

Aktueller Fall aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum „Aktuellen Fall aus der Gutachterstelle“, im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2020, Seite 6

Sehr geehrter Kollege Kluge,
hier meine Einschätzung:

24. Februar 2016

Leider fehlen Angaben zum BMI.
Ein BAA von 8 cm Durchmesser kann man in der Regel tasten.
Ein BAA von 8 cm Durchmesser muss man in der Abdomen-Sonografie sehen.

25. Februar 2016

1.15 Uhr starke Unterbauchschmerzen: dann muss er sofort ins CT und nicht am Morgen um 9.00 Uhr!

CT: kein Anhalt für Ruptur. Nicht immer einfach zu beurteilen, zum Beispiel gedeckte Ruptur, drohende Perforation. Ich mutmaße aber, dass ein erfahrener Gefäßchirurg sich die Bilder angesehen hat.

Das folgende Procedere ist üblich mit Bestellung des Stents.

Eine kontinuierliche RR-Messung und gegebenenfalls iv Blutdrucksenkung zum Beispiel auf einer Intermediate Care wären sinnvoll gewesen.

27. Februar 2016

0.15 Uhr: „starke Unterbauchschmerzen“: Hier hätte ich die sofortige Indikation zur notfallmäßigen Laparotomie gestellt.

22 Uhr: „Verschlechterung AZ“ Warum noch ein CT um 23 Uhr?

Als Facharzt für Herzchirurgie, habe ich Gefäß- und Allgemeinchirurgie gemacht, selbst BAA's offen operiert und bei Stentings „chir.“ Stand by gemacht.

Dr. med. Torsten Bossert, Leipzig

Sehr geehrter Herr Kluge,
das „verhaltene Echo“ ermutigt mich, obschon fachfremd und im Ruhestand, zu einer Äußerung, auch weil der Sachverhalt so ist, wie er ist. Stichworte:
Ein 73-jähriger ohnehin kranker Mann mit zunehmenden abdominalen Beschwerden kommt in ein Haus der Grund-/Regelversorgung.

Abdomen-Röntgenbild und -Sonografie „ohne pathologischen Organbefund“, weicher Bauch, also keine Appendizitis.

Nach mehreren Stunden wegen starker Schmerzen Dipidolor, Antibiose. Im CT infrarenales Aortenaneurysma, 8 cm Durchmesser (Sonografie bei Aufnahme: kein pathologischer Befund). Soweit, so gut beziehungsweise schlecht, was die klinische Diagnostik angeht. Und jetzt: Planung eines Stents mit Eingriff in fünf Tagen, in Gegenwart eines Firmenvertreters, also offenbar eher Anfangstechnik.

26. Februar 2016

„Weiterbetreuung auf Normalstation, kein Monitoring“.

Man mag es kaum lesen und das ist das eigentliche Übel: Ein Haus der Grundversorgung verkennet die Dringlichkeit (zunehmende Schmerzen et cetera), will sich profilieren mit einem Eingriff, dessen Unwägbarkeiten eine intensivmedizinische Infrastruktur erfordern, zu schweigen von der operativen Expertise – und das auch noch fünf Tage später.

Spätestens nach der CT-Diagnose: Verlegung des Schwerkranken in eine kompetente Abteilung mit entsprechender Infrastruktur.

Die Zeitplanung ist unverständlich, der verantwortliche Abteilungsarzt macht einen Riesenfehler und schadet nicht zuletzt all denen, die für den Erhalt auch kleinerer Häuser mit angemessenen Versorgungsmöglichkeiten streiten. Vielleicht wäre der Patient auch in einer Uniklinik gestorben – aber hier war es fast unausweichlich.

Dr. med. Falk Kewitsch, Leipzig

Sehr geehrte Damen und Herren,
da Ihnen offenbar an einer schriftlichen
Reaktion gelegen ist, hier meine Auf-
fassung dazu:

- die erste Frage ist die nach der
Sonografiekompetenz des Erst-
untersuchers: Darf es sein, dass ein
Aneurysma der Aorta, das sich
offenbar schrittweise entwickelt
und elf Stunden später einen
Durchmesser von 8 cm hat, überse-
hen wird? Hat der Erstuntersucher
keinen Hintergrunddienst gerufen
oder war der zu leichtgläubig?
- Die Bauchsymptomatik und damit
die Ursache waren deutlich progre-
dient, am Morgen des 25. Februar
wurde ein großes, frisches Aorten-
aneurysma nachgewiesen: Wie kann
man für fünf Tage später eine OP
vorsehen, statt den Patienten sofort
in eine gefäßchirurgische Klinik zu
verlegen – zumal wenn die notwen-
dige Beschaffung einer Prothese
und die Hinzuziehung eines Firmen-
vertreters deutlich dafürsprechen,
dass dies für die Klinik kein
Routineeingriff war?

Aus meiner Sicht hat die Klinik hier eine
deutliche Mitschuld an dem fatalen
Verlauf, auch wenn die diskreten Ent-
zündungszeichen bei der Aufnahme
zunächst vielleicht in die falsche Rich-
tung denken ließen.

Dr. med. Thomas Schmidt, Altenbach

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,
am 25. Februar 2016 wurde mittels CT
ein sehr großes und damit sehr gefähr-
liches infrarenales Aortenaneurysma
diagnostiziert. Bei der Größe und der
akuten Symptomatik ist es für mich
nicht nachvollziehbar, warum der Pati-
ent nicht sofort in ein Haus der Maxi-
malversorgung zur OP verlegt wurde.
Ich sehe hier ein Versäumnis der Klinik.
Dass das Krankenhaus selbst mit die-
sem Eingriff wenig vertraut ist, belegt
die Aussage, dass man die Stentset-
zung im Beisein eines Firmenvertreters
durchführen wollte!? ■

Dr. med. Ina Ueberschär, Leipzig