

# Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum aktuellen Fall der Gutachterstelle im „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 4/2023, Seite 11

Verehrte Kolleginnen und Kollegen, mein erster Gedanke zur Kasuistik war, dass ich selbst so eine Problematik weder als Arzt noch als Patient erleben möchte. Um jedoch noch mehr daraus lernen zu können, fehlen mir ein paar Informationen, zum Beispiel, welche Multimorbiditäten des Patienten noch vorliegen.

Der Eindruck ist tatsächlich schade, dass wir von komplikationsbehafteten, seltener angewandten Therapiemethoden scheinbar öfter lesen in dieser Rubrik. Dennoch hat beispielsweise die neuraltherapeutische Methodik in meiner Praxis einen hohen Stellenwert in der Häufigkeit der Anwendung bei Schmerzpatienten mit sehr seltener Komplikationsrate. In meiner Klientel gab es tatsächlich in meinen 25 Jahren Selbständigkeit als Allgemeinmedizinerin „nur“ eine cutane Infektion am Fuß, die durch systemische Antibiose vollständig ausheilte. Erwähnenswert empfinde ich in diesem Zusammenhang, dass es in meiner Praxis jedoch dreimal zu einem Pneumothorax durch Neuraltherapie im Gebiet Nähe Pleurakuppel kam. Diese Patienten wurden lege artis behandelt und konnten mit einer Restitutio ad integrum abgeschlossen werden.

Ich habe Respekt vor der Kollegin, die sich der Auseinandersetzung mit diesem schwierigen Thema stellt. Hoffentlich ist eine erklärende Kommunikation mit dem Patienten beziehungsweise dem betreuenden Umfeld möglich? Eskalation und Konfrontation sind aus meiner Sicht keine Option. Auch Geldzahlungen können enttäuschte Erwartungen nicht reduzieren oder den Gesundheitszustand des Patienten so wiederherstellen, wie wir alle es ihm wünschen würden. Wer vermittelt zwischen beiden Seiten? Wie schätzt der

Patient seine eigene Verantwortlichkeit für den Erfolg der begonnenen Therapiemaßnahmen ein?

Wahrscheinlich habe ich mehr Fragen als Antworten zur Fallbesprechung beizutragen. Ich denke jedoch, dass in den Fragen pragmatische Lösungsansätze stecken und hoffe damit insbesondere auch die Kollegin zu unterstützen und zu unterstreichen, wie wichtig es für uns Ärzte ist, unser „Hand- und Mundwerk“ sorgfältig einzusetzen und dabei die Ganzheitlichkeit unserer Patienten nicht zu vergessen.

Dipl.-Med. Sylke Gödecke, Delitzsch

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge, danke für die Vorstellung dieses Falls, als jahrelang konservativ tätiger Orthopäde habe ich sicher sehr viele Patienten mittels manual- und neuraltherapeutischen Methoden behandelt und bin überzeugt von der Sinnhaftigkeit dieser Methoden.

Infektionen nach Injektionen habe ich – zum Glück – nie erlebt, auch ernste Komplikationen nach Manueller Therapie nicht.

Wohl aber war ich schon einmal in einen Fall vor der Gutachter-Stelle involviert, dabei ging es um eine Manualtherapeutische Untersuchungstechnik, nicht Behandlung.

Zum Fall: Wenn mit den Methoden der Manuellen Medizin eine hypomobile Bewegungsstörung eines Gelenkes oder der Wirbelsäule festgestellt wird, kann selbige nach Aufklärung des Patienten mit den verschiedensten Methoden der Manuellen Medizin behandelt werden. Oft kommt es nach einer erfolgreichen Manipulation oder Mobilisation zu einer merklichen Beschwerdelinderung, aber nicht immer. Über ein Ausbleiben des Behandlungserfolges,

aber auch eine mögliche Verschlechterung muss der Patient aufgeklärt sein. Zusätzliche Injektionen als Hautquaddel, in die entsprechenden Akupunkturpunkte mit Procain, auch Lidocain sind möglich.

Die Injektion nach Mink ist möglich, wäre aber für mich nicht die Methode der Wahl im kassenärztlichen Notdienst.

Die Injektionen stellen immer einen invasiven Eingriff dar und verlangen Reanimationsbereitschaft. Jede Injektion verlangt zwingend eine Hautdesinfektion nach den gültigen Richtlinien.

Auch bei Einhaltung dieser Richtlinien kann es zu einer Infektion kommen, deshalb auch hier Aufklärung und der Hinweis, wie sich der Patient (natürlich auch die Patientin) verhalten soll, wenn eine Verschlechterung des Zustandes auftritt. (Dokumentation)

Wenn die obengenannten Voraussetzungen erfüllt sind, sehe ich keinen Anlass, hier einen Behandlungsfehler einzuräumen.

Persönlich hätte ich den indirekten Grenzstrang nach Mink im Dienst eher nicht angewendet, sondern vielleicht ein Quaddelmuster gesetzt oder ein Tape angelegt.

Ob die Behandlung des Abszesses und des Pleuraempyems leitliniengerecht erfolgte, vermag ich nicht einzuschätzen, aber ich gehe davon aus. Leider ist nicht bekannt, in welchem Zustand der Patient entlassen wurde. Gab es schon Anzeichen für die Parese?

Zur diabetischen Neuropathie: selbige beginnt in der Regel sehr schleichend und beginnt mit den typischen Missempfindungen. Eine schlaffe Parese ist eher atypisch, auch die schnelle Entwicklung. Hier wäre ein aktueller MRT-Befund sicher sinnvoll, auch eine Lumbalpunktion, die Entlassungsdiagnose

klings mir fast nach einer Verlegenheitsdiagnose.

Fazit: eine invasive Therapie, auch die Procaininfiltration, birgt immer Risiken, kann ich selbige nicht abschätzen, werde ich keine invasive Therapie durchführen und belasse es bei einer manualtherapeutischen Intervention, hier vielleicht sogar bei einer Mobilisation, einer Technik ohne Impuls, da auch bei Manipulationen ein Restrisiko besteht.

Ausführliche Aufklärung ist Pflicht.

Dipl.-Med. Siegfried Heße, Radebeul

Sehr geehrter Herr Kollege Kluge, anbei meine Stellungnahme als Radiologe mit vielen offenen Fragen zu oben genanntem Fall.

Facettengelenkinfiltrationen (FGI) zählen zum Methodenspektrum mehrerer Fachgebiete und verlaufen, sofern lege artis durchgeführt, fast immer komplikationslos. Dennoch bleibt die FGI invasiv, worüber entsprechend aufgeklärt werden muss und sicherlich im vorliegenden Fall auch wurde.

Trotzdem stellen sich mir zahlreiche Fragen:

- Wie zwingend war die Indikation zur FGI? Wie wurde sie exakt begründet?
- Bestand eventuell eine bis dato unerkannte Infektion vor, zum Beispiel Spondylodiszitis, Spondylitis, Senkabszess?
- Wie waren die hygienischen Verhältnisse am Ort der Durchführung der FGI?
- Wurde die FGI ausführlicher als in der Fallvorstellung beschrieben auch dokumentiert, zum Beispiel patientenspezifisch erschwerter Zugang, Unruhe, Adipositas? Aus eigener Erfahrung mit etwa 5000 CT-gesteuerten Interventionen weiß ich um teilweise überraschende Abweichungen zwischen geplantem und tatsächlich erreichtem Zielgebiet. Selbst im Normalfall liegt der dorsale Pleurarezessus dem 10. BWK

kritisch nahe, letzteres besonders bei schlanken Patienten.

- Entsprach der therapeutische Erfolg der FGI den ärztlichen Erwartungen?
- Wie nahe an die Neuroforamina reichte die paravertebrale Abszedierung? Die entzündliche Umgebungsreaktion reicht erfahrungsgemäß viel weiter als zum Beispiel im CT sichtbar.

Die Abschlussdiagnose vom 21. Juni 2021 ist für mich durchaus nachvollziehbar. Die Antworten auf oben genannte Fragen könnten durchaus die Entstehung der Abszedierung klären helfen und die Kollegin entlasten. Unabhängig davon halte ich persönlich eine Entschädigung des Antragstellers für berechtigt.

Prof. Dr. med. habil. Rainer Klöppel, Leipzig

Werter Herr Kollege Dr. Kluge, Leider ist im Text nicht enthalten, was konkret der Antragsteller der Kollegin als Fehler vorwirft.

Als Allgemeinmediziner führe ich Injektionen wie im beschriebenen Fall seit über 20 Jahren in meiner Praxis durch. Einen Infektionsfall dabei habe ich in der ganzen Zeit kein einziges Mal erlebt, wengleich bei jeder invasiven Maßnahme auch bei korrekter Durchführung, ein minimales Restrisiko einer Infektion bleibt. Dabei ist Procain selbst im Gegensatz zu Korikosteroiden keine immunsupprimierende, sondern eine leicht immunstimulierende Substanz. Offenbar handelt es sich hier um eine sehr seltene Komplikation dieser Injektion. Wichtigstes Risiko in der genannten Höhe wäre die versehentliche Lungenperforation mit Erzeugung eines Pneumothoraxes.

Was die Indikation betrifft, so ist festzustellen, dass die Injektion eine mögliche Behandlungsoption des beschriebenen BWS-Syndrom darstellt, insbesondere nach Versagen von NSAR.

Ich selbst führe diese Injektionen allerdings, von seltenen Ausnahmen abgesehen, nicht im Hausbesuch durch, erst recht nicht im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Grund sind zum einen die suboptimalen Durchführungsbedingungen (keine höhenverstellbare Liege zur idealen Einstellung, mangelhafte Lichtverhältnisse, eventuell mangelhafte hygienische Bedingungen), zum anderen die suboptimalen Überwachungsbedingungen nach der Injektion. Beim KV-Dienst kommt noch hinzu, dass selbst bei sorgfältiger Abfrage mitunter spezielle Risiken des Patienten, zum Beispiel Blutungsneigung, nicht bekannt werden.

Die Durchführung der Injektion scheint korrekt gewesen zu sein. Als Anästhesistin dürfte die Kollegin auch über ausreichende Erfahrung in der technischen Durchführung verfügt haben.

Interessant wäre noch, ob es irgendwelche Hinweise auf den entgleisten Diabetes/die hyperglykämische Stoffwechsellage gegeben hat. Falls nicht, wäre der Kollegin auch diesbezüglich kein Vorwurf zu machen. Dass die hyperglykämische Stoffwechsellage mit ihrem inhärenten hohen Infektionsrisiko die Hauptursache der – ansonsten sehr seltenen – Komplikation darstellt, darüber besteht meinerseits kein Zweifel.

Es ist vorstellbar, dass die Injektion bei Th5-6 ein „abgesacktes“ infiziertes Hämatom entlang der längs durchlaufenden Strukturen erzeugt haben kann, zumindest wenn es sich um die gleiche Seite (links) handelte – die Seite des Abszesses ist im Text nicht enthalten, die Paraparese ist aber linksbetont, daher wohl auch links. Der weitaus größte Teil der Schädigung (Paraparese) – und rechts ausschließlich – ist aber sicher durch die diabetische PNP bedingt.

Dr. med. Thomas Werlich, Neumark