

Haftung bei Erblindung nach einer nicht behandelten Candidämie

Aus der Arbeit der Gutachterkommission

von Prof. Dr. med. Bernhard Henning und Christiane Neue, LL.M.¹

Pilzinfektionen können vor allem für immungeschwächte oder schwerkranke Patienten eine Gefahr darstellen. Die häufigste Ursache sind Pilzinfektionen durch Candida-Spezies, die oberflächlich oder invasiv auftreten können. Entscheidend für die Prognose der betroffenen Patientinnen und Patienten ist ein rascher Beginn einer gezielten

Krankengeschichte

Antragstellerin war eine zum Behandlungszeitpunkt 69-jährige multimorbide Patientin², bei der unter anderem ein insulinpflichtiger, schlecht eingestellter Diabetes mellitus Typ 2, eine arterielle Hypertonie und eine Belastungsinkontinenz bekannt waren. Die Vorstellung über die Notaufnahme erfolgte aufgrund von Fieber und einer Verschlechterung ihres Allgemeinzustands. Bei Aufnahme bestanden eine Exsikkose sowie ein prärenales Nierenversagen. Es wurde zunächst eine Infektokussuche durchgeführt. Ein

Influenza-Schnelltest war negativ. Die Laborwerte zeigten eine Entzündungskonstellation mit erhöhten Leukozyten und erhöhtem CRP. Eine Röntgen-Thorax-Aufnahme ergab Hinweise auf eine beginnende Pneumonie. Die Patientin erhielt eine Infusionstherapie sowie eine

kalkulierte Antibiose mit Ampicillin/Sulbactam und Clarithromycin. Unter diesen Maßnahmen besserte sich der Allgemeinzustand der Patientin rasch, sie war ab dem Folgetag fieberfrei. Die Nierenwerte normalisierten sich und die Entzündungszeichen sanken in den Normbereich. Aus dem Labor erfolgte sodann die telefonische Informati-

on, dass Candida-Spezies in Blut- und Urinkulturen nachgewiesen wurden. Angesichts der raschen und nachhaltigen Besserung der Patientin wurde eine Candidämie als sehr unwahrscheinlich angesehen und auf eine antimykotische Therapie verzichtet. Die begonnene antibiotische Therapie wurde über insgesamt acht Tage weitergeführt. Die Patientin klagte im Verlauf des stationären Aufenthaltes auch über Sehstörungen und Augenschmerzen. Ein augenärztliches Konsil wurde angemeldet, aber nicht mehr durchgeführt, da die Patientin in eine andere Klinik verlegt wurde. Eine dort mehrere Tage später durchgeführte augenärztliche Untersuchung ergab eine Chorioretinitis mit beginnender Pilz-Endophthalmitis. Trotz der sodann eingeleiteten antimykotischen Therapie sowie mehreren augenärztlichen Operationen verblieb bei der Patientin eine schwere Sehbehinderung.

Medizinische Begutachtung

Nach der gutachterlichen Beurteilung war unter Verweis auf die seinerzeit geltende Leitlinie³ vorliegend ein Behandlungsfehler festzustellen, da die Einleitung einer antimykotischen Therapie sowie Kontroll-Blutkulturen unterlassen wurden. Der Nachweis von Candida-Spezies in mehreren Blutkulturen oder sterilen Flüssigkeiten (z. B. Liquor) gelte als sicherer Nachweis einer invasiven Pilzinfektion und stelle eine absolute Therapieindikation dar. Nachdem das Ergebnis der Candida-positiven Blutkultur übermittelt wurde, hätten zur Bestätigung der Ergebnisse erneut Blutkulturen bis zum Nachweis eines negativen Befundes abgenommen werden müssen. Soweit man von einer Kontamination oder einer Verwechslung von Proben ausgegangen sei, hätte dies zwingend durch eine Kontrolle bewiesen oder ausgeschlossen werden müssen. Bei Nachweis von Candida in der Blutkultur sei grundsätzlich von einer Candidämie auszugehen, die mindestens 14 Tage nach Abnahmedatum der letzten positiven Blutkultur therapiert werden müsse.



© TopMicrobialStock
— stock.adobe.com

antimykotischen Therapie. Eine mittels Blutkultur nachgewiesene Candidämie sollte daher umgehend antimykotisch behandelt werden wie der folgende Fall der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen zeigt:

1 Prof. Dr. Bernhard Henning ist als Facharzt für Innere Medizin tätig im Marienhospital Herne sowie im MVZ Herne und ist Ärztliches Mitglied der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen. Christiane Neue, LL.M., ist Syndikusrechtsanwältin und Juristische Leiterin der Gutachterkommission.

2 Persönliche Angaben der behandelten Person wurden geändert.

3 Die S1-Leitlinie der AWMF „Diagnostik und Therapien von Candida-Infektionen“, die zum Behandlungszeitpunkt galt und Grundlage der Beurteilung war, ist zum 30.07.2025 ausgelaufen und befindet sich aktuell in Überarbeitung. Eine internationale

Arbeitsgruppe hat in diesem Jahr die „Global guideline for the diagnosis and management of candidiasis“ veröffentlicht, die im Lancet Infectious Diseases erschienen ist (2025; DOI: 10.1016/S1473-3099(24)00749-7); [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(24\)00749-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(24)00749-7/fulltext)

Grober Behandlungsfehler

Ein „grober Behandlungsfehler“ liegt juristisch vor bei „einem eindeutigen Verstoß gegen ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf“ (ständige Rechtsprechung, z. B. BGH, Urteil vom 11.06.1996 – VI ZR 172/95). Es handelt sich dabei um einen Verstoß gegen das „Fettgedruckte“ in der Medizin, also um einen Fehler, der als „völlig unverständlich und unverantwortlich“ erscheint.

Darüber hinaus wurde auch die Einholung eines augenärztlichen Konsils als notwendig angesehen, falls über einen längeren Zeitraum Schmerzen und eine Rötung der Augen bestanden.

Im vorliegenden Fall war trügerisch, dass unter der gewählten antibiotischen Therapie eine rasche Besserung des Gesundheitszustandes mit Fieberfreiheit und Normalisierung der serologischen Infektzeichen erreicht werden konnte. Diese Umstände ließen die Fehleinschätzung in dem betroffenen Krankenhaus und die unterlassene Behandlung der Candidämie verständlich erscheinen, sodass das Versäumnis zwar als Behandlungsfehler, nicht jedoch als „grober Behandlungsfehler“ qualifiziert wurde.

Fiktiv grober Behandlungsfehler bei unterlassener Befunderhebung

Nach § 630h Absatz 5 Satz 2 BGB wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für den Gesundheitsschaden ursächlich war, wenn der nicht erhobene Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

Befunderhebungsmangel durch Unterlassen von Kontroll-Blutkulturen

Neben dem Unterlassen der antimykotischen Therapie wurde gutachterlich ein Behandlungsfehler auch in dem Unterlassen von Kontroll-Blutkulturen gesehen. Rechtlich handelt es sich bei dem Unterlassen einer notwendigen Diagnostik um einen Befunderhebungsmangel, der unter bestimmten Voraussetzungen zu einer Beweislastumkehr zulasten des betroffenen Krankenhauses führt. Für die juristische Bewertung war vorliegend maßgeblich, dass mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bei Abnahme der erforderlichen Kontroll-Blutkultur auch diese positiv gewesen wäre. Es stand außer Zweifel, dass auch auf eine weitere, Candida-positive Blutkultur zwingend hätte reagiert und eine antimykotische Therapie hätte eingeleitet werden müssen.

Das Juristische Mitglied der Gutachterkommission hat daher eine Beweislastumkehr bejaht.

Schadensersatz

Der zusätzlich beauftragte Gutachter aus dem Fachgebiet Augenheilkunde hat festgestellt, dass die Minderung der Sehkraft bei frühzeitiger Behandlung mit Einleitung einer antimykotischen Therapie höchstwahrscheinlich nicht so ausgeprägt gewesen wäre. Etwaige Kausalitätszweifel gingen wegen der Beweislastumkehr zu Lasten der behandelnden Klinik. In diesem Fall war daher davon auszugehen, dass der Behandlungsfehler für die schwere Sehbeeinträchtigung der Patientin ursächlich war. Die Gutachterkommission hat Schadensersatzansprüche der Antragstellerin bejaht.

Auch Bakteriämien immer ernst nehmen

Die Interpretation von Blutkulturen hat die Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen auch in einem anderen Fall beschäftigt: Bei einem 80-jährigen Patienten war durch eine Venenverweilkanüle eine Thrombophlebitis in der linken Ellenbeuge aufgetreten. Die Blutkultur erbrachte den Nachweis von *Staphylococcus aureus*. Es erfolgte eine antibiotische Therapie mit Piperacillin/Tazobactam. Der Patient entfieberte und wurde mit der Empfehlung, die weitere antibiotische Therapie mit Amoxicillin/Klavulansäure oral fortzuführen, nach Hause entlassen.

Der beauftragte Gutachter hat in diesem Fall die Notwendigkeit gesehen, die Therapie nach Erhalt der Blutkultur bei einem Oxacillin-sensiblen (MRSA) *Staphylococcus aureus* auf Flucloxacillin umzustellen und diese Therapie über 14 Tage intravenös durchzuführen. In der Ab-

folge wären weitere Blutkulturen unter der Therapie notwendig gewesen sowie eine transösophageale Echokardiografie zum Ausschluss einer Herzklappenbeteiligung.

Zwei Wochen nach der Entlassung wurde der Patient andernorts unter der Diagnose einer *Staphylococcus aureus*-Sepsis mit Spondylodiszitis und Aortenklappenendokarditis notfallmäßig aufgenommen, an deren Folgen er verstarb.

Der Gutachter ging davon aus, dass bei korrekter Behandlung der mittels Blutkultur gesicherten *Staphylococcus aureus*-Bakteriämie mit adäquater intravenöser Gabe von Flucloxacillin die Bakteriämie beseitigt, die Komplikationen mit Spondylodiszitis und Endokarditis vermieden und der Tod des Patienten verhindert worden wäre.