

Entlassung mit liegender Portnadel

Aus der Arbeit der Gutachterkommission

Von Marcus Ahlbach und Dr. Thomas Schmidt*

Die Gutachterkommission hatte folgenden Fall zu entscheiden: Der Patient befand sich seit 2023 wegen eines primär cerebralen Lymphoms vom Typ des großzelligen B-Zell-NHL beim antragsgegnerischen Krankenhaus in chemotherapeutischer Behandlung. Im April wurde er geplant zur Fortführung des fünften Zyklus Chemotherapie stationär aufgenommen. Ein bei Aufnahme durchgeführter COVID-Antigentest und der nachfolgende PCR-Test erbrachten den Nachweis einer COVID-19-Infektion. Der Patient wurde daher stationär isoliert. Nach 14 Tagen wurde er aus der stationären Behandlung mit liegender Portnadel entlassen.

Am ersten und zweiten poststationären Tag stellte sich der Patient hausärztlich vor. Bei der zweiten Vorstellung wurde die Portnadel durch den Hausarzt des Patienten entfernt. Durch den Hausarzt wurden keine Anzeichen einer lokalen Infektion am Portsystem oder eines unsachgemäßen Zustandes der Nadel (wie z. B. fehlender Verschluss oder Pflasterverband) dokumentiert.

Vier Tage später befand sich der Patient andernorts in stationärer Behandlung. Dort wurden u. a. eine Sepsis bei Portinfektion und eine Thrombose der V. subclavia-axillaris-basilica links festgestellt. Es folgte eine Portexplantation. In den Blutkulturen und an der Katheterspitze fand sich *Staphylococcus aureus*. Zudem wurde eine Antikoagulationstherapie eingeleitet. Die COVID-PCR war weiterhin positiv, aber mit einem Ct-Wert > 30 als nicht mehr infektiös einzustufen. Im Juni 2023 verstarb der Patient in Folge eines septischen Multiorganversagens.

Die Antragstellerin, die Hinterbliebene/Erbin des Patienten, trug vor, es sei fehlerhaft gewesen, den Patienten mit liegender Portnadel zu entlassen. Dadurch sei es zu einer Thrombose und einer Kathetersepsis im linken Arm gekommen.

Der durch die Gutachterkommission beauftragte Gutachter und das Ärztliche Mitglied der Gutachterkommission stellten übereinstimmend fest, dass die Entlassung



Die Entlassung eines Patienten mit liegender Portnadel stand am Anfang eines Falles, in dem die Gutachterkommission unlängst zu entscheiden hatte.
Foto: קאנינ'צ הירמ — stock.adobe.com

des Patienten mit liegender Portnadel fehlerhaft war.

Der Gutachter ging davon aus, dass die Infektion sicher über das Portsystem erfolgt und exogener Genese war. Die Infektion habe sich zudem entweder bereits im stationären Bereich oder erst nach Entlassung ereignet. Sollte sich der Patient die Infektion bereits stationär zugezogen haben, so wäre diese durch das Personal des Antragsgegners fehlerhaft nicht erkannt worden. So oder so liege ein Behandlungsfehler vor, der ursächlich für die eingetretene Infektion, Thrombose und Kathetersepsis gewesen sei. Der Tod des Patienten beruhe allerdings sicher nicht auf der lokalen Infektion, sondern auf der COVID-Infektion.

Das Ärztliche Mitglied der Gutachterkommission konnte sich dieser Beurteilung nicht anschließen. Zum einen ging das Ärztliche Mitglied davon aus, dass die Infektion des Portsystems bei diesem Patienten aufgrund der Grunderkrankung, Chemotherapie und COVID-Infektion mit gleicher Wahrscheinlichkeit endogener Genese sein könne wie exogener. Zudem spreche dem Ärztlichen Mitglied zufolge gegen das Vorliegen einer im Zeitraum der stationären Behandlung er-

kennbaren lokalen Entzündung, dass der Patient zum Entlasszeitpunkt hämodynamisch stabil und fieberfrei war, das C-reaktive Protein am Tag vor der Entlassung nur noch gering (1,9 mg/dl) erhöht war im Vergleich zur Messung vier Tage zuvor (6,3 mg/dl) und dass durch den Hausarzt beim Entfernen der Portnadel zwei Tage nach der Entlassung keine Infektionsanzeichen dokumentiert wurden.

Im Ergebnis wurde die Kausalität der bei Entlassung nicht entfernten Portnadel für den eingetretenen Schaden durch die medizinischen Sachverständigen unterschiedlich beurteilt. Zudem erschienen beide Beurteilungen der Gutachterkommission im Bereich des denkbar realistisch Möglichen. Rechtlich trägt der Anspruchsteller die Beweislast dafür, dass der festgestellte Behandlungsfehler ursächlich für den eingetretenen gesundheitlichen Nachteil ist. Für den Nachweis des ursächlichen Zu-

* Marcus Ahlbach ist Juristisches Mitglied der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Thomas Schmidt, Ltd. Oberarzt am St. Franziskus-Hospital Ahlen, ist Ärztliches Mitglied der Gutachterkommission

sammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden braucht es zwar keine mathematisch-naturwissenschaftliche 100-Prozent-Sicherheit. Erforderlich ist aber ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit, der vernünftigen Zweifeln Schweigen gebietet, ohne diese völlig auszuschließen. Sofern vernünftige Zweifel hinsichtlich der Kausalität verbleiben, gehen diese zu Lasten des Geschädigten/Anspruchstellers.

Vor diesem Hintergrund und ausgehend von der übereinstimmenden Beurteilung der medizinischen Sachverständigen, dass der Eintritt der Infektion sowohl vor als auch nach der Entlassung zumindest denkbar war, war für die Gutachterkommission rechtlich entscheidend, ob davon auszugehen ist, dass im Zeitraum der stationären Behandlung Anzeichen einer Infektion vorgelegen haben müssen, die dann durch das Personal des Antragsgegners nicht erkannt worden sind. Denn wenn dies nicht der Fall gewesen sein sollte, wäre jedenfalls der erforderliche (zweifelsfreie) Nachweis der Kausalität

nicht erbracht. Auf die Frage, ob die Infektion exogener oder endogener Genese war, kam es für die Haftungsfrage dagegen nicht entscheidend an. Diese Frage konnte die Gutachterkommission daher offenlassen.

Nach den Feststellungen des Ärztlichen Mitglieds hatte die Gutachterkommission begründete Zweifel daran, dass bei Entlassung erkennbare Anzeichen einer lokalen Infektion vorgelegen haben. Das Ärztliche Mitglied hatte bereits zur Begründung seiner Beurteilung auf die Behandlungsdokumentation verwiesen, aus der sich der klinische Zustand des Patienten und die Entzündungswerte nachvollziehen ließen. Auch der Umstand, dass durch den Hausarzt bei den beiden Untersuchungen am ersten und zweiten poststationären Tag keine Infektionszeichen dokumentiert wurden, insbesondere nicht, obwohl bei der zweiten Untersuchung die Portnadel entfernt wurde, spricht nach Ansicht der Gutachterkommission dafür, dass zu diesen Zeitpunkten tatsächlich keine Entzündungszeichen vorlagen. Nach Auffassung der Gutachterkommission hätten dabei

vorhandene Anzeichen einer lokalen Entzündung auffallen müssen und wären dann dokumentiert worden. Wenn bei Entfernung der Portnadel keine Infektionszeichen vorlagen, bestanden diese aber auch sehr wahrscheinlich bei Entlassung nicht. Auch die Werte und der Zustand des Patienten vor Entlassung aus der stationären Behandlung ließen erhebliche Zweifel daran aufkommen, dass damals erkennbare lokale Infektionszeichen vorlagen. Vor diesem Hintergrund konnte die Gutachterkommission nicht frei von vernünftigen Zweifeln feststellen, dass die eingetretene Thrombose und die Infektion auf einem Behandlungsfehler der Ärzte des Antragsgegners beruhen.

Im Ergebnis konnte die Gutachterkommission eine Ursächlichkeit der fehlerhaft nicht entfernten Portnadel für die eingetretenen gesundheitlichen Nachteile des Patienten nicht zweifelsfrei feststellen. Somit konnte auch nicht festgestellt werden, dass der Antragsgegner für den eingetretenen Schaden haftet.

DESTATIS untersucht Kostenstrukturen von Arztpraxen

Teilnehmende Praxen werden mit Zufallsstichprobe ausgewählt – Auskunft ist verpflichtend

Das Statistische Bundesamt (DESTATIS) führt auf der Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik im Herbst eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch. Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2024. Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen.

Die für die Erhebung auskunftspflichtigen Praxen werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt. Um dabei die Belastung möglichst gering zu halten, werden bundesweit höchstens sieben Prozent der Praxen befragt. Das Ergebnis wird dann auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Um zuverlässige und aktuelle Ergebnisse zu gewinnen, die den hohen Anforderungen an die Qualität und Aktualität der Daten genü-

gen, sieht das Gesetz für diese Erhebung eine Auskunftspflicht vor.

Die Ergebnisse dienen u. a. der Erstellung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der berufspolitischen Arbeit von Verbänden und Kammern. Sie eröffnen aber auch den Praxen selbst die Möglichkeit, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte für Rationalisierungs- oder Verbesserungsmaßnahmen zu erkennen. Die entsprechenden Heranziehungsbescheide mit den Zugangsdaten zu den Online-Fragebogen werden vom Statistischen Bundesamt im Oktober 2025 versandt. Die Online-Fragebogen sind dann innerhalb einer Frist von vier Wochen auszufüllen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist für den Sommer 2026 geplant.

Sofern sich Fragen zu der Erhebung ergeben, stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

des Statistischen Bundesamtes gerne zur Beantwortung zur Verfügung. Informationen zur Methodik der Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich einschließlich Direktlinks auf Ergebnisse der letzten Erhebung gibt es unter www.destatis.de/kme

Zum Erhebungsstart im Oktober 2025 finden sich Informationen zur aktuellen Erhebung, zum Beispiel zu den erforderlichen Angaben (Musterfragebogen) sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich unter www.destatis.de/kme-portal

Das Statistische Bundesamt dankt bereits vorab allen beteiligten Praxen für ihre Mithilfe bei der Erhebung.