

Aktueller Fall der Schlichtungsstelle

Die Herausforderungen der Corona-Pandemie – Teil 2: Der letztendlich letale Verlauf nach einer COVID-19-Infektion – trotz einer zeitweiligen Verbesserung im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts – begründet nicht automatisch einen Arzthaftungsanspruch.

Anlass für die Schlichtung

Die Witwe eines verstorbenen Patienten beanstandete eine stattgehabte COVID-19-Therapie. Sie monierte unter anderem, dass eine Behandlung wie bei einer Erstinfektion erfolgt sei – tatsächlich habe es sich jedoch um die dritte COVID-19-Infektion ihres Ehemannes gehandelt. Zudem sei fehlerhaft eine Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgt, obwohl noch Atemnot bestanden habe. Eine Computertomographie (CT) sei nicht veranlasst worden. Insgesamt sei hierdurch schließlich der Tod ihres Ehemannes verschuldet worden. Die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen wurde konsultiert, um den Fall unabhängig sowie neutral zu begutachten und zu bewerten.

Die Vorgeschichte

Der zum streitgegenständlichen Zeitpunkt 61-jährige Patient war insgesamt vier Mal gegen COVID-19 geimpft worden; die letzte Impfung war im März des streitgegenständlichen Jahres erfolgt. Es waren bereits zwei bestätigte COVID-19-Infektionen vorangegangen. Bei dem Patienten bestand eine langjährige Raucheranamnese. Sechs Monate vor der streitgegenständlichen Behandlung war das Rauchen eingestellt worden. Zudem lag eine rheumatoide Arthritis mit dauerhafter Immunsuppression vor.

Ab dem 21. April traten bei dem Patienten wiederholte Fieberschübe bis 39 Grad Celsius auf, während mehrere COVID-19-Selbsttests negativ ausfielen. Aufgrund einer Verschlechterung des Allgemeinzustands und bestehender Luftnot wurde der Patient am 29. April schließlich notfallmäßig in einem Krankenhaus vorstellig. Mittels Thorax-CT wurde eine Pneumonie diagnostiziert und eine COVID-19-Pneumonie vermutet. Aus Kapazitätsgründen erfolgte noch am gleichen Tag eine Verlegung in das dann in Anspruch genommene Krankenhaus.

Die strittige Behandlung

Die weitere Behandlung war im Rahmen des Schlichtungsverfahrens streitgegenständlich. Noch in der Notaufnahme wurde ein Antigenschnelltest durchgeführt, der

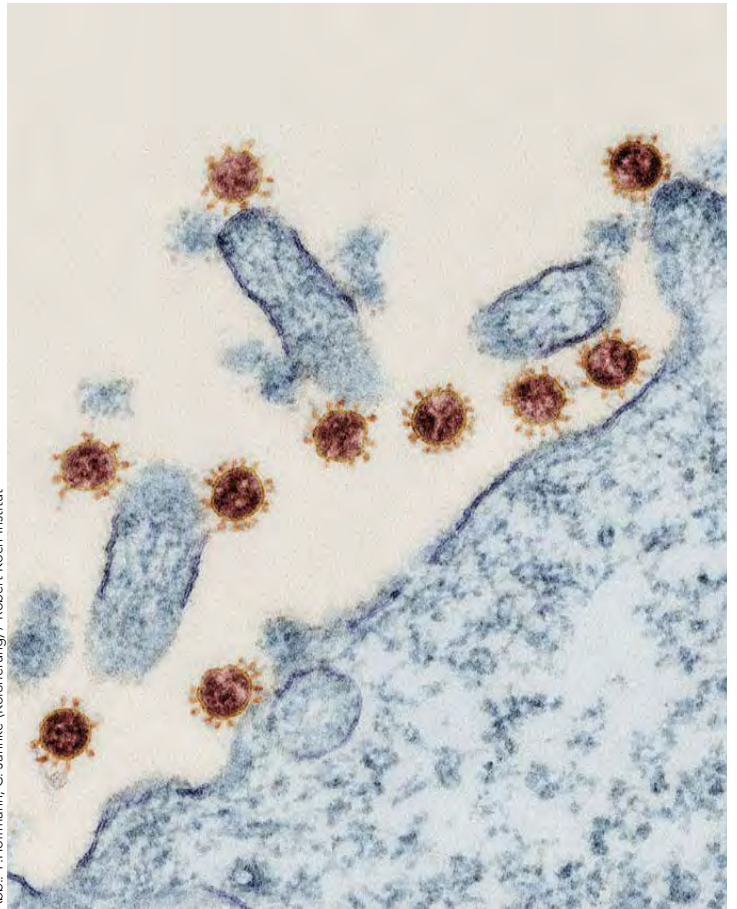


Abb.: T. Hoffmann, C. Jahnke (Kolorierung) / Robert Koch-Institut

Elektronenmikroskopischer Ultradünnschnitt durch eine Verozelle mit Partikeln des SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2, Isolat SARS-CoV-2/Italy-INMI1)

jedoch negativ ausfiel. Mittels Blutgasanalyse wurde eine Oxygenierungsstörung festgestellt. Zudem bestand Fieber. Labordiagnostisch ergaben sich erhöhte Entzündungswerte (Procalcitonin, CRP, Leukozyten) sowie COVID-19-typische Laborparameter (Lymphozyten, D-Dimere, LDH). Unter der Verdachtsdiagnose einer bakteriellen Superinfektion nach COVID-19-Pneumonie erfolgte eine stationäre Aufnahme: Es wurden eine Antibiotikatherapie und Steroidtherapie eingeleitet. Bei einer PCR-Testung wurde dann eine geringe Viruslast (31) des SARS-CoV-2-Virus nachgewiesen.

Das Fieber war im weiteren Verlauf unter der Antibiotikatherapie rückläufig. Auch der Procalcitonin-Wert war rück-

läufig – nicht jedoch der CRP-Wert. Es wurde – mit Unterbrechungen – Sauerstoff verabreicht, zuletzt am 3. Mai. Am 4. Mai erfolgte eine Kontroll-PCR-Testung; hierbei war keine Virus-RNA mehr nachweisbar. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde eine subjektive Luftnot und Abgeschlagenheit des Patienten dokumentiert; ab dem 5. Mai wurde hingegen eine subjektive Beschwerdefreiheit beschrieben. Der Patient wurde schließlich am 6. Mai aus der stationären Behandlung entlassen.

Der weitere Verlauf

Ab dem 8. Mai schloss sich eine erneute stationäre Behandlung des Patienten an. Es entwickelte sich ein ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome). Am 30. Mai verstarb er schließlich.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle konsultierte internistische Gutachter kam zu der Schlussfolgerung, dass ein behandlungsfehlerhaftes ärztliches Vorgehen nicht festzustellen sei.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle der Ärztekammer Niedersachsen schloss sich dem Gutachter an.

Die Diagnostik

Die Diagnostik war zum damaligen Behandlungszeitpunkt ausreichend. Insbesondere war eine erneute CT-Diagnostik nach stationärer Aufnahme des Patienten nicht erforderlich. Vor der Verlegung in die in Anspruch genommene Klinik am 29. April wurde anderorts noch ein Thorax-CT durchgeführt. Eine Verschlechterung des Allgemeinzustands und/oder neue Symptome, die Anlass zu einer erneuten CT-Bildgebung gegeben hätten, lagen zum streitgegenständlichen Zeitpunkt nicht vor. Der Allgemeinzustand war aus der Sicht ex ante stabil bis leicht gebessert.

Die Therapie der COVID-Infektion

Die Therapie der COVID-19-Infektion erfolgte fachgerecht. Die seinerzeitigen Empfehlungen zur Behandlung einer COVID-19-Infektion galten einheitlich sowohl für eine Erstinfektion als auch für Folgeinfektionen. Insbesondere wurde richtig eine Steroidtherapie eingeleitet. Die Gabe des Antikörpers Sotrovimab war nicht indiziert. Einerseits lag keine Frühphase der Infektion vor. Vielmehr war die Infektion mit SARS-CoV-2 bereits am Abklingen – hierfür spricht die (geringe) Viruslast bei Aufnahme, die

nur mit dem PCR-Test, nicht aber mit dem Antigen-Schnelltest nachweisbar war. Weiterhin bestand bereits bei der stationären Aufnahme die Notwendigkeit einer Sauerstoffgabe, sodass auch aus diesem Grund die Behandlung mit dem Antikörper Sotrovimab nicht indiziert war.

Die stationäre Entlassung

Der Zeitpunkt der stationären Entlassung am 6. Mai ist aus der maßgeblichen Sicht ex ante nicht zu beanstanden. Der klinische Zustand hatte sich zu diesem Zeitpunkt gebessert. Insbesondere hatte sich die Oxygenierungsstörung ab dem 3. Mai deutlich gebessert, sodass eine weitere Sauerstoffgabe nicht notwendig war. Es bestand daher insgesamt ein niedriges Risiko für einen schweren Verlauf.

Doch selbst wenn die stationäre Entlassung als fehlerhaft zu früh bewertet werden würde, wäre ein kausal hierauf beruhender Gesundheitsschaden nicht mit dem erforderlichen Beweismaß nachweisbar. Der Sachverständige führte dazu aus, dass der weitere Verlauf „mit großer Wahrscheinlichkeit“ – zu mehr als 50 Prozent – auch bei einer späteren Entlassung eingetreten wäre. Der weitere dramatische Verlauf sei auf die Entwicklung eines ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) zurückzuführen und nicht auf eine unzureichende infektiologische Kontrolle der COVID-19-Infektion. Somit wäre nicht mit dem erforderlichen Beweismaß nachweisbar, dass der weitere Verlauf, insbesondere der Eintritt des Todes, bei einer späteren Entlassung vermieden worden wäre. Etwaige Beweisunsicherheiten gehen hierbei, aufgrund der Beweislastverteilung, zu Lasten der Patientenseite.

Take-Home-Message

Die COVID-19-Pandemie hat uns vor ungeahnte Herausforderungen gestellt. In der Regel begründet ein Todesfall nach einer COVID-19-Infektion jedoch nicht in jedem Fall arzthaftungsrechtliche Ansprüche. Bereits in der vorangegangenen Ausgabe des „niedersächsischen ärzteblatts“ wurde über arzthaftungsrechtliche Ansprüche im Zusammenhang mit einer COVID-19-Infektion berichtet.

Ass. jur. Justine Launicke
Leiterin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Niedersachsen

Professor Dr. med. Wolfram Terres
Facharzt für Innere Medizin
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle