

Diagnostische Versäumnisse bei akuter Appendizitis

Folge 16 der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

*von Herbert Weltrich und Herwarth Lent**

Die Gutachterkommission hat wiederholt ärztliche Behandlungsfehler feststellen müssen, die dazu führten, dass die Verdachtsdiagnose einer akuten Appendizitis nicht rechtzeitig gestellt wurde. Bei Schmerzen im Epigastrium, in der Periumbilikalregion und vor allem im rechten Unterbauch ist bei jedem Patienten ohne Appendektomie an eine solche Entzündung zu denken.

Die Anamnese mit der zeitlichen Abfolge der Symptome ergibt bereits wichtige Hinweise. Die Schmerzen beginnen in der Regel im Epigastrium oder periumbilikal. Danach lokalisieren sie sich in den rechten Unterbauch. Es bestehen subfebrile Temperaturen und eine charakteristische Differenz zwischen axillärer und rektaler Temperatur. Eine leichte Leukozytose ist zumeist vorhanden. Bei stärkerem Fieber (39° C und höher) und anhaltenden Schmerzen ist stets auch eine Perforation der Appendix in Betracht zu ziehen (vgl. *W. Kaufmann, Internistische Differentialdiagnostik, Verlag Schattauer, 4. Aufl., S. 641 – Beitrag K.H. Vestweber*). Bei kleineren Kindern und älteren Menschen ist die Diagnose oft schwieriger, da die klassischen Symptome nicht artikuliert werden können oder häufiger nicht deutlich ausgeprägt sind. Die Gutachterkommission hatte folgenden zum Tode führenden Krankheitsverlauf zu beurteilen.

Der Sachverhalt

Der damals 66-jährige Patient war seit zwei Jahren wegen einer neurogenen Blasenentleerungsstörung mit liegendem Bauchdeckenkatheter (BDK) und chronischem Harnwegsinfekt bei einem Morbus Parkinson sowie einer Insuffizienz der Einzelniere rechts mehrfach in der Behandlung der beiden in einer Gemeinschaftspraxis tätigen beschuldigten Urologen Dr. A. und Dr. B. Der letzte BDK-Wechsel wurde am 14. September durch Dr. B. vorgenommen.

Aus der Vorgeschichte war beiden Urologen bekannt: Eine vor etwa 20 Jahren durchgeführte linksseitige Nephrektomie und eine vor etwa zweieinhalb Jahren erfolgte transurethrale Elektresektion eines benignen Prostataadenoms.

In den Nachmittagsstunden des 22. September wurde der Patient von dem Urologen Dr. A. wegen starker Unterbauchschmerzen nach einer Ultraschalluntersuchung unter dem Verdacht auf massive Blaseninfektion zur antibiotischen Behandlung stationär in die Belegabteilung der Urologen Dr. A. und Dr. B. eingewiesen. Die von Dr. A. ambulant durchgeführte Sonographie zeigte – laut Dokumentation – einen regelrecht in der Blase liegenden BDK, sonst keine auffälligen Befunde.

Behandlung in der urologischen Belegabteilung

Bei der Aufnahme befand sich der Patient in einem reduzierten Allgemeinzustand. Das Abdomen wird mit „keine palpablen Resistenzen, Leber und Galle o. B.“ befundet. Die Beschaffenheit der Bauchdecken, ein Palpationsschmerz und die Peristaltik sind im Aufnahmebefund nicht vermerkt.

Die Sonographiekontrolle ergab jetzt weiterhin: „Rechte Niere o. B., Leber o. B., Gallenblase ohne Steine, Blase leer, Z. b. liegendem BDK“. Pathologische Resistenzen, erweiterte Darmschlingen, freie Flüssigkeit sind nicht aufgezeichnet.

Das Blutbild zeigte am Aufnahmezeitpunkt eine Leukozytose von 17.100 /nl; weitere Entzündungsparameter, wie BKS und der CRP-Wert wurden nicht bestimmt; der Harnstoff war mit 62 mg/dl leicht erhöht, das Kreatinin mit 1,1 mg/dl normal; im Urinsediment massenhaft Leukozyten und Bakterien.

Eine i. v. Antibiotikatherapie mit Cefuroxim – Cephalosporine der 2. Generation – in einer Dosierung von 3 x 1,5 g pro Tag wurde eingeleitet und fortgeführt. Der Patient bekam außerdem parenterale Infusionen sowie Spasmolytika zur Schmerzbekämpfung, ferner wegen einer Obstipation täglich Abführmittel. Am späten Vormittag des 24. September wurden zwei Darmklysmen über ein Darmrohr eingeführt,

* Herbert Weltrich ist Präsident des Oberlandesgerichts Köln a. D. und war von 1984 bis 1999 Vorsitzender der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein; Dr. med. Herwarth Lent war von 1975 bis 1999 Mitglied der Gutachterkommission für das Gebiet Innere Medizin, seit 1983 war er Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied.

ohne dass dadurch ein Stuhlgang erzielt wurde. Gleichzeitig mit diesen Maßnahmen wurde die Morbus Parkinson-Behandlung mit Movergan 5 mg weitergeführt. Die Körpertemperatur betrug nach der Fieberkurve am 23. September 38° C und am 24. September 38,5° C. Weitere diagnostische Maßnahmen und klinische Untersuchungsbefunde sind ärztlicherseits nicht dokumentiert.

In der Pflegedokumentation vom 24. September ist vom Spätdienst vermerkt: „Patient hat einen Trommelbauch, hat kaum abgeführt, ist schweißig, Tachyarrhythmie, Puls schwach, Dr. A. informiert – Abdomen, Magensonde, Darmrohr; Magensonde spontan 1.500 ml dunkel-braun gefärbt.“ In der Fieberkurve ist am selben Tag eingetragen: „Magensonde 16:00 Uhr, Darmrohr, Abdomen, Labor“. Im Blutbild vom 24. September 20:24 Uhr: Leukozyten 10.900 /nl. Im Serum: Kreatinin 2,4 mg/dl, Harnstoff 159 mg/dl, CRP-Wert 657,0 mg/l.

Die Abdomensonographie vom 24. September gegen 22:45 Uhr ergab laut Dokumentation: „Im gesamten Abdomen massiv erweiterte Dünn- und Dickdarmanteile mit deutlicher Pendelperistaltik und Wandödem, interstitielle Flüssigkeit, Verdacht auf freie intraabdominelle Luft; Leber deutlich vergrößert, echoarm, deutlich tastbar“.

Chirurgisches Konsil

Der gegen 22:00 Uhr hinzugezogene Chirurg vermerkte in der Pflegedokumentation: „Abdomen deutlich aufgetrieben, massiver Druckschmerz im gesamten Abdomen mit Abwehrspannung, Magensonde, Miserere 2.600 ml, Patient ist nicht ansprechbar, zz. Kreislauf stabil. Eine OP-Aufklärung ist nicht möglich, da der Patient nicht ansprechbar ist“.

Über die chirurgische Konsiliaruntersuchung enthält die ärztliche Dokumentation gegen 22:45 Uhr

folgenden Befund: „Akutes Abdomen mit diffuser Abwehrspannung, Ileus, Miserere, sonographisch freie Flüssigkeit und freie Luft intraabdominell; Übernahme zur sofortigen Laparotomie“.

Chirurgische Behandlung

Nach der notfallmäßigen Übernahme ergab die Laparoskopie eine „Ausgedehnte Peritonitis in allen vier Quadranten intraabdominell mit massiv putridem, kotigem Sekret bei perforierter Appendizitis“.

Unmittelbar danach wurde unter der Diagnose „Akutes Abdomen mit Ausbildung eines Dünndarmileus bei septischem Krankheitsbild“ die Indikation zur Laparotomie gestellt, die gegen 23:50 Uhr in Intubationsnarkose durchgeführt wurde.

Laut Operationsbericht fand sich eine generalisierte Peritonitis mit multiplen Schlingenabszessen bei älterer perforierter Appendizitis.

Der pathologisch-anatomische Befund des Operationspräparates entsprach einer akuten phlegmonös-ulzerierten Appendizitis mit transmuraler Wandnekrose der Appendix und des Coecumpoles, perityphlitischen Abszess und deutlicher Periappendizitis.

Bei der bakteriologischen Abstrichuntersuchung fanden sich Erreger der Gattung *Escherichia coli* und *Pseudomonas aeruginosa*, nach Austestung mit Empfindlichkeit gegenüber dem Gyrasehemmer Ciprofloxacin – Ciprobay – und Acylureidopenicilline, Mezlocilline – Baypen.

Weitere Behandlung

Postoperativ wurde wegen des septischen Krankheitsbildes mit instabilen Kreislaufverhältnissen eine Intensivtherapie mit kontrollierter Beatmung und Sedierung, einer bilanzierten Infusionstherapie mit Elektrolyten und Eiweiß, Kreislaufüberwachung, Blutgasanalysen, Pneumonieprophylaxe und angepassten systemischen Antibiotika durchgeführt.

Nach Stabilisierung der kardialen und pulmonalen Situation erfolgte am 28. September die Extubation; die Kreislaufverhältnisse blieben zunächst stabil, die Flüssigkeitsbilanz war ausgeglichen; der Patient war zeitweise wach, ansprechbar und orientiert und konnte mit Hilfe für kurze Zeit im Stuhl sitzen.

Am 2. Oktober kam es zu einer wesentlichen Verschlechterung der pulmonalen und kardialen Situation, die eine erneute Intubation mit kontrollierter Beatmung und Siedierung und am 5. Oktober eine Tracheotomie erforderte.

Die bakteriologische Untersuchung des Bronchialsekretes und der Blasenkatheterspitze ergab Erreger der Gattung *Enterobacter cloacae*, *Enterococcus faecalis* und *Staphylococcus aureus* – MRSA (methicillin-resistent), die Blutkultur *Staphylococcus hominis*. Entsprechend der Keimempfindlichkeit wurden die Antibiotika angepasst.

Bei Fortbestehen des schweren septischen Krankheitsbildes mit kontinuierlicher Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Fieberschüben, Tachykardien über 140/Min., Abfall des Blutdrucks und der O₂-Sättigung, erhöhten Beatmungsdrucken und verminderter Diurese bis zur Oligurie verstarb der Patient in den Morgenstunden des 13. Oktober um 08:34 Uhr, nachdem alle intensivmedizinischen Bemühungen erfolglos geblieben waren.

In der ärztlichen Todesbescheinigung ist als unmittelbare Todesursache ein Multiorganversagen als Folge eines septischen Schocks infolge Peritonitis nach perforierter Appendizitis dokumentiert.

Gutachtliche Beurteilung

Die Gutachterkommission bewertete die ärztliche Behandlung der beiden Urologen als schwerwiegend fehlerhaft.

Nach Aufnahme in der urologischen Belegabteilung leiteten die

behandelnden Urologen aufgrund ihrer Verdachtsdiagnose („Blaseninfektion“) zwar eine konservative Behandlung mit parenteralen Antibiotika ein und überprüften ihre sonographische Diagnose durch eine Kontrollsonographie. Ob die notwendigen weiteren klinischen Kontrollen und die erforderlichen diagnostischen Maßnahmen durchgeführt wurden, konnte die Kommission mangels ärztlicher Dokumentation nicht feststellen. Sie vermisste vor allem palpatorische Abdominalbefunde, auf die es hier entscheidend ankam. Der Zustand muss aber auffällig gewesen sein, wie die Verordnung von Abführmitteln und die Vermerke in der Pflegedokumentation (Trommelbauch, Magensonde pp) zeigen. Der erste ärztliche abdominelle Befund ist am 24. September zwischen 22:00 und 23:00 Uhr vom chirurgischen Konsiliariums dokumentiert, der dann auch sofort die gebotene Übernahme zur Laparotomie veranlasst hat.

Für die erhebliche Verzögerung dieser entscheidenden Maßnahme tragen die Urologen die ausschließliche Verantwortung. Mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte nach Auffassung der Gutachterkommission der deletäre Krankheitsverlauf vermieden werden können, wenn die chirurgische Intervention mit adäquater Intensivtherapie rechtzeitig veranlasst worden wäre. Die Urologen hätten aufgrund des Krankheitsbildes, insbesondere des Abdominalbefundes, eine schwere intraabdominelle Erkrankung mit möglicher Perforation differenzialdiagnostisch in Erwägung ziehen, ihre Annahme eines akuten Blasen- und Harnwegsinfektes überprüfen und konkret an eine möglicherweise perforierte Altersappendizitis denken müssen.

Um einer solchen naheliegenden Verdachtsdiagnose nachzugehen bzw. diese sicher auszuschließen, waren frühzeitig klinische Befunde zu erheben und entsprechende diagnostische Maßnahmen durchzuführen, insbesondere eine chirurgische Konsiliaruntersuchung zu ver-

anlassen. Erforderlich wäre z. B. eine Röntgenaufnahme des Abdomens (im Stehen) zur Klärung der Frage gewesen, ob ein Ileus oder eine Perforation vorlag. Versäumt wurden weitere dringend erforderliche Kontrollen der Abdomensonographie am 23. September, spätestens aber am Morgen des 24. September, um ggf. intraabdominelle Abszessbildungen zu erkennen. Sinnvoll – wenn auch hier nicht zwingend geboten – wäre ein Computertomogramm gewesen, das möglicherweise die bei der späteren Laparotomie gefundenen Schlingenabszesse gezeigt hätte.

Abschließende Bewertung

Die Gutachterkommission kam zusammenfassend bei der Bewertung der ärztlichen Versäumnisse zur Feststellung eines schwerwiegenden, das heißt groben Behandlungsfehlers. Die behandelnden Urologen haben danach elementare Kontrollbefunde nicht erhoben und anerkannte Prüfungsmaßnahmen zur Klärung des bestehenden Krankheitsbildes vorwerfbar unterlassen. Der entscheidende Behandlungsfehlerwurf trifft nach Auffassung der Kommission nicht die fehlerhafte Anfangsdiagnose der Urologen, sondern die in hohem Maße pflichtwidrige Unterlassung von diagnostischen Maßnahmen zur Überprüfung dieser Diagnose, obwohl nach stationärer Aufnahme

hierzu unmittelbar Anlass bestand. Die zwingend gebotene Laparotomie wurde infolge der schwerwiegenden Versäumnisse so entscheidend verzögert, dass der Tod des Patienten im septischen Schock infolge Peritonitis nach perforierter Appendizitis nicht mehr abwendbar war.

Die Feststellung eines „groben“ Behandlungsfehlers im Sinne der Rechtsprechung kann für die Frage, ob er den eingetretenen Schaden verursacht hat, zur Umkehrung der Beweislast führen. Das bedeutet, dass in einem solchen Fall nicht der Patient die Kausalität nachzuweisen hat. Vielmehr ist es Sache der betroffenen Ärzte, den Nachweis zu führen, dass der Gesundheitsschaden – hier bedauerlicherweise sogar der Tod – nicht eine Folge der ärztlichen Versäumnisse war, was bei dem geschilderten Sachverhalt kaum gelingen dürfte.

Ergänzend zum Thema

Vorwerfbare diagnostische Versäumnisse wurden von der Gutachterkommission bisher in mindestens 64 Fällen festgestellt. Zu beanstanden war vorwiegend die mangelhaft differenzierende Palpation des Abdomens, die zur deutlich verspäteten Diagnose führte. Ursächlich war dabei auch die nicht immer hinreichend beachtete Variabilität des Erscheinungsbildes und unterschiedlichen Verlaufs von Appendicitiden.

Zur Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein“

An die Gutachterkommission ist wiederholt die Anregung herangetragen worden, ihre gutachtlichen Beurteilungen zu veröffentlichen. Der Göttinger Arztrechtler Prof. Dr. H.-L. Schreiber beispielsweise hat die Auffassung vertreten, die Ergebnisse der Kommissionsverfahren sollten in regelmäßigen Berichten publiziert und damit für die praktische ärztliche Tätigkeit sowie die Entwicklung von Leitlinien nutzbar gemacht werden (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt Februar 2000, Seite 22*).

Eine solche Veröffentlichung kann allerdings nicht durch einfachen (anonymisierten) Abdruck der jeweiligen Entscheidung geschehen. Ihre fallbezogene Fassung und die oft umfangreichen gutachtlichen Anlagen bedürfen der Konzentration auf die wesentlichen Einzelheiten des Sachverhalts und den maßgeblichen Kern der Beurteilung.

Diese Arbeit leisten nunmehr langjährige Kommissionsmitglieder, die regelmäßig im *Rheinischen Ärzteblatt* zu bestimmten Themen aktuelle gutachtliche Entscheidungen in knapper Zusammenfassung und mit etwaigen statistischen Anmerkungen veröffentlichen.

GAK