

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbrief zum aktuellen Fall der Gutachterstelle aus „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2026, Seite 12 f.

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

dies ist ein Fall schwerer Komplikationen einer Choledocholithiasis oder auch der daraus folgenden ERCP. Die ERCP war eindeutig indiziert. Das Einverständnis des Patienten setze ich mal voraus. Die Komplikationen können leider vorkommen, sind zum Glück selten, aber nicht untypisch.

Insgesamt sehe ich keine Verfehlung seitens der beiden Krankenhäuser.

Die ERC war indiziert bei nachgewiesenem Konkrement im DHC. Am Folgetag sind Schmerzen dokumentiert. Die Komplikation einer Perforation ins Retroperitoneum mit freier retroperitonealer Luft wurde am selben Tag erkannt. Abhängig von der Dynamik der allgemeinen Symptomatik und eventuell des Labors (nicht benannt) ist das gewählte Vorgehen (DHC-Stenteinlage, keine OP, Antibiose, engmaschige Kontrolle) gut nachvollziehbar. Ein Stent war ohnehin gelegt. Antibiose und engfristige, hier intensivmedizinische, Überwachung sind korrekt. Ich gehe fest davon aus, dass hier bereits der Viszeralchirurg (!) eingebunden war. Es wird jedoch nicht erwähnt. Falls nein, so hätte er wahrscheinlich auch kein anderes Vorgehen empfohlen.

Die dann aufgetretene Komplikation einer nekrotisierenden Pankreatitis wird typischerweise interventionell gastroenterologisch behandelt. (Es wird nicht erwähnt, ob eine Pankreatitisprophylaxe [NSAR, Pankreasgang-Stent] durchgeführt wurde.) Hier ist der Viszeralchirurg offensichtlich früh eingebunden

gewesen. Die Entscheidung gegen eine OP war korrekt. Die transgastrale Drainage des „abgekapselten Prozesses“ (Walled-off-necrosis, offensichtlich infiziert) war korrekt. Die transcutane Drainage von transgastral nicht erreichbaren Nekrosen ebenfalls. Nun könnte man an Details diskutieren: Hätte man noch etwas warten sollen? Nicht so lange? Welcher Stent wurde gewählt? Hätte ein größerer Stent mehr gebracht? Doch dies sind sicher keine Kriterien einer Fehlbehandlung. Die Verlegung am 17. September auf die Normalstation ist hoffentlich nicht nur aus Kapazitätsgründen, sondern auch wegen der stabilen Situation des Patienten erfolgt.

Die Tatsache, dass am 24. September bei „Zustandsverschlechterung“ der Entschluss zur chirurgischen Therapie erfolgt ist, kann hier in Ermangelung weiterer Details nicht beurteilt werden, erscheint aber nachvollziehbar. Einen Hinweis dafür, dass er zu spät erfolgt sei, erkenne ich in den mitgelieferten Daten nicht. Allenfalls könnte man überlegen, ob die interventionellen Möglichkeiten sogar noch nicht ganz ausgeschöpft gewesen sein könnten. Doch auch dies führte sicher nicht zur Einschätzung einer Fehlbehandlung. Die OP ist in der Behandlung der infizierten nekrotisierenden Pankreatitis seit einigen Jahren weit hinter die (forcierte) interventionelle Therapie gerutscht.

Die Therapie beim Maximalversorger ist ebenfalls nachvollziehbar. Sie zeigt, dass die interventionellen Möglichkeiten noch intensiviert werden konnten.

Manch ein Grund- und Regelversorger hat große Expertise bei der Behandlung solcher Pankreasnekrosen. Ob dies für das betreffende Krankenhaus auch gilt, kann hier naturgemäß nicht beurteilt werden.

Zusammenfassend kann ich keine eindeutige Fehlbehandlung erkennen. Die Therapie der Perforation nach Papillotomie mit retroperitonealer (nicht intraperitonealer) Luft, war korrekt. Ob eine viszeralchirurgische Einschätzung erfolgt ist, wird nicht mitgeteilt. Diese wäre zu fordern, hätte aber höchstwahrscheinlich nicht zu einem anderen Therapieansatz geführt. Das elf Tage später aufgetretene „abdominelle Kompartmentsyndrom“ ist nicht Folge dieser Perforation.

Das Vorgehen bei Pankreasnekrosen war ebenfalls im Wesentlichen korrekt. Der interventionelle Ansatz ist in aller Regel dem chirurgischen vorzuziehen. Die Einbindung der Viszeralchirurgie war hier, entsprechend der Angaben, am Tag der CT-Diagnose bereits erfolgt. Der Zeitpunkt der OP ist nicht zu kritisieren. ■

Dr. med. Andreas von Aretin, Leipzig