen Chirurgen erfolgte erstmalig am 10.01.2013. Er attestierte Beschwerden im Ober- und Unterarm mit einem Druckschmerz über dem lateralen Epikondylus und diagnostizierte einen „Tennisellenbogen“. Die Röntgenuntersuchung ergab keine pathologischen Veränderungen. Der betroffene Arzt empfahl die sofortige Operation, die am 24.01.2013 erfolgen sollte und aus familiären Gründen auf den 31.01.2013 verschoben wurde. Die Operation erfolgte nach der von Hohmann angegebenen Operationsmethode. Am 04.02.2013 ergab die zweite ambulante Vorstellung eine Flüssigkeitsansammlung. Ursächlich wurde eine Überlastung des rechten Armes angenommen, da die Patientin mit dem Staubsauger gearbeitet habe. Am 11.02.2013 wurde seröse Flüssigkeit punktiert. Am 13.02.2013 musste eine erneute Flüssigkeitsansammlung ohne Entzündungszeichen punktiert werden. Am 19.02.2013 bestand weiter ein minimaler Erguss. Am 22.02.2013 wurden weiter Schmerzen geklagt, die lateralseitig in den Ober- und Unterarm ausstrahlten. Wegen der Beschwerdepersistenz folgten zahlreiche ärztliche Untersuchungen und Behandlungen in verschiedenen Kliniken.

## Die Einwände der Patientin

Die Patientin trug vor, dass die Beschwerden am rechten Ellenbogen trotz der Operation verblieben. Der behandelnde Arzt hatte am 10.01.2013 die eindeutige Diagnose einer Epikondylitis humeri radialis gestellt und hielt daher weitere Untersuchungen oder andere Behandlungsverfahren für nicht mehr erforderlich. Er riet zur umgehenden Operation.

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

## Die Begutachtung

Die Diagnose einer Epicondylitis humeri radialis ist nicht einfach. Die Beschwerdesymptomatik ist vielfältig und kann ihre Ursachen von Veränderungen der Halswirbelsäule bis zu Engpasssyndromen am Unterarm haben. Die allgemeine Empfehlung ist eine langfristige konservative Therapie, da - im Gegensatz zu der Epicondylitis humeri ulnaris - in etwa 90 % aller Fälle eine vollständige Ausheilung eintritt. Es steht eine Vielzahl an Behandlungsverfahren zur Verfügung. Erst wenn die konservativen Maßnahmen versagen, besteht die Indikation zur Operation.

Nach einer längerfristigen und konsequenten, aber erfolglosen konservativen Behandlung - unter Anwendung vielfältiger Verfahren - zeigt eine indizierte MRT-Untersuchung typische Veränderungen einer chronischen Epicondylitis humeri radialis. Ist die Diagnose gesichert, stehen verschiedene Operationsverfahren zur Verfügung. Hohmann geht von der Insertions-tendopathie aus und versucht durch die Ablösung der am Epikondylus ansetzenden Muskulatur den Reizzustand auf den Knochen zu beseitigen. Wilhelm geht von einer nervalen Fehlinformation aus und empfiehlt die vollständige Denervierung des Epikondylus radialis mit

dem Absetzung der am Epikondylus radialis ansetzenden Sehnen. Trotz einer indizierten und korrekt erfolgten Operation können Schmerzen verbleiben.

Im zu bewertenden Fall wird bemängelt:

- Die Zeit der konservativen Behandlung war zu kurz (etwa 4 Wochen) und die lokalen Eisanwendungen bzw. Elektrotherapien reichten nicht aus. Andere Behandlungsverfahren wurden nicht angewendet.
- Die Diagnose einer Epicondylitis humeri radialis wurde nur aufgrund der klinischen Untersuchung und einer konventionellen Röntgenuntersuchung gestellt. Weitere diagnostische Maßnahmen erfolgten nicht.
- Es erfolgte keine postoperativ gesicherte Schonung des Armes. Durch die zu frühe Belastung des Armes (Staubsaugen) kam es zu einem schmerzhaften Reizzustand mit einer Wundheilungsstörung.

Das Gutachten wurde von einem Orthopäden und Unfallchirurgen gegengelesen. Er wendet ein, dass der Operateur in den 15 Jahren seiner chirurgischen Tätigkeit 757 Patienten wegen einer Epicondylitis humeri radialis behandelt habe. Er habe etwa 90 % dieser Patienten operativ behandelt und stets Beschwerdefreiheit erzielt. Somit verfüge er über eine große Erfahrung. Die AWMF-Leitlinie (eine S 1-Leitlinie – also einfache Empfehlung -) stelle nur einen informellen Konsens der Expertengruppe dar. Eine Ruhigstellung nach einer Operation widerspreche der empfohlenen frühfunktionellen Therapie. Allerdings wurde darauf hingewiesen, dass ein konservativer Therapieversuch über mindestens drei Monate hätte erfolgen müssen.

### **Die zusammenfassende Wertung des Gutachters**

Die Diagnose wurde alleine aufgrund klinischer und radiologischer Untersuchung ohne gesicherte Diagnosestellung einer Epicondylitis humeri radialis und ohne Ausschluss der vielfältigen anderen Ursachen der Beschwerden gestellt.

Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten wurden nicht ausreichend intensiv und lange genug durchgeführt. Die Beschwerden bestanden nur etwa einen Monat. Die fehlende postoperative Schonung des Armes zur Unterstützung der Wundheilung führte zu einer zu frühen Belastung des Armes mit Ausbildung einer Wundheilungsstörung.

### **Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses**

Der Schlichtungsausschuss ist der Argumentation und Wertung des Gutachters weitestgehend gefolgt und hat ein vorwerfbares ärztliches Fehlverhalten bejaht. Er hat in seiner Sitzung vom 03.02.2016 entschieden, dass keine Indikation für eine sofortige Operation am Ellenbogen bestanden und insoweit auch eine nachvollziehbare Aufklärung gefehlt hat. Ferner hat der Schlichtungsausschuss die Feststellung des Sachverständigen bestätigt, dass der Arm postoperativ nicht ausreichend ruhiggestellt worden war. Die zu frühe Belastung des Armes hat zu einer Wundheilungsstörung mit einer Verzögerung der Wundheilung geführt.

### **Literaturangaben des Gutachters**

- AWMF Leitlinie Epicondylopathia radialis humeri. S 1–Leitlinie im Leitlinienverzeichnis Registernummer: 033–019.
- Wilhelm A: Therapierestente Epicondylitis humeri radialis und Denervierungsoperation Operat OrthopTraumatol 1 (1989) 25–34.
- Hohmann G: Über den Tennisellenbogen Verh Dtsch Ges 21 (1926) 349.