

01.02.2011 Viszeralchirurgie

Zeitliche Verschiebung der Appendektomie bei gegebener Operationsindikation aus organisatorischen Gründen

J. Neu, H. Vinz



© fotolia/ag visuell

Die logistische Problematik der Operationsabteilungen von Akutkrankenhäusern ist u. a. auch dadurch geprägt, dass jederzeit das geplante Operationsprogramm durch das Eintreffen von Notfällen „gestört“ werden kann. Deren zeitgerechte Operation ist medizinisch notwendig. Folgen einer verzögerten Operation wären grundsätzlich juristisch einklagbar. Allseits bekanntes Beispiel ist das Eintreffen einer akuten Appendizitis zum „unpassenden“ Zeitpunkt. Wir stellen zunächst zwei Kasuistiken vor, in denen die Gutachter zu unterschiedlicher Beurteilung des gleichen Sachverhaltes gelangten.

Fall 1

Eine 46jährige Frau wird mit einer seit etwa 16 Stunden bestehenden akuten Bauchsymptomatik in einer Chirurgischen Klinik um 5.00 Uhr aufgenommen. Aufnahmebefund: „.... krampfartige Schmerzen, zunächst im Epigastrium, später im rechten Unterbauch. Stuhlgang und Miktion regelmäßig. Übelkeit. Abdomen weich, Druckschmerz, Abwehrspannung, Loslassschmerz im rechten Unterbauch. Sonographisch keine freie Flüssigkeit.“ Aufnahmediagnose: Verdacht auf akute Appendizitis. Um 8.00 Uhr erfolgte eine erneute Untersuchung durch den Oberarzt. Dieser stellte die Indikation zur Operation. Die Operation als laparoskopische Appendektomie wird um 17.20 Uhr begonnen. Operationsdiagnose: Perforierte Appendizitis mit Unterbauchperitonitis. Appendektomie, Spülung und Drainage der Bauchhöhle, postoperativ vorübergehende Darmatonie mit Erbrechen. Wundheilung pp. Entlassung am 7. postoperativen Tag.

Patient

Beklagt wird aus patientenseitiger Sicht die um 12 Stunden verzögerte Operation. In dieser Zeit sei die Perforation eingetreten. Der fortgeschrittene Entzündungsbefund sei ursächlich für die postoperative Darmfunktionsstörung gewesen.

Gutachter

Die Diagnose der akuten Appendizitis sei bereits bei Klinikaufnahme korrekt gestellt worden. Die Operation wurde aber erst nach mehr als 12 Stunden durchgeführt. Dies widerspräche der gängigen Lehrmeinung, dass nach Stellen der Diagnose die Operation möglichst unverzüglich zur erfolgen habe. Literaturbezug auf Peiper [1]. Als Fehler sieht der Gutachter die um 12 Stunden verzögerte Operation und eine hierdurch bedingte postoperative Darmatonie.

Chefarzt

Seitens des verantwortlichen Chefarztes wurde entgegnet: Die Operationsindikation sei von einem Oberarzt um 8.30 Uhr gestellt worden. Unter Berücksichtigung der Vorbereitungsmaßnahmen sei von einer 7-stündigen Verzögerung auszugehen. Diese sei wegen des laufenden Operationsprogramms und weiterer Notfalloperationen unvermeidbar gewesen. Auch habe die Operationsverzögerung zu keinem Schaden geführt.

Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich in der Beurteilung der Operationsverzögerung der Auffassung des Gutachters an, ging allerdings im Hinblick auf die erforderlichen Vorbereitungsmaßnahmen von einer insgesamt 10-stündigen fehlerbedingten Operationsverzögerung aus. Die Operation hätte kurzfristig in das laufende Operationsprogramm eingeordnet werden müssen. Vorliegen höherer Gewalt als Begründung für die Operationsverzögerung wurde nicht dargelegt, der pauschale Hinweis auf ein laufendes Operationsprogramm und weitere Notfalloperationen war nicht ausreichend. Aus der 10-stündigen Operationsverschiebung war ein Anspruch auf Schmerzensgeld abzuleiten. Fehlerbedingte Komplikationen sind nicht aufgetreten

Fall 2

Eine 41jährige Frau wird um 6.00 Uhr unter dem Verdacht einer akuten Appendizitis in einer chirurgischen Klinik aufgenommen. Aufnahmebefund: „Seit etwa 20 Stunden zunächst Schmerzen im Oberbauch, die sich später in den Unterbauch verlagerten. Körpertemperatur 39 Grad Celsius. Bauch weich, keine Abwehrspannung, Sonographie: Freie Flüssigkeit im kleinen Becken. Diagnose: Verdacht auf akute Appendizitis, Differenzialdiagnose gynäkologischer Prozess. Nach gynäkologischer Untersuchung mit negativem Ergebnis wird um 10.00 Uhr die Indikation zur Operation gestellt. Die Operation wurde wegen des noch laufenden Operationsprogramms um 19.00 Uhr begonnen. Operationsbefund: Eitrige Appendizitis mit Perforation an der Spitze, putrides Sekret im Unterbauch. Laparoskopische Appendektomie, Spülung und Drainage der Bauchhöhle. Nach komplikationslosem Verlauf Entlassung am 7. postoperativen Tag.

Patient

Die Patientin beklagt die lange Wartezeit bis zur Operation während der sie starke Schmerzen hätte ertragen müssen. Vermutlich sei in dieser Zeit der Appendix perforiert. Spätere Bauch- und Narbenbeschwerden werden als Folge der verzögert durchgeführten Operation gesehen.

Gutachter

Dem Gutachter war u. a. die Frage vorgelegt worden: Wurde der Operationsbeginn fehlerbedingt verzögert, ggf. um welchen Zeitraum? Hierzu nahm der Gutachter wie folgt Stellung: Eine akute Appendizitis wird nach der stationären Aufnahme üblicherweise nach entsprechender Vorbereitung am gleichen Tage nach dem vorgeplanten

Routineprogramm operiert. Lediglich bei Fällen, in denen eine Perforation mit einer schweren diffusen Bauchfellentzündung mit entsprechenden Zeichen vorliegt, würde eine Verschiebung und Veränderung des Tagesprogramms vorgenommen. Mit dieser Begründung wird auch für den hier vorliegenden Fall die organisatorisch bedingte Verzögerung der Appendektomie nicht als fehlerhaft gewertet. Die Durchführung der Appendektomie nach dem geplanten Operationsprogramm entspräche dem üblichen Vorgehen und sei wissenschaftlich belegt. Der Gutachter beruft sich hierbei auf eine amerikanische Veröffentlichung aus dem Jahre 2006 [2]. Kernaussage dieser Arbeit sei, dass bei „stabilen“ Patienten mit Appendizitis der Appendektomiezeitpunkt um 12 bis 24 Stunden verschoben werden kann, um notfallmäßige Operationen in der Nacht zu vermeiden. Dieses Vorgehen gehe nicht mit einer Zunahme der Komplikationen einher.

Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle konnte sich nach Kenntnisnahme der zitierten und weiterer einschlägiger Veröffentlichungen [5, 6] dieser Sichtweise nicht anschließen. Mit folgender Argumentation wurde dagegengehalten: Die klinische Diagnose der akuten Appendizitis stellt die Indikation zur unverzüglichen Operation dar, um der Perforation und der Peritonitis zuvorzukommen. Das zu erwartende Perforationsereignis ist zeitlich nicht kalkulierbar. Es ist vertretbar und häufig unvermeidbar, die Appendektomie aus organisatorischen Gründen um mehrere Stunden hinauszuschieben, sofern keine Zeichen der Peritonitis vorliegen. Bei Zeichen der Peritonitis, insbesondere bei Bauchdeckenspannung und/oder sonographischem Exsudatnachweis muss die Operation schnellstmöglich in das laufende Operationsprogramm eingeordnet werden. Im hier zu beurteilenden Fall hätte nach Kontrolle des Bauchbefundes und Nachweis von freier Flüssigkeit im Bauchraum die Indikation zur Operation spätestens um 10.00 Uhr, 4 Stunden nach Klinikaufnahme, gestellt werden müssen. Dies hätte die schnellstmögliche Einordnung der Operation in das laufende Operationsprogramm unter Unterbrechung des Tagesprogramms zur Folge haben müssen. Alternativ wäre die Verlegung in eine Nachbarklinik mit der Möglichkeit der sofortigen Operation infrage gekommen. Eine zeitlich kalkulierte, mehrstündige Verschiebung aus organisatorischen bzw. logistischen Gründen unter den Bedingungen der sich bereits entwickelnden Peritonitis hält die Schlichtungsstelle grundsätzlich und auch im hier zu beurteilenden Fall nicht für vertretbar. Die fehlerbedingte Verschiebung der Operation um real 9 Stunden war vermeidbar fehlerhaft. Dieser Feststellung konnte nicht entgegengehalten werden, dass der spätere Heilverlauf unkompliziert war. Aus der Verzögerung der Operation um 9 Stunden resultierte ein Anspruch auf Schmerzensgeld.

Kommentar

Auf dem 34. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1905 wurde das „allgemeine Bekenntnis zur Frühoperation“ der akuten Appendizitis formuliert. Wortführer war Körte, Berlin [3]. Frühoperation war seinerzeit bereits in der zeitlichen Größenordnung von maximal 3 bis 4 Stunden von der Indikationsstellung bis zum Operationsbeginn zu verstehen.

In 241 Verfahren der norddeutschen Schlichtungsstelle im Zusammenhang mit der akuten Appendizitis betrafen 127 Fälle (53 Prozent) die perforierte Appendizitis mit dem Vorwurf der verzögerten Operation und des hierdurch bedingten komplizierten Krankheitsverlaufes. Im Fachbereich Chirurgie wurde dieser Vorwurf in 45 Prozent der Anträge, im außerchirurgischen Fachbereich in 67 Prozent der Anträge als begründet bewertet mit Anspruch auf Schadenersatz [4]. In mehreren Fällen wurde beklagt, dass bei der stationären Aufnahme die Diagnose und die Operationsindikation gestellt wurden, die Operation jedoch aus „betrieblichen Gründen“ zeitlich erheblich hinausgeschoben wurde. Die beiden Standardsituationen waren:

- stationäre Aufnahme abends oder in der Nacht, Operation im Programm des folgenden Tages
- stationäre Aufnahme nachts oder morgens, Operation im Anschluss an das Tagesprogramm.

Die in solchen Fällen eingetretenen zeitlichen Verzögerungen lagen, abzüglich von maximal 3 Stunden für die Vorbereitungsmaßnahmen, zwischen 8 bis maximal 15 Stunden. Regelmäßig wurde seitens der Antragssteller behauptet, dass in dieser Wartezeit die Perforation eingetreten wäre.

Gutachter und Schlichtungsstelle gingen bislang in der Beurteilung derartiger Fälle von folgendem Grundsatz aus: Ein Operationsverzug aus organisatorischen Gründen bei der Indikationsstellung im Sinne der Frühoperation, d. h. Überschreiten der 4-Stundengrenze, ist nicht vertretbar. Zu welchem Zeitpunkt die Perforation eintritt bzw. in welchem Zeitraum sich eine Peritonitis und ein septisches Krankheitsbild entwickeln, ist im Einzelfall nicht vorhersehbar. Daher ist die Verzögerung der Operation grundsätzlich ein zusätzliches und steigendes Risiko für den Patienten, das es zu vermeiden gilt. Wird „höhere Gewalt“ als Begründung für eine übermäßige Verschiebung der Operation vorgetragen, so müsste dies im Falle eines Arzthaftungsverfahrens durch Vorlage beweiskräftiger Unterlagen bestätigt werden. Bislang wurde in der norddeutschen Schlichtungsstelle eine Operationsverschiebung um mehr als 4 Stunden aus rein organisatorischen Gründen als fehlerhaft beurteilt. Die seitens der betroffenen Kliniken vorgetragenen Begründungen, Belastung des Operationsprogramms durch andere Dringlichkeitsfälle, planmäßige Appendektomie nach Abschluss des Tagesprogramms, wurden nicht akzeptiert, da diese Darstellungen nicht belastbar untermauert wurden. Eine dringliche Appendektomie muss ggf. in das Programm eingeschoben werden. Bei unabsehbarer operativer Belastung muss die Verlegung in ein benachbartes Krankenhaus organisiert werden.

Den Anfangspunkt der 4-Stunden-Grenze definieren wir als den Zeitpunkt, zu dem mit fachärztlicher Kompetenz die Indikation zur Appendektomie gestellt wurde. In gleicher Weise gilt auch die Indikationsstellung zur diagnostischen Laparoskopie oder Laparotomie bei dringlich abzuklärender akuter Bauchsymptomatik. Die korrekte, zeitgerechte Indikationsstellung wird für unsere Betrachtungen vorausgesetzt. Die zur Zeit der Indikationsstellung klinisch manifeste lokale oder diffuse Peritonitis erfordert die unverzügliche Operation. Sie fällt nicht unter unsere Betrachtungen.

Die Argumentation des Gutachters in Fall 2 hat für eine gewisse Irritation gesorgt. Ein weiterer Fall mit gleicher Argumentation liegt inzwischen vor. Im Kreise der chirurgischen Mitglieder der Schlichtungsstelle wurde das neu entstandene Problem der „erlaubten“ Operationsverschiebung aus organisatorischen Gründen anhand einschlägiger Literatur erörtert [2, 5, 6]. Diese Arbeiten konnten die Schlichtungsstelle nicht von der Zulässigkeit einer geplanten Operationsverschiebung bei einer bestätigten akuten Appendizitis überzeugen:

- Die Einteilung der Vergleichsgruppen erfolgte in A: Operation innerhalb von 12 Stunden, B: Operation 12-24 Stunden nach Klinikaufnahme [2, 5] bzw. A: Operation innerhalb von 10 Stunden, B: Operation später als 10 Stunden nach Klinikaufnahme [6]. Die Frühoperation im klassischen Sinne wurde nicht überprüft. Die Komplikationsraten waren in den genannten Gruppen jeweils gleich groß.
- Für die A-Gruppe wurde als Anfangspunkt der Zeitpunkt der Klinikaufnahme, nicht des Symptombeginns definiert.
- Die Grundlage der Indikationsstellung nach klinischem Befund wurde nicht mitgeteilt. Die vergleichende Auswertung erfolgte ex post anhand der histologischen Befunde und der

Komplikationsraten.

- Da der Vergleich zwischen Frühoperation im herkömmlichen Sinne (4-Stundengrenze) und verzögerter Operation nicht vorliegt, kann anhand dieser Arbeiten die Indikation zur Operation innerhalb der 4-Stundengrenze nicht als widerlegt gelten.

Schließlich wurde der Auffassung von Abou-Nukta und Mitarbeitern [2] im Diskussionsteil der gleichen Zeitschrift, Seite 506-507, sehr heftig widersprochen: Es gehe nicht allein um das Risiko krankheitsbedingter Komplikationen. Den mit der als gefährlich empfundenen Diagnose „akute Appendizitis“ konfrontierten Patienten seien auch Angst und Schmerzen zu nehmen.

Erfahrungen der Schlichtungsstelle: In den Antragsschreiben mit dem Vorwurf der verzögert ausgeführten Appendektomie teilt sich häufig noch unvermittelt die durchlebte Angst der Patienten während des langen Wartens auf die Operation mit. Bei der perforierten Appendizitis wird der Vorwurf der ärztlich verschuldeten Verschleppung der Diagnose häufig mit großer Heftigkeit vorgetragen, gilt dieser Vorfall aus Patientensicht doch geradezu als Paradebeispiel für ärztliches Fehlverhalten. Diskrepante gutachtliche Entscheidungen in diesem Zusammenhang würden einer glaubwürdigen ärztlichen Argumentation abträglich sein.

Die haftungsrechtlichen Konsequenzen sind bei bestätigter fehlerhafter Verzögerung der Operation vergleichsweise gering. Da in den meisten Fällen nicht beweisbar ist, dass eine Verschiebung der Operation beispielsweise um 10 Stunden ursächlich für einen komplizierten Heilverlauf war, beschränkt sich der Schadenersatzanspruch in der Regel auf einen Anspruch auf Schmerzensgeld für die Dauer der fehlerbedingten Wartezeit.

Unter den heute geltenden ökonomischen Zwängen muss die Organisationsstruktur einer Operationsabteilung darauf ausgerichtet sein, die gesamte Operationskapazität planmäßig auszunutzen. Dennoch müssen häufig dringliche Operationen außerplanmäßig eingeordnet werden. Das führt zu Zwangssituationen, die in der Operationssaalordnung ihren Niederschlag finden müssen. Es sollte – auch aus juristischen Gründen – schriftlich (z. B. als betriebliche Regel) fixiert sein, dass für nicht beliebig aufschiebbare Operationen der zunächst bzw. im erlaubten Zeitraum freiwerdende Operationssaal zur Verfügung gestellt wird. Verantwortlich hierfür wäre der organisatorische Leiter der Operationsabteilung („Operationsmanager“).

Die vorstehenden Überlegungen gelten selbstverständlich für alle Altersgruppen. Bei Kindern zeigt die akute eitrige Appendizitis häufig einen schnelleren Verlauf bis zu Manifestation der lokalen oder diffusen Peritonitis. Ein planmäßiger Operationsaufschub wäre bei Kindern daher mit einem vergleichsweise noch höheren Risiko belastet als bei Erwachsenen und deshalb grundsätzlich nicht diskutabel.

Fazit

Der Verlauf einer akuten Appendizitis ist im Einzelfall nicht kalkulierbar. Von der Perforation wenige Stunden nach Symptombeginn bis zu über Tage protrahiertem Verlauf gibt es alle Zwischenstufen. Der Perforation mit der Frühoperation möglichst zuvorzukommen, ist die wirksamste Prophylaxe septischer Komplikationen, wie Abszess oder diffuse Peritonitis. Die begleitende Antibiotikatherapie ist obligat, aber keine Alternative zur Operation. Die Schlichtungsstelle sieht mit den zitierten Mitteilungen [2, 5, 6] die Notwendigkeit der Operation innerhalb der 4-Stundengrenze bei akuter Appendizitis nicht als widerlegt an. Damit ist auch eine übermäßige Verzögerung der Operation aus organisatorischen Gründen grundsätzlich nicht vertretbar und somit fehlerhaft. Von diesem Grundsatz

wäre erst abzugehen, wenn Mitteilungen vorliegen, in denen einerseits die Vergleichsgruppen als Operationen weniger als vier Stunden (Frühoperation) und über vier Stunden nach Indikationsstellung definiert sind, andererseits die untersuchten Fälle sich allein auf die präoperative klinische Diagnose der akuten Appendizitis beziehen mit Angabe der Anamnesedauer und des Zeitpunktes der Indikationsstellung zur Appendektomie. Bislang gilt also auch aus haftungsrechtlicher Sicht weiterhin die Forderung der Operation innerhalb der 4-Stundengrenze. Diese Mitteilung ist das Ergebnis eines Konsensgesprächs der Juristen und der Ärztlichen Mitglieder des Fachgebietes Chirurgie der norddeutschen Schlichtungsstelle.

Literatur:

- [1] Peiper, Ch: „Appendizitis“. In Siewert, Rothmund, Schumpelick (Hrsg.): Praxis der Visceralchirurgie, Gastroenterologische Chirurgie, Springer Berlin Heidelberg, New York 2006, S. 491
- [2] Abou-Nukta, F, Bakhos, C, Arroyo, K, et al: Effects of Delaying Appendectomy for Acute Appendicitis for 12-24 hours. Arch. Surg. 2006, 141, 504-507
- [3] Wolff, H: Medizinhistorisches zur Appendizitisbehandlung, Zentralbl. Chir. 1998, 123 Suppl. 4, 2-5
- [4] Vinz, H, Neu, J: Arzthaftpflichtverfahren im Zusammenhang mit der Diagnose und Therapie der akuten Appendizitis – Erfahrungen der Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern, Z ärztlichl Fortbild. Qual. Gesundh.wes. 2007, 101, 553-563
- [5] Omundsen M, Dennett, E: Delay to appendectomy and associated morbidity: a retrospective review. ANZ J Surg 2006, 76, 153-155
- [6] Stahlfeld, K, Hower, J, Homitsky, S, Madden, J: Is acute appendicitis a surgical emergency? Amer. Surg 2007, 73, 626-629

Neu J, Vinz H, Richter H. Zeitliche Verschiebung der Appendektomie bei gegebener Operationsindikation aus organisatorischen Gründen. Passion Chirurgie. 2011 Feb; 1 (2): Artikel 06_02.

Autoren des Artikels



Johann Neu

Rechtsanwalt

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen

Ärztekammern

Hans-Böckler-Allee 3

30173 Hannover

[> kontaktieren](#)



Prof. Dr. Heinrich Vinz

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen
Ärztetkammern
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover