

Diesmal: Nicht indizierte operative Behandlung bei adhäsiver Kapsulitis der Schulter

Kasuistik

Ein 50-jähriger Patient stellte sich in einer Klinik vor und klagte über seit sechs bis acht Wochen bestehende Schmerzen im rechten Schultergelenk. Bei der Untersuchung wurde eine Bewegungseinschränkung mit einer Abduktionsfähigkeit bis 60 Grad nachgewiesen. Schürzen- und Nackengriff waren nicht vorführbar. Mit Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenks in zwei Ebenen wurde der Verdacht auf eine Einengung des Subacromialraums erhoben. Der rechte Arm wurde in einer Bandage ruhiggestellt, Schmerzmittel verordnet und eine MRT-Untersuchung veranlasst.

Diese wurde wenige Tage später durchgeführt. Im Befund wurden eine Bursitis im Subacromialraum und eine Tendinitis im Ansatzbereich der Supraspinatus- und Subscapularissehne angegeben. Aufgrund einer Signalanhebung der infraglenoidalen Gelenkkapsel wurde außerdem der Verdacht auf eine adhäsive Kapsulitis erhoben. Eine Einengung des Subacromialraums wurde nicht erwähnt, das Acromion wurde als Typ 1 beschrieben.

Bei einer Wiedervorstellung eine Woche nach der MRT-Untersuchung wurde über deutliche bewegungseinschränkende Schmerzen geklagt, bei weiterhin eingeschränkter Abduktion bis maximal 60 Grad und nicht vorführbarem Schürzen- und Nackengriff. Da die lokale Infiltrationstherapie keinen Erfolg gebracht hatte und der Patient einer konservativen Therapie eher ablehnend gegenüberstand, wurde eine arthroskopische Operation mit Revision des Subacromialraums empfohlen.

Bei der Operation eine Woche später wurde ein unauffälliger, intraartikulärer Befund festgestellt. Im Subacromialraum wurde bursektomiert und dieser durch Acromio-Plastik und

Durchtrennung des coracoacromialen Bands erweitert.

Im weiteren Verlauf blieb es jedoch bei anhaltenden Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit des rechten Schultergelenks. Wegen persistierender Schmerzen und Bewegungseinschränkungen wurde der Patient erneut stationär aufgenommen und unter der Diagnose postoperative Schultersteife rechts erneut eine arthroskopische Operation durchgeführt. Dabei wurde wieder bursektomiert und die Acrom-Plastik nachgearbeitet.

Auch im weiteren Verlauf kam es zu keiner Besserung der Beschwerden. Zweieinhalb Monate nach der Operation stellte sich der Patient in einem Schulterzentrum vor. Durch den behandelnden Arzt wurde eine Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Schultergelenks festgestellt und von einer primären Schultersteife bei adhäsiver Kapsulitis ausgegangen. Nach einer intraartikulären Injektion mit einem Lokalanästhetikum und einem Kortikoid kam es zu einem sofortigen Rückgang der Schmerzen. Der Patient wurde auf eine Erkrankungsdauer von ein bis zwei Jahren hingewiesen und für die weitere Behandlung die Konsultation eines Schmerztherapeuten empfohlen. Mit einer Übungsbehandlung sollte in zwei bis drei Monaten begonnen werden.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Nach der ersten Operation hätten weiterhin starke Schmerzen im rechten Schultergelenk bestanden. Nach sechs Wochen sei eine zweite Operation am selben Schultergelenk durchgeführt worden. Auch diese Operation habe zu keiner Besserung geführt. Die Physiotherapie hätte nach zwölf Behandlungen wegen starker Schmerzen eingestellt werden müssen.



© Chaotic Photography fotolia.com

Stellungnahme des Krankenhauses

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wurde entgegnet, dass bei der Vorstellung in der chirurgischen Sprechstunde das klassische Bild eines Impingementsyndroms vorgelegen habe. Es sei daher ein Operationstermin vereinbart und eine Acromio-Plastik und Bursektomie lege artis durchgeführt worden. Weiterhin hätte sich eine starke Schmerzhaftigkeit zum Teil auch in Ruhe mit zusätzlich ausgeprägter Bewegungseinschränkung eingestellt. Auch nach der zweiten Operation sei über weiterhin Schmerzen und Bewegungseinschränkungen geklagt worden. Klinisch habe sich das Bild einer Kapsulitis ergeben.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter war der Ansicht, dass im vorliegenden Fall die bei der primären Befundung festgestellte Einschränkung der Beweglichkeit eher für

das Vorliegen einer primären adhäsiven Kapsulitis gesprochen hätte. In der MRT-Untersuchung seien jedoch Zeichen einer Bursitis subacromialis nachgewiesen worden, die ein subacromiales Impingementsyndrom hervorrufe. Die Diagnose Impingement sei nicht hundertprozentig sicher, jedoch im hohen Maße wahrscheinlich gewesen. Der Gutachter weist zwar darauf hin, dass spezielle klinische Untersuchungen, die ein Impingementsyndrom nahelegen könnten, nicht durchgeführt worden seien, dies sei jedoch nicht als Fehler zu bewerten.

Bei verbliebener, massiver Bewegungseinschränkung sei die Indikation zur Re-Operation bereits nach weiteren sechs Wochen vertretbar gewesen. Diese Operation sei bereits unter der Diagnose adhäsive Kapsulitis der rechten Schulter durchgeführt worden. Zu keinem Zeitpunkt sei eine adhäsive Kapsulitis sicher nachgewiesen worden.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle konnte sich dem Gutachten im Hinblick auf die Fehlerfrage im Ergebnis nicht anschließen, da das Gutachten diesbezüglich eine widersprüchliche Argumentation enthielt.

Im vorliegenden Fall wurden zwar bei der ersten Untersuchung keine vollständigen Bewegungsumfänge dokumentiert, mit einer Abduktionsfähigkeit bis 60 Grad und der Unmöglichkeit eines Schürzen- und Nackengriffs lagen jedoch deutliche Hinweise auf eine erhebliche Bewegungseinschränkung vor. Untersuchungen, die das Vorliegen eines Impingementsyndroms nahelegen würden, wurden nicht dokumentiert. Die Röntgenaufnahmen zeigten einen weiten Subacromialraum und eine Acromionform vom Typ 1, was die Diagnose Impingementsyndrom sehr unwahrscheinlich macht. Die im MRT beschriebenen Veränderungen im Ansatzbereich der Sehnen der Rotatorenmanschette gehen kaum über ein altersentsprechendes Ausmaß hinaus. Demgegenüber zeigen die MRT-Bilder eine deutliche Verkleinerung des unteren Gelenkzessus und eine Verdickung der Kapsel in diesem Bereich auf

mehr als 4 Millimeter. Dies sind deutliche Hinweise auf eine primäre Schultersteife bei adhäsiver Kapsulitis.

Es handelt sich dabei um eine Erkrankung, die in drei Phasen abläuft und innerhalb von ein bis zwei Jahren zur Spontanheilung führt. Besonders in der ersten entzündlichen Phase, die etwa ein halbes Jahr dauert, sind jegliche operative Eingriffe kontraindiziert, da sie schnell zu einer erneuten schmerzhaften Wiedereinsteifung führen. In dieser Phase steht die Schmerztherapie auch durch lokale oder systemische Kortikoidanwendungen ganz im Vordergrund. Krankengymnastische Übungsbehandlungen können in der zweiten Phase der Erkrankung, erkennbar an einem leichten Rückgang der Schmerzen bei anhaltender Schultersteife, einsetzen.

Im vorliegenden Fall wurde nach einer mit drei Wochen äußerst kurzen konservativen Behandlung und einer Gesamtanamnese der Erkrankung von elf Wochen eine Operation durchgeführt. Selbst unter der Annahme eines Impingementsyndroms wäre dieses Vorgehen nicht zu rechtfertigen. Von Anfang an hätte dem Patienten daher eine Arthroskopie nicht empfohlen werden dürfen. Es kann sich folglich auch nicht darauf berufen werden, dass der Patient infolge der Empfehlung eine Arthroskopie wünschte: Welche Maßnahmen indiziert sind, entscheidet allein der Arzt. Welche indizierten Maßnahmen durchgeführt werden, entscheidet allein der Patient. Die zweite Operation, sechs Wochen später, wurde zwar bereits unter der Diagnose adhäsive Kapsulitis durchgeführt. Bei der Operation wurden jedoch ausschließlich erneut die Maßnahmen, die bei Impingementsyndrom angezeigt sind, durchgeführt. Auch die zweite Operation erfolgte während der ersten entzündlichen Phase einer primären Schultersteife bei adhäsiver Kapsulitis. Beide Operationen waren nicht indiziert.

Bei fachgerechtem, ärztlichem Handeln wären die beiden Operationen unterlassen und eine stadiengerechte, konservative Therapie durchgeführt worden, unter der es innerhalb von ein bis zwei Jahren zur Spontanheilung der Erkrankung mit freier Beweglichkeit

und Beschwerdefreiheit gekommen wäre. Durch das fehlerhafte Vorgehen wurden zwei nicht indizierte Operationen durchgeführt mit vermehrten Beschwerden jeweils postoperativ. Die korrekte konservative Behandlung wurde um etwa ein halbes Jahr verzögert.

Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche im dargestellten Rahmen für begründet.

Fazit

Nicht jeder Schulterschmerz ist auf eine Pathologie im Bereich der Rotatorenmanschette zurückzuführen. Die Differenzialdiagnose einer primären Schultersteife bei adhäsiver Kapsulitis gegenüber einem Impingementsyndrom ergibt sich aus einer genauen Anamneseerhebung sowie einer Untersuchung, bei der zwischen einer schmerzhaften Schulterbeweglichkeit und einer schmerzhaften Schultersteife unterschieden wird.

■ Dr. med. Michael Rojczyk
Arztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

Kerstin Kols, Assessor juris
Geschäftsführerin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Kontakt:
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern
Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover
Tel.: 0511 353939-10 oder -12
E-Mail: info@schlichtungsstelle.de
www.norddeutsche-schlichtungsstelle.de

Hinweis:
Weitere Fälle aus der norddeutschen Schlichtungsstelle finden Interessierte im Internet unter www.laekb.de, Rubrik ‚Arzt‘ – ‚Kasuistiken‘
Alle Fälle entstammen der gemeinsamen Fallsammlung der neun Mitgliedskammern der norddeutschen Schlichtungsstelle.