

# von fall zu FALL

Aus der Fallsammlung der Norddeutschen Schlichtungsstelle

## Diesmal: Pankreatitis nach nicht indizierter endoskopischer Pankreasgangdarstellung (Post-ERCP-Pankreatitis)

### Kasuistik

Die 51 jährige Patientin wurde von ihrem Hausarzt wegen unklarer Oberbauchschmerzen und eines leicht erhöhten Serumamylasewertes zum Internisten überwiesen. Dort gab sie an, seit Tagen unter Völlegefühl und Schmerzen im linken Oberbauch zu leiden. Bei der klinischen und sonographischen Untersuchung am gleichen Tage ergab sich kein wegweisender Befund. Daraufhin wurde acht Tage später eine ERCP (endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie) durchgeführt mit folgendem Befund: Unter Prämedikation mit Buscopan, Dormicum und Tramal intravenös stellten sich die Major- und Minorpapille mit normalem Papillenspiel in typischer Lage dar. Nach Kanülierung der Majorpapille zeigte sich der Ductus pancreaticus auf ganzer Länge regelrecht weit und glatt begrenzt. Die Nebenäste zweigten normal auf. Verdrängungen oder Erweiterungen waren nicht zu beobachten. Keine Parenchymographie. Das Kontrastmittel entleert sich ohne Verzögerung. Beurteilung: Normales Pankreasgangsystem, Duodenum und Magen ohne pathologischen Befund. Diagnose: Funktionelle Darmstörungen.

Nach einer etwa einstündigen Beobachtung wurde die Patientin im Laufe des Vormittags aus der Praxis entlassen. Gegen Mittag rief die Patientin in der Praxis an und klagte über Bauchschmerzen. Es wurde ihr die Einnahme eines entblähenden Tees angeraten. Nach Zunahme der Beschwerden veranlasste der hinzugezogene Notarzt die Klinikeinweisung.

Unter der Arbeitsdiagnose einer Post-ERCP Pankreatitis erfolgte die Klinikaufnahme. In den folgenden vier Tagen wurden leichte Bauchschmerzen mit Analgetika behandelt. Bei dann zunehmenden Schmerzen unterhalb des rechten Rippenbogens erfolgte am 5. Tag der Ausschluss eines Herzinfarktes. Endoskopisch wurde eine Refluxösophagitis Stadium I. sowie ein Short-Barrett-Ösophagus mit leichter Epitheldysplasie festgestellt und mit einem Protonenpumpeninhibitor behandelt. Ein Spiral-CT ergab eine ödematös-exsudative Pankreatitis. Nachdem unter Karenz und Infusionsbehandlung ab dem 10. Tag nach der ERCP keine Beschwerden mehr angegeben wurden und die anfänglich erhöhte Serumlipase sich normalisiert hatte, erfolgte am 13. Tag nach der Aufnahme die Entlassung.

Die Patientin wirft dem Internisten, der die ERCP durchgeführt hatte, vor, ihr sei lediglich die Einnahme eines Pfefferminztees empfohlen worden, als sie über das Eintreten starker Schmerzen telefonisch berichtete. Nachdem in der Klinik eine akute Bauchspeicheldrüsenentzündung diagnostiziert worden wäre, gehe sie davon aus, dass durch fehlerhafte Behandlung und ein fehlerhaftes Folgeverhalten des Internisten ihre Erkrankung eingetreten sei.

### Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kam zu folgenden Kernaussagen:

Ein erhöhter Alpha-Amylase-Spiegel im Serum müsse immer geklärt werden. Die Differentialdiagnose reiche in einem solchen Falle von einer bedeutungslosen Hyperamylasämie bis hin zu einem fortgeschrittenen Pankreaskarzinom. Nach Anamnese und klinischer Untersuchung folge im diagnostischen Ablauf eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens. Wenn die Diagnose dann nicht eindeutig gesichert sei, wären weitere bildgebende Verfahren MRCP (Magnetresonanztomographie-Cholangiopankreatikographie), CT, Endosonographie oder ERCP indiziert. Der in Anspruch genommene Internist habe sich jedoch für die ERCP als Maßnahme der ersten Wahl entschieden. Die ERCP sei von ihm sach- und fachgerecht durchgeführt worden. Bei dem zunächst völlig komplikationslosen Verlauf wäre es zu verantworten gewesen, die Patientin nach Hause zu entlassen. Jede ERCP sei jedoch komplikationsträchtig mit einer Gesamtkomplikationsrate von 7 - 10 Prozent, wobei leichte Post-ERCP-Pankreatitiden zirka 3 Prozent und schwere bis zu 0,4 Prozent ausmachten. Eine Post-ERCP-Pankreatitis mache sich durch Schmerzen im Abdomen innerhalb einer Stunde bis zu zwölf Stunden nach der Untersuchung bemerkbar. Das Auftreten einer Post-ERCP-Pankreatitis spreche an sich nicht für einen ärztlichen Behandlungsfehler. Es handle sich um eine Komplikation, die auch bei sachgerechter Durchführung dieser Untersuchung auftreten könne. Im vorliegenden Falle entsprächen die vorgelegten Computertomographien unter Berücksichtigung des Verlaufs einer leichten ödematösen Post-ERCP-Pankreatitis. Eine ERCP wäre jedoch nur dann ohne Einschränkung als Maßnahme der ersten Wahl indiziert gewesen, wenn sich

aus der vorangegangenen Ultraschalluntersuchung die Indikation zu einer endoskopischen Intervention (Steinentfernung, Drainage) ergeben hätte. Das sei nicht der Fall gewesen. Offensichtlich seien der Patientin die Alternativen der weiterführenden Diagnostik, insbesondere die MRCP, nicht erläutert worden.

Eine MRCP hätte der ERCP vorgeschaltet werden müssen, um erst bei Hinweis auf die Notwendigkeit einer Intervention die ERCP einzusetzen. Hätte sich die Patientin nach entsprechender Aufklärung für eine MRCP-Untersuchung entschieden, wäre die Post-ERCP-Pankreatitis nicht aufgetreten.

Als die Patientin nach drei Stunden in der Praxis anrief und über Bauchschmerzen klagte, hätte bei der relativ hohen Komplikationsrate nach ERCP die Möglichkeit einer Post-ERCP-Pankreatitis erwogen und die Patientin umgehend unter weitere ärztliche Aufsicht gestellt werden müssen. Das sei jedoch erst acht Stunden nach dem Telefonat durch den von der Patientin gerufenen Notarzt erfolgt. Die Nachsorgemaßnahmen des Internisten seien somit ebenfalls nicht zeit- und sachgerecht gewesen.

## Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich den gutachterlichen Erwägungen an und ging davon aus, dass bei entsprechender Aufklärung über methodische Risiken die Patientin sich für die risikoärmere MRCP entschieden und damit die Pankreatitis nicht erlitten hätte. Ferner hätte bei der telefonischen Schmerzangabe eine Post-ERCP-Pankreatitis differenzialdiagnostisch erwogen und die Patientin umgehend unter ärztliche Überwachung und Therapie, insbesondere auch Analgesie, gestellt werden müssen.

Die Schlichtungsstelle hielt daher Schadensersatzansprüche für begründet und hat eine außergerichtliche Regulierung empfohlen.

**Autor:**

**Dr. med. Herbert Pröpper**

Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

## Steigende Fallzahlen in Niedersachsen

Bundesweite Daten aus den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern für das Jahr 2009 sind am 23. Juni in Berlin während einer Pressekonferenz der Bundesärztekammer präsentiert worden. In diesem Medium werden vorrangig die Daten der Schlichtungsverfahren aus Niedersachsen im Jahr 2009 beleuchtet.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Zahl der Anträge steigt: 2006 waren es 1 201 Anträge, 2009 bereits 1 367. 884 Verfahren wurden im Jahr 2009 mit einer Entscheidung über die geltend gemachten Schadenersatzansprüche abgeschlossen. Der Prozentsatz der begründeten Ansprüche (Behandlungsbeziehungsweise Aufklärungsfehler und Kausalität bejaht) lag bei 27,7 Prozent. Die häufigsten Diagnosen, die zu einer Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Arthrosen (Hüft- und Kniegelenk), Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, Verletzungen des Knies und des Unterschenkels, Krankheiten der Weichteilgewebe, Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarms, sonstige Gelenkkrankheiten und bösartige Neubildungen der Brustdrüse. Die Fälle stammten zu 70 Prozent aus Kliniken und zu 30 Prozent aus dem niedergelassenen Bereich. Insgesamt handelte es sich in den 884 entschiedenen Fällen um 1 010 Antragsgegner (Ärzte), von denen 711 in Krankenhäusern und 299 im niedergelassenen Bereich anzusiedeln waren.

Die Analyse der festgestellten ärztlichen Fehler zeigt Schwerpunkte bei Arthrosen, Verletzungen des Knies und des Unterschenkels, Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes, Verletzungen des Handgelenkes und der Hand, bösartigen Neubildungen der Brustdrüse. Die Fehlerarten im Klinikbereich liegen zu 12,5 Prozent bei der operativen Therapie (Wahl der Operationsmethode, technische Durchführung und postoperatives Management), zu sieben Prozent bei der bildgebenden Diagnostik (Fehlinterpretation und Übersehen von Frakturen sowie Mängel in der bildgebenden Verlaufskontrolle), zu 3,7 Prozent in der Indikationsstellung und ebenfalls zu 3,7 Prozent in der Diagnostik allgemein (Mängel bei Anamneseerhebung, klinischer Untersuchung, Zusatzuntersuchungen wie zum Beispiel Labor et cetera). Im niedergelassenen Bereich liegen die Fehlerarten dagegen zum größten Teil bei der bildgebenden Diagnostik (10,7 Prozent), bei der Diagnostik allgemein (7,7 Prozent), der Indikationsstellung (fünf Prozent) und der operativen Therapie (fünf Prozent).

Insgesamt ergibt sich ein gegenüber den Vorjahren nicht signifikant unterschiedliches Bild.

**Johann Neu**

Geschäftsführer Schlichtungsstelle für

Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern