

# Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, vor unserem neuen Fall zunächst die Bewertung der Gutachterstelle zu dem im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2021 dargestellten Fall (Dissektion im Stromgebiet der A. vertebralis im Zusammenhang mit einer Manualtherapie im HWS Bereich). Der Fall hat im Vergleich zu den vorherigen Darstellungen ein ungewöhnlich breites Echo ausgelöst (siehe Leserbrief Seite 30). Danke für Ihr Interesse. Einige der Kollegen, die uns geschrieben haben, wollten gern weitere Informationen. An dieser Stelle mussten wir auf ein grundsätzliches Problem in unserer Tätigkeit hinweisen, nämlich die häufig ausgesprochen schmale Dokumentation der Behandlungen, mit denen die Gutachterstelle in der Regel auskommen muss. Eine Vielzahl von wünschenswerten klinischen und anderen Befunden, die die Beurteilung deutlich leichter machen würden, gibt es schlichtweg nicht. In diesem Zusammenhang muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Behandlungsdokumentation nicht die Aufgabe der Beweissicherung für nachfolgende Bewertungen in Konfliktsituationen hat (dies wird heute vielfach verkannt), sondern lediglich eine protokollarische Funktion hat und die Folge- und Weiterbehandlung sichern muss. Ein weiteres mit diesem Fall verbundenes Problem war, einen geeigneten und zur Äußerung bereiten Gutachter zu finden. Alle sächsischen Kollegen, die mit dieser Problematik vertraut sind und denen wir eine solche Beurteilung fraglos zugetraut hätten, haben uns eine Absage gegeben.

## Zur Bewertung des Falles aus Heft 1/2021

Die Gutachterstelle sieht keinen kausalen Zusammenhang zwischen der erfolgten Manualtherapie und der im

weiteren Verlauf festgestellten Dissektion der A. vertebralis.

Der von der Gutachterstelle beauftragte Sachverständige hat zunächst herausgearbeitet, dass die erfolgte Manualtherapie bei der vorliegenden klinischen Symptomatik indiziert war und sachgerecht ausgeführt wurde. Gestützt auf die aktuelle einschlägige Literatur hat er weiter ausgeführt, dass die erfolgte Manualtherapie die Halsgefäße lediglich moderat in Längsrichtung belastet hat, eine Manipulation, bei denen Gefäßschäden nicht zu befürchten sind. Der Sachverständigenrat der Gutachterstelle ist dieser Bewertung einstimmig gefolgt.

## Der neue Fall aus der Gutachterstelle

Unser neuer Fall betrifft die Fachgebiete Innere Medizin, Intensivmedizin, Visceralchirurgie:

Patient männlich, Jahrgang 1958, Zustand nach Aortenklappenersatz, chronische (äthyltoxische?) Pankreatitis, Hypertonie.

Laufende Therapie: Falithrom, Bisoprolol, Ramipril

### 1. Oktober 2019

Stat. Aufnahme Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung wegen zunehmender Bauchbeschwerden

Aufnahmediagnose: akute (äthyltoxische?) Pankreatitis; initial Versorgung auf ITS, dann auf internist. Normalstation → konservativ internistische Behandlung mit Infusionstherapie, Nahrungskarenz, Analgetika, Antibiose, Paspertin

Internistische Diagnostik:

Oberbauchsono (4. Oktober): Pankreas nicht beurteilbar, unklarer Befund Segment 4 der Leber, Aszites

Oberbauchsono (11. Oktober): Pankreas

nicht beurteilbar (Darmgasüberlagerung) keine Befundänderung

Oberbauchsono (14. Oktober): Aszites zunehmend, Pankreas atrophisch, Pleuraerguss li.

Rö Thorax (4. Oktober): Zustand nach Aortenklappenersatz, diskreter Pleuraerguss

Echo (7. Oktober): gute EF, beginnende Linkshypertrophie, keine Kinetikstörungen, Aortenklappenersatz

Kontrastmittelsono. (7. Oktober): Echoreiche Formation im 4. Lebersegment, kein Malignitätsverdacht, Aszites, Pleuraerguss li.

Pleurasono. (10. Oktober, 11. Oktober): Pleuraerguss li.

CT (2. Oktober): exsudativ seröse Pankreatitis, fragliche Tm Struktur im Bereich des Pankreaskopfes

CT (15. Oktober): gegenüber 2. Oktober Pankreas bei bekannter Pankreatitis unverändert, Aszites, keine Abszedierung

Aszitespunktion (16. Oktober): gelblicher Aszites, keine Tm Zellen, mäßige floride Entzündungsreaktion.

Paraklinik: im Verlauf ansteigende Entzündungswerte, Pankreas- und Leberenzyme durchgängig erhöht

Therapie:

- Infusionsbehandlung,
- Piperacillin/Tazobac ab 8. Oktober, Imipenem ab 15. Oktober,
- Falithrom nach Quick, z. T. Antagonisierung mit Konaktion, ab 16. Oktober Heparin

### 17. Oktober 2019

Bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes Verlegung auf ITS; bei Übernahme Pat. wach und orientiert, Oberbauchschmerzen, keine peritonit. Zeichen, keine neurolog. Auffälligkeiten

Th: O2 per Brille, ZVK, Diurese spärlich, Darmgeräusche spärlich, passagere Fixierung

**18. Oktober 2019**

RR syst. bei 100 mmHg, Abd. gespannt, keine Darmgeräusche → chir. Kons. (evtl. Lap. am 19. Oktober 2019)  
Beginn Arterienoltherapie bei zunehmender Kreislaufinsuffizienz

**19. Oktober 2019**

7.30 Uhr Intubation bei abnehmender Sättigung, Beginn maschinelle Beatmung Chir. Kons. (kein schriftlicher Befund) → Ordo: Laparotomie  
Schwere Kreislaufdepression im Zuge der OP-Vorbereitung/Transport zum OP mit Kreislaufinstabilität, Absinken der O<sub>2</sub>-Sättigung, Verdacht auf Lungenembolie, Heparinisierung. Nach Stabilisierung Op-Freigabe.  
BGA bei Op-Beginn: pH 7,06, pCO<sub>2</sub> 11,6 kPa, pO<sub>2</sub> 3,2 kPa, O<sub>2</sub> Sättigung 28 %, Laktat 6,7mmol/l  
Laparotomie bei akutem Abdomen, Bestätigung der Pankreatitis, Spülung und Drainage

**20. Oktober 2019**

Postop. werden trotz O<sub>2</sub> Beatmung keine zufriedenstellenden Sättigungswerte erreicht (Horowitz Quotient durchgängig < 100 mm Hg = schweres ARDS)

**23. Oktober 2019**

Beginn Nierenersatztherapie

**25. Oktober 2019**

Verlegung unter der Diagnose ARDS bei Pankreatitis zu Maximalversorger

**5. November 2020**

Tod im Multiorganversagen

**Obduktion**

Ia: Multiorganversagen mit respiratorischer Insuffizienz

Ib: Pneumonie und ARDS

Ic: äthyltoxische chronische Pankreatitis mit akuter nekrotisierender Pankreatitis

II: Beinvenenthrombose und katheter-assoziierte Thromben mit peripheren und mittleren Lungenembolien, Aortenklappenersatz

Mehr Details wären zum Verständnis sicher günstig, sind in diesem Format aber leider nicht möglich.

Wie beurteilen Sie diesen Krankheitsverlauf? Wir freuen uns auf Ihre Zuschriften und geben im Bedarfsfall gern weitere Informationen. Im Heft 7/2021 wird die Gutachterstelle mit dem nächsten Fall ihre Bewertung dieses Falles öffentlich machen. ■

Dr. med. Rainer Kluge  
Vorsitzender der Gutachterstelle  
für Arzthaftungsfragen  
E-Mail: gutachterstelle@slaek.de