

Leserzuschrift „Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle“, Heft 7/2025

Meine Hospitation im Rahmen der allgemeinmedizinischen Facharztausbildung in der Chirurgie liegt ein halbes Jahrhundert zurück. Pränante Aussagen und Festlegungen des Chefarztes prägten sich aber bis heute ein! Etwa, dass eine „Fehleinweisung“ besser sei, als zu Hause die Perforation bei einer Appendizitis abzuwarten. Die Diagnose „akute Appendizitis“ sei klinisch zu stellen. Paraklinische Untersuchungen seien von untergeordneter Bedeutung und waren im Bereitschaftsdienst sogar verpönt, wie auch die Gabe von Opiaten oder deren Analoga bei nicht eindeutiger Diagnose. Vom Chefarzt oder durch den Hintergrunddienst – ein erfahrener Oberarzt – wurde definitiv zur Operationsindikation Stellung bezogen. Uns Assistenten wurde nachdrücklichst eingeschärft, dass praktisch jede andere Erkrankung der Bauchhöhle einer Appendizitis ähneln kann und umgekehrt eine Appendizitis jedwede Abdominalerkrankung zu imitieren vermag und atypische, symptomarme Bilder, keinesfalls nur bei Betagten vorkommen. Beim leisesten Zweifel sei stets eine Laparotomie angezeigt. Tatsächlich habe ich später mehrfach erlebt, dass wegen Komplikationen bei unterlassener oder zu spät erfolgter Appendektomie der Klageweg erfolgreich beschritten wurde. Dagegen ist mir kein einziger Fall bekannt, dass ein Patient wegen „unnötiger“ Entfernung des Appendix sich beschwert hätte, wenn der Chirurg verbleibende diagnostische Unsicherheit ehrlich eingestand und die mit einem geringen Risiko behaftete Operation zur Abwendung größerer Gefahren durchführte.

Dr. med. Rudolf Grzegorek, Görlitz

Bereits am Anfang hatte ich beim Lesen des Artikels ein mulmiges Gefühl. Mir ist es unverständlich, dass der Patient 5! Tage lang nach minimaler Diagnostik ohne Diagnosefindung nur mit Schmerzmittel ohne weiterführende Diagnostik behandelt wird. Über die Qualität der täglichen Visiten kann nur spekuliert werden. Erst als es praktisch schon zu spät war, wurde wenigstens ein CT veranlaßt. Der weitere Verlauf war abzusehen, trotz nun intensiver Bemühungen, den Patienten zu retten. Ein junges Leben durch Inkompetenz so zu zerstören! Der Vorwurf der Antragsteller ist mehr als berechtigt. Ich fühle mit den Angehörigen, es tut mir furchtbar leid.

Gisela Hähnel, Thalheim / Erzg.

Mit Interesse habe ich den m.E. katastrophalen Verlauf einer akuten Appendizitis gelesen. Mit Interesse auch deshalb, weil mir ähnlich gravierende Fälle aus meiner mittlerweile doch recht langen beruflichen Laufbahn nicht unbekannt sind. Insbesondere die mangelhafte Verlaufsdocumentation, das Befinden des Patienten betreffend, ist sehr irritierend. Das konterkariert so ziemlich alles, was man auf der „Arztchule“ mal gelernt haben sollte. Gründe für diese mangelnde Dokumentation gibt es viele, diese liegen aber in den allermeisten Fällen in der Person des Behandlers begründet. Hinsichtlich der Qualität der durchgeführten operativen Maßnahmen lässt sich ohne Kenntnis der entsprechenden Operationsberichte keinerlei Beurteilung vornehmen. Schlussendlich muss man sagen, das Leben, welches der Patient bis zu seiner Vorstellung im Krankenhaus geführt hat, definitiv vorbei sein dürfte.

Dr. med. Albrecht Rosenkranz, Parthenstein

Es drängt mich, zu diesem CIRS-Fall Stellung zu nehmen: Nach der Anamnese und den mitgeteilten Befunden hätte bei dem 30-jährigen Patienten differentialdiagnostisch vom Aufnahmetag an ein entzündlicher Prozess im Bauchraum erwogen werden müssen. Eine Abdomensonografie ergab bei persistierenden abdominalen Beschwerden keinen pathologischen Befund. Anstatt zu diesem Zeitpunkt ein Abdomen-CT zur Diagnosestellung zu veranlassen, wurde eine analgetische Schmerzausschaltung mit Dipidolor und Novalgin eingeleitet bzw. fortgesetzt, was sicher zu einer Verschleierung der akuten Bauchsymptomatik geführt hat. Dafür spricht auch, dass unter dieser Therapie innerhalb von weiteren vier Tagen stationären Aufenthalts „keine wesentlichen klinischen Befunde dokumentiert“ (oder nicht erhoben?) wurden. Am fünften Tag nach stationärer Aufnahme kam es zu einer massiven Zustandsverschlechterung bei nunmehr im CT gesicherten phlegmonöser Appendizitis. Perityphlitis? Peritonitis? Nach der daraufhin erfolgten offenen Appendektomie entwickelte sich eine schwere Sepsis mit Multiorganversagen und weiteren schwerwiegenden, auch operationspflichtigen, lebensbedrohlichen Komplikationen (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 7/2025). Der vorläufige Endzustand dieser traurigen Kasuistik ist die Unterbringung des vielfach geschädigten Patienten nach neurologischer Frühreha in einer Pflegeeinrichtung! In der Zusammenschau der im „Ärzteblatt Sachsen“ beschriebenen Befunde und dem komplikationsträchtigen Verlauf muss man den Antragstellern in ihrer Argumentation folgen, dass es sich im vorliegenden Fall um

eine unzureichende Diagnostik und verspätete Indikationsstellung zur Appendektomie handelte.

Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze, Dresden

„Jeder Arzt (der beruflich damit in Kontakt kommt – meine Anmerkung) wird in seinem Berufsleben mindestens einmal eine akute Appendizitis übersehen“. sagte einst unser Professor der Bauchchirurgie bei der Präsentation eines entsprechenden Falles. Ich habe einen solchen schon hinter mir: Neben dem vermuteten (und auch bestätigten) Harnwegsinfekt hatte die Patientin auch noch einen perityphlitischen Abszess hinter der Blase. Die Diagnostik der „banalen“ Appendizitis ist eben nicht immer banal, sie kann sich verstecken. Ein Manko der Fallvorstellung ist, dass zwar über erhöhte „Leberwerte“ und „Cho-

lestaseparameter“ berichtet wird, über die hier aber noch wichtigeren „Entzündungswerte“ (vor allem CrP, daneben Leukozyten bzw. Neutrophile, evtl. Procalcitonin) dagegen nicht. Dass sie in einer Klinik der Maximalversorgung nicht erhoben wurden, kann ich mir nicht vorstellen. Was am 21. und 22. Januar passierte, ist unklar. Offenbar nicht viel. Wäre es dem Patienten allerdings wirklich gut gegangen, wäre er aber bei den heutigen Zuständen, bei denen Patienten tendenziell eher zu zeitig als zu spät entlassen werden, wieder nach Hause geschickt worden. Auch die weitere Gabe von Novalgin und Dipidolor spricht gegen einen wirklich guten Zustand. Dipidolor als kurzwirksames Opioid sehe ich hier übrigens kritisch. Zur Beherrschung kurzfristiger heftiger Schmerzen mag es ok sein, die mehrfache Gabe eher nicht. Entschei-

dend ist der 23. und 24. Januar 2021. Wie waren die Entzündungsmarker an diesen Tagen? Warum wurde nicht wenigstens eine Sonografie des Abdomens als rasch verfügbare Diagnostik gemacht? – Bei ansteigenden Cholestaseparametern, sicher GGT und AP, wäre sie eigentlich hier 1. Wahl, und in den meisten Fällen kann man bei einer Appendizitis dabei zumindest Hinweise finden, die dann zur weiteren Diagnostik, i.d.R. ein CT-Abdomen, führt. Welche organisatorischen Defizite haben an diesen beiden Tagen ein adäquates Handeln verhindert? Die weitere – sehr aufwändige – Behandlung war sicher in Ordnung. Bezüglich des fehlenden Handelns am 23./24. Januar 2021 wird aber wohl der Versicherer der Klinik nicht um eine Regulierung herumkommen.

Thomas Werlich, Neumark