

# Rückenschmerzen als Hinweis auf ein akutes Abdomen

In einem Prozent der Verfahren der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein erheben Patienten den Vorwurf gegen behandelnde Ärzte, ein akutes Abdomen verkannt zu haben. In der Hälfte dieser Verfahren bestätigt sich dieser Vorwurf. Im vorliegenden Fall wurde das akute Abdomen aufgrund einer durch Rückenschmerzen erforderlichen Schmerztherapie verschleiert.

**von Antonio Larena-Avellaneda, Hans-Walter Staudte, Hans-Willi Laumen und Beate Weber**

Der Vorwurf, ein akutes Abdomen verkannt zu haben, wird in Nordrhein derzeit in etwas mehr als einem Prozent der Verfahren gemacht und bei knapp der Hälfte der Patienten bestätigt (Tabelle 1). Bei diesen Fällen spielt differenzialdiagnostisch vor allem eine Appendizitis eine Rolle, die gerade bei atypischer Symptomatik häufiger nicht erkannt und daher nicht zeitgerecht behandelt wird (siehe hierzu auch „Diagnostische Versäumnisse bei akuter Appendizitis“, Rheinisches Ärzteblatt RbÄ 11/2002, „Versäumnisse bei einem akuten Abdomen“ RbÄ 1/2003, „Ruptur eines Aortenaneurysmas“ RbÄ 5/2006 und „Nicht diagnostiziertes Aorten-Aneurysma“, RbÄ 11/2011). Die festgestellten Einzelfehler bei diesem Vorwurf sind in der Tabelle 2 zusammengestellt.

Nachfolgend soll über einen Fall berichtet werden, in dem initial aufgrund von Rückenschmerzen eine Schmerzmitteltherapie erforderlich wurde, die das im Verlauf zugrunde liegende operationsbedürftige akute Abdomen verschleierte.

## Sachverhalt

Die 90-jährige Patientin wurde am 14. Februar mit seit dem Mittag desselben Tages bestehenden, starken Rückenschmerzen im Lumbalbereich links ohne vorausgegangenes Trauma durch einen Notfalltransport in die belastete Klinik zu 1) eingeliefert.

Zur Vorgeschichte war bekannt, dass die Patientin bis zum Abend bereits dreimal 40 mg Targin® eingenommen hatte. Gegen 19 Uhr hatte der Hausarzt im Hause der Patientin folgenden Untersuchungsbe- fund erhoben: „LWS nicht klopfschmerzhaft, kann gehen/stehen/aus dem Bett aufstehen, Schmerz bek., nur stärker als bisher. Keine Dysurie, Stuhlgang oB, Abd. weich, keine Abwehrspannung, kein Fieber.“ Es erfolgte eine intramuskuläre Injektion von einer Ampulle Novalgin® und eine Verabreichung einer 10 mg-Tablette Sevredol®. Um 21 Uhr hatte die Tochter den Notfalltransport in die Klinik angefragt, da sich keine Besserung eingestellt hatte.

Bekannt waren außerdem eine regelmäßige Schmerztherapie mit Opiaten seit 2010 bei einer Polyneuropathie, rezidivierenden Lumbalgien, einer Spinalkanalstenose, Osteoporose und Schulterschmerzen. Die letzte Vorstellung beim Schmerztherapeuten hatte acht Monate zuvor stattgefunden und es wurde eine zufriedenstellende Schmerzreduktion durch die Medikation festgestellt. Weiterhin war die Patientin beim Hausarzt wegen einer zunehmenden Bewegungsstörung und zur Kontrolle des Zustands nach einer Knieprothese rechts in Behandlung. Der Haus-

arzt wurde etwa alle acht Wochen tätig, mit Zwischenüberweisungen an Kardiologen bei vorliegendem Herzschrittmacher, arterieller Hypertonie und Mitralklappeninsuffizienz, Orthopäden und Neurologen. Zwischendurch wurde eine Steingallenblase diagnostiziert. Es bestand eine Pflegestufe eins.

Bei der Aufnahme in der orthopädischen Abteilung um 21.40 Uhr fanden sich „Schmerzen im distalen Lendenwirbelsäulenbereich mit geringer Ausstrahlung in beide Glutealregionen, kein Hartspann, starker Klopfschmerz über der LWS, kein Klopfschmerz der Nierenlager“. Pathologische neurologische Befunde der unteren Extremität lagen nicht vor.

Mittels Röntgen der Lendenwirbelsäule (LWS) in zwei Ebenen wurden frische knöcherne Verletzungen ausgeschlossen; es fanden sich ältere, Osteoporose bedingte Sinterungsfrakturen im Bereich der LWS. Die Diagnose eines LWS-Syndroms wurde gestellt und die Patientin stationär aufgenommen. Die Laborwerte um 23 Uhr zeigten Normalwerte der Gerinnung, eine leichte Blutzuckererhöhung auf 116 mg/dl und einen im Normbereich liegenden CRP-Wert von 0,4 mg/l.

Es erfolgte nach einer initialen Novalgin®-Infusion (2,5 g in 500 ml Ringer)

**Tabelle 1**

**Behandlungsfehler in Zusammenhang mit dem Vorwurf der Verknennung eines akuten Abdomens in den gutachtlichen Entscheidungen der Gutachterkommission Nordrhein der Jahre 2009 – 2013**

Zeitraum 1.1.2009 – 31.12.2013	BF bejaht	BF-Quote in % v. Sp. 2	n	in % v. n
Begutachtungen insgesamt	2.277	30,4	7.484	100,0
Vorwurf DF akutes Abdomen	48	47,5	101	1,3
davon bei				
– akuter Appendizitis	25	53,2	47	0,6
– Ileus	9	81,8	11	0,1
– anderen Erkrankungen	14	32,6	43	0,6

DF = Diagnosefehler

eine orale Schmerztherapie mit Ibuprofen® 400,3x/die, sowie Diclofenac® supp. 100 mg zur Nacht und einmalig am Folgetag um 15 Uhr. Weiterhin erfolgte eine Thrombose-Prophylaxe subkutan mittels 0,5 Mono Embolex®. In der Stellungnahme der Tochter wird über schwallartiges Erbrechen am 15. Februar berichtet sowie weiterhin über „Appetitlosigkeit und permanente Übelkeit im Verlauf“.

Am dritten Tag wurden noch deutliche Beschwerden bei der Mobilisation angegeben, woraufhin eine Schmerzmittelinfiltration erfolgte. Die Laboruntersuchung an diesem Tag ergab ein deutlich erhöhtes CRP von 31,0 mg/l und eine Erhöhung der Leukozyten auf 16.000/µl. Der Kaliumwert war leicht erniedrigt. Bei nachgewiesenem massiven Harnwegsinfekt durch E. coli wurde die Patientin oral mit Cotrim forte® behandelt. Am 18. Februar wurde vermerkt, dass die Patientin zum ersten Mal in der Nacht habe schlafen können und ein langes Gespräch mit der Tochter geführt wurde. Am 19. Februar wurden erneute Rückenschmerzen mit einer Wärmepackung behandelt. Am 20. Februar (Rosenmontag) wurde bei der Visite eine Besserung und am 21. Februar eine Schmerzfreiheit angegeben, sodass für den 22. Februar die Entlassung geplant wurde.

Die Laborwerte zeigten jedoch am 20. Februar eine erhebliche Erhöhung des CRP-Wertes auf 170,4 mg/l bei gleichzeitigem Rückgang der Leukozyten auf 13.900/µl. Der Kaliumwert war weiter auf 3,43 mMol/l (normal 3,8-5,4 mMol/l) abgefallen. Am 22. Februar wurde aufgrund der Laborwerte (CRP 153,2 mg/l, Leukozyten 10.000/µl,) von einer Entlassung abgesehen. Die Laborkontrolle am 23. Februar ergab einen neuerlichen Leukozytenanstieg auf 20.500/µl und einen CRP-Wert von 192,1 mg/l. Daraufhin wurde ein Röntgen-Thorax a.p. sowie ein Röntgen des Abdomens a.p. in Linksseitenlage „zum Ausschluss einer Pneumonie und aufgrund abdomineller Beschwerdesymptomatik“ (lt. ärztlicher Stellungnahme) veranlasst und dabei freie Luft im Abdomen nachgewiesen. Die zuvor durchgeführte abdominelle Untersuchung ergab laut der Stellungnahme „keinen richtungsweisenden Befund, weiche Bauchdecke, das Abdomen etwas gebläht, normaler Stuhlgang“.

Im CT zeigten sich ein Pneumoperitoneum bei freier Perforation eines Diver-

tikels des mittleren Sigmas und geringe Mengen freier Flüssigkeit im kleinen Becken: Kein sicherer Abszess. Hinweis auf einen Subileus. Es erfolgt noch am Abend eine Verlegung in die benachbarte Allgemeinchirurgie, Antragsgegner zu 2).

Klinisch fand sich dort um 20.30 Uhr ein deutlicher Druckschmerz im linken Unterbauch mit lokaler Abwehrspannung, sodass die Indikation zur sofortigen Laparotomie gestellt wurde. Intraoperativ zeigte sich nach der Adhäsiolektomie bei Z. n. Voroperation ein entzündlicher Tumor am Eingang zum kleinen Becken, wobei sich bei der manuellen Auslösung einer gedeckt perforierenden Divertikulitis schwallartig Eiter entleerte. Es erfolgte die Entnahme eines Eiterabstriches (E. coli-Nachweis). Daraufhin erfolgten weitere Maßnahmen: Absetzen des Colons im Bereiche des linkseitigen Colon transversum bei auch in diesem Bereich vorgefundener gedeckter Perforation und entzündlicher Veränderungen. Anlage einer Transversostomie und spannungsfreies

Ausleiten des mobilisierten Quercolons. Pathologisch-anatomisch fand sich ein 33 cm langes, linksseitiges Hemicolektomiepräparat mit hochgradiger, rezidivierter beziehungsweise eitrig nekrotisierter Divertikulitis mit ausgedehnten Mesenterialabszessen mit fokaler Serosaperforation und mit konsekutiver lokaler Peritonitis, ohne Anhaltspunkte für Malignität.

Der postoperative Verlauf war gekennzeichnet durch eine Herzinsuffizienz mit Ödemen, Pleuraergüssen und Dyspnoephasen, die sachgerecht behandelt wurden. Es wurden täglich 25.000 I.E. Lique-min® verabreicht. Nach Verlegung auf die Pflegestation am 26. Februar wurde die Thrombose-Prophylaxe subkutan mit Cle-xane® 0,4 täglich durchgeführt. Die Entzündungsparameter waren unter der Antibiotikagabe rückläufig. Im Verlauf kam es abermals zu einer Dyspnoe und es zeigte sich eine Schwellung des rechten Armes. Die Untersuchungen eines konsiliarisch zum Ausschluss einer eventuellen Armenthrombose beigezogenen Gefäßschir-

**Tabelle 2**

**Festgestellte Einzelfehler beim akuten Abdomen**

Zeitraum 1.1.2009 – 31.12.2013	BF bejaht
Verfahren mit festgestellten Fehlern beim akuten Abdomen	48
Festgestellte Einzelfehler*	148
Keine (28)/unzureichende Bildgebung (2), diese verkannt (4)	34
Keine (11)/unzureichende Anamnese- und Untersuchung (16)	27
Keine Labor-/Urin-Untersuchungen	16
Fehlbewertung der Befunde	12
Indikation zur OP verspätet gestellt	11
Keine (5)/verspätete Einweisung (1)/stationäre Aufnahme (3), zwischenzeitliche Entlassung (2)	11
Versäumtes (8)/verspätetes (2) Beiziehen eines Chirurgen	10
Keine diagnostische Laparoskopie	5
Verschleierung der Symptomatik durch Analgetika	5
Kurzfristige Kontrollen nicht vereinbart	5
Keine Inaugenscheinnahme vom Dienstarzt/in der Nacht	3
Sonstige (unzureichende intraoperative Befundprüfung (1), keinen Krankentransport organisiert (1), nur symptomatische Therapie (1))	3
Dokumentationsmangel	8

\* Mehrfachnennung

urgen zeigten einem Thrombus im Bereich der linken Vena femoralis und computertomographisch Lungenembolien, sodass nach Erhöhung der Clexane®-Dosierung auf 0,6 täglich am 9. März überlappend eine Antikoagulation mit Marcumar® eingeleitet wurde. Eine Anämie wurde durch zwei Erythrozytenkonzentrate ausgeglichen. Am 20. März konnte die Entlassung in die Geriatrie Rehabilitation erfolgen und am 5. September die Darmpassage durch Transversorektomie wiederhergestellt werden.

### Bewertung

Bei der Patientin lag zunächst ein akut aufgetretenes Lumbalsyndrom bei erheblicher Osteoporose vor. Die eingeleitete Diagnostik ergab in den Krankenakten keine Symptome einer abdominalen Erkrankung, sondern eindeutige Hinweise auf eine Lumbago zunächst ungeklärter Ursache, aber von erheblicher Intensität. Zu diesem Zeitpunkt war im Labor kein Hinweis auf ein entzündliches Geschehen nachweisbar. Unter der eingeschlagenen analgetischen Therapie wurde zunächst eine kontinuierliche Besserung erreicht.

Der am dritten Behandlungstag festgestellte deutliche CRP-Anstieg auf 31,0 mg/l konnte nachvollziehbar aufgrund der Urinuntersuchungen mit einer Harnwegsinfektion in Verbindung gebracht werden. Als aber am sechsten Tag unter antibiotischer Therapie mit Cotrim forte® eine massive Erhöhung des CRP-Wertes auf 170,4 mg/l bei mäßiger Kaliumerniedrigung festgestellt wurde, hätte spätestens zu diesem Zeitpunkt zwingend eine ausführliche, klinische Ganzkörperuntersuchung sowie eine weiterführende Diagnostik erfolgen müssen. So wäre zum einen eine Urinkontrolle erforderlich gewesen, um ein Fortbestehen der Harnwegsinfektion zu bestätigen oder auszuschließen. Weiterhin lag eine Röntgenuntersuchung der Lunge nahe, da eine Pneumonie in dieser Altersgruppe häufig ist; diese wurde aber erst behandlungsfehlerhaft verspätet am neunten Tag durchgeführt, als sich ein weiterer Anstieg des CRP auf 192,1 mg/l und eine Leukozytose von 20.000/µl zeigten.

Hätte die für den sechsten Tag geforderte Röntgenuntersuchung noch nicht die Überraschungsdiagnose einer Divertikulitisperforation durch Nachweis freier Luft gezeigt, dann hätte die Patientin, wie

bereits darauf hingewiesen, dezidiert körperlich und apparativ untersucht und andere Differenzialdiagnosen ausgeschlossen werden müssen: In Frage gekommen wäre beispielsweise eine mögliche paravertebrale Infektion nach stattgehabter Infiltration bei Rückenschmerzen oder eine Spondylodiszitis, die eine Röntgenuntersuchung und ein CT der Wirbelsäule erfordern hätten. Zum Ausschluss eines intraabdominalen Focuses – insbesondere wenn bei der Bauchuntersuchung eine Abwehrspannung als Hinweis auf eine peritonitische Reizung erkennbar geworden wäre – hätten eine Abdomen-Sonographie und gegebenenfalls ein CT des Abdomens durchgeführt werden müssen. Spätestens bei dieser Untersuchung wären der intraabdominelle Abszess und die Divertikulitis erkennbar geworden.

Die Unterlassung der weiterführenden Diagnostik ab dem sechsten Tag für drei Tage muss als Befunderhebungsfehler bewertet werden (siehe hierzu auch RbÄ 9/2014 „Versäumte Befunderhebung – Folgen für die Beweislast“). Mit ausreichend hoher Wahrscheinlichkeit hätte sich ein reaktionspflichtiges Ergebnis gezeigt. Die dadurch verzögerte fachchirurgische Behandlung war den beschuldigten Ärzten zu 1) anzulasten.

Im Allgemeinen macht sich die Divertikelerkrankung des Dickdarmes durch spezifische oder unspezifische, chronische oder akute Beschwerden bemerkbar und seltener infolge einer Perforation mit Peritonitis als erstes Symptom der Krankheit bei bis dahin stummem Verlauf. Erkrankungen aus dem orthopädischen oder neurologischen Fachgebiet sind kaum mit Bauchschmerzen assoziiert. Ihre Abgrenzung zu akuten entzündlichen Prozessen im Abdomen kann auch durch das Fehlen von Fieber und laborchemischen Veränderungen im Sinne einer Entzündungsreaktion vorgenommen werden. Ein symptomatisches oder kompliziertes, infrarenales Bauchaaortenaneurysma könnte eine ähnliche Symptomatik aufweisen, dies gilt insbesondere für das häufig mit Flanken- und Rückenschmerzen einhergehende inflammatorische Bauchaaortenaneurysma.

Sachgerecht wurde bei absoluter, dringlicher Laparotomieindikation durch die beschuldigte Abteilung zu 2) umgehend operativ vorgegangen. Erforderlich wurde eine Hemicolektomie mit endständigem Transversostoma und distalem Blindverschluss.

Angenommen die Laparotomie wäre bei zeitgerechter Diagnose 72 Stunden früher erfolgt, dann ist – nicht zuletzt aufgrund des pathologisch-anatomischen Befundes – mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich zumindest eine frische oder lokal begrenzte Entzündung neben der oralwärts davon gelegenen Divertikulitis mit der Möglichkeit einer sauberen Resektion mit primärer colocolischer Anastomose gezeigt hätte. Aber auch in einer solchen Situation, zumal unter Würdigung des Alters der Patientin, hätte die Anastomose durch ein Deviationsstoma (Transversostoma, Ileostoma) abgesichert werden müssen. Das heißt eine Zweitoperation zur Wiederherstellung der physiologischen Darmpassage wäre auch ohne den Behandlungsfehler der Orthopäden unbedingt indiziert gewesen.

Im Zusammenhang mit der Abklärung einer rezidivierenden Dyspnoe sowie einer akut aufgetretenen Schwellung des rechten Armes wurden eine tiefe Beinvenenthrombose und eine beidseitige Lungenembolie diagnostiziert, die zu einer gewichtsadaptierten Therapie mit niedermolekularem Heparin und Einleiten einer Antikoagulation mit Marcumar® führten.

Unter Berücksichtigung des Alters, des BMI (30,3), der Varizen beider Beine sowie der nachweislichen entzündlichen akuten Erkrankung und der therapiebedingten Immobilisation bestand ein mittleres und nach dem großen Baueingriff vom 23. Februar ein hohes Thromboembolierisiko. Während im gesamten Verlauf die medikamentöse tägliche Thromboseprophylaxe sachgerecht erfolgte, wurden in beiden Kliniken aber Basis- und physikalische Maßnahmen zur Unterstützung der Thromboseprophylaxe behandlungsfehlerhaft unterlassen. Vor allem durch die Ärzte zu 2) wurde damit bei nunmehr hohem Thromboembolierisiko die Chance vertan, den Verlauf mit einer tiefen Beinvenenthrombose und konsekutiver beidseitiger Lungenembolie abzuwenden.

**Professor Dr. med. Antonio Larena-Avellaneda** und **Professor Dr. med. Hans-Walter Staudte** sind Stellvertretende Geschäftsführende Mitglieder, Präsident des Amtsgerichts a. D. **Dr. jur. Hans-Willi Laumen** ist Stellvertreter der Vorsitzenden und **Dr. med. Beate Weber** ist Angehörige der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.