

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Leserbriefe zum „Aktuellen Fall der Gutachterstelle“ aus Heft 7/2024, Seite 19

Die Erstvorstellung erfolgte mit einer eigentlich blanden Symptomatik, in der kein Verdacht auf eine lebensverändernde Situation zu befürchten war.

Die systemische Antibiose zum Beispiel mit Amoxicillin ist bei dem deutlich erhöhtem CRP auch ohne Focusnachweis notwendig. Die bereits am nächsten Tag begonnene ausführlichste Diagnostik bei rückläufigem CRP am fünften Tag rechtfertigte die Antibiotikagabe, scheint mir im Folgenden in diesem Fall zunächst etwas überzogen und zu diesem Zeitpunkt sicher auch noch nicht notwendig. Kommt hier der vielfach beschriebene Unterschied zwischen Privat und Kassenpatienten zum Ausdruck?

Letztlich wurden ja alle Register gezogen. Erstaunlich, wie schnell fachärztlich Termine zur Verfügung standen. Auf jeden Fall dokumentieren sie das besondere Engagement und verantwortungsvolle Handeln der Kollegin/Kollegen. Der Beginn der Antikoagulation ist unter der Verdachtsdiagnose meines Erachtens richtig und notwendig.

Dass es am 17. April 2024 zu dieser schweren Erkrankung kam, die leider das weitere Leben mit wohl dauerhaften Einschränkungen verbinden wird, ist sehr bedauerlich. Sie war aber in dem beschriebenen Verlauf nicht vorhersehbar. Dem behandelnden Arzt ist aus meiner Sicht kein Vorwurf zu machen.

Vielleicht ungerechtfertigt ist mein Vorwurf, dass dem Antragsteller dies auch bewusst war und statt Dankbarkeit gegenüber dem Hausarzt das Streben nach finanziellem Gewinn überwogen hat.

Der Antrag ist meiner Meinung nach absolut nicht gerechtfertigt und sollte abgewiesen werden!

Dr. med. Detlef Ernst, Stolpen

Der aktuelle Fall einer embolisierten Aortenklappen-Endokarditis mit tragischem Verlauf wirft einige Fragen auf, die sich nicht aus der Falldarstellung ergeben:

1. Eine entscheidende Frage ist, ob der behandelnde Hausarzt/Antragsgegner (AG) eine klinische Untersuchung (Auskultation) des Herzens/Thorax vorgenommen und dokumentiert hat. Hat der AG diese Untersuchung wiederholt?
2. Die zweite Frage betrifft den Untersucher für die Echokardiographie: War es ein Facharzt für Kardiologie, im Rahmen eines Konsils, dann darf der Hausarzt dem o.B.-Befund zunächst trauen, auch wenn aus welchen Gründen auch immer auf ein transösophageales Echo verzichtet wurde. Hat jedoch der Hausarzt die Echokardiographie selbst durchgeführt, er war ja Internist, dann wird es problematisch.
3. Trotz des zeitlichen Abstandes von 4,5 Wochen zwischen Echo und cerebraler Embolie, muss man bei der Auskultation und bei Echo unterstellen, dass kein o.B.-Befund vorgelegen haben kann. Dafür spricht der erforderliche Aortenklappenersatz.

Prof. Dr. med. habil. Thomas Körner, Leipzig

Ich freue mich zunächst, dass in letzter Zeit häufig Fälle erscheinen, die für die allgemeinärztliche Praxis relevant sind. Zunächst ist festzustellen, dass die Abklärung sowohl von Verschlechterungen des Allgemeinzustandes wie

auch – im nächsten Schritt – die Abklärung erhöhter Entzündungswerte, jeweils offenbar ohne wegweisende anamnestische Hinweise beziehungsweise klinische Untersuchungsbefunde, zu den herausforderndsten Aufgaben der allgemeinmedizinischen Praxis zählt. Die Anzahl der Differenzialdiagnosen ist geradezu unendlich. Eine Klappenendokarditis habe ich in den 24 Jahren meiner allgemeinmedizinischen Tätigkeit unter meinen Patienten dreimal gehabt. Sie zählt also zu den seltenen Differenzialdiagnosen.

Leider geht aus dem Text wiederum nicht hervor, welche „Unterlassungs-sünde“ der Antragsteller seinem Hausarzt vorwirft beziehungsweise welche Diagnostik er denn für sachgerecht gehalten hat. Ich kann dazu nur Vermutungen anstellen. War es

1. die Nichtdurchführung eines Schluckechos? Eine aktuelle (2023) Leitlinie empfiehlt, bei hochgradigem Verdacht auf eine Klappenendokarditis trotz negativen Befundes des transthorakalen Echos ein Schluckecho durchzuführen. Einen hochgradigen Verdacht hat es im vorliegenden Fall offensichtlich aber nicht gegeben: Weder gab es anamnestisch „septische“ Fieberschübe (die ich in meinem Studium als ein typisches, aber auch nicht spezifisches Kennzeichen gelernt habe), noch gab es einen auskultatorischen Befund, keine Zeichen von Mikroembolien, und das transthorakale Echo war negativ. Der durchführende Kollege hatte offenbar auch ausreichende Sichtverhältnisse, anderenfalls hätte er mit Sicherheit das Schluckecho empfohlen. Ein Schluckecho ist im Übrigen zumindest in meiner Region ausschließlich im stationären Setting durchführbar. Eine stationäre Diagnostik wird bei einem Patienten, dessen Allgemeinzustand eine

ambulante Abklärung erlaubt, den Krankenhäusern im Übrigen häufig nach MDK-Beurteilung nicht erstattet, und die Termine zu einer prästationären Durchführung sind lang – das nur nebenbei. Für die Abklärung unklar erhöhter Entzündungswerte einen stationären Aufnahmezeitpunkt zu bekommen, ist daher schwierig bis kaum möglich

2. die Nichtdurchführung von Blutkulturen? In der oben erwähnten Leitlinie wird eine zweimalige Durchführung angeraten. Ich habe allerdings im Studium gelernt, und dies deckt sich mit meinen praktischen Erfahrungen, dass die Abnahme unbedingt im „septischen „Fieberschub“ erfolgen soll, da ansonsten die Sensitivität viel zu gering ist. Ich habe im Falle eines Patienten mit unklaren – allerdings nur moderat – erhöhten Entzündungswerten und Fieberschüben, die vorwiegend nachts auftraten, in Ermangelung eines sonstigen erklärenden Befundes empfohlen, sich bei Wiederauftreten eines Fieberschubes des Nachts in die Notfallambulanz eines nahegelegenen Krankenhauses fahren zu lassen.

Dies hat der Patient zweimal in unterschiedlichen Krankenhäusern getan – beide Male wurde keine Blutkultur abgenommen. Im vorliegenden Fall sind aber wohl gar keine Fieberschübe aufgetreten (?)

3. die Nichtdurchführung eines 18FDG-PET-CT?? Dies ist zwar die sensitivste Methode neben dem Schluckecho, würde aber von den Krankenkassen – und gleich gar nicht bei einem nur sehr vagen Verdacht und unter ambulanten Bedingungen – niemals bezahlt werden.

4. die Nichteinweisung ins Krankenhaus? – siehe 1.

Die Gabe eines Breitspektrumantibiotikums, ohne dass man weiß, wogegen man schießt, hinterlässt zwar immer ein ungutes Gefühl, wird aber auch stationär häufig so gehandhabt.

Ein CrP von 116 ist in der Regel auf eine bakterielle Infektion zurückzuführen, wenngleich weder eine Verursachung durch Viren, eine Autoimmunerkrankung noch ein Tumor gänzlich auszuschließen ist. Dass der Kollege in Ermangelung eines greifbaren Befundes die Diagnostik sehr breit angelegt hat, ist daher verständlich. Eine besondere Schwierigkeit im vorliegenden Fall liegt darin, dass es mit dem Hinweis auf eine abgelaufene Lungenembolie eine konkurrierende Erklärung für die erhöhten Entzündungswerte gab. Es wurde im CT-Thorax allerdings wohl keine der Embolie folgende Pneumonie – die die erhöhten CrP-Werte gut hätte erklären können – festgestellt. Dass die Lungenembolie die Folge der Klappenendokarditis war, halte ich aufgrund der Hämodynamik (Aortenklappenendokarditis) für sehr unwahrscheinlich. Ein Fokus im HNO/Zahnbereich kann mitunter erhöhte Entzündungswerte erklären, in der Regel aber nicht in der obigen Höhe.

Zu hinterfragen wäre eventuell aber noch die Nichtempfehlung eines Schluckechos durch den Kardiologen. Eine geringe Aorteninsuffizienz war ja zu sehen. Hierzu kann ich mich mangels ausreichender Kenntnisse aber nicht weiter äußern.

Insgesamt halte ich die aufgeführte Diagnostik unter hausärztlichen Bedingungen für sachgerecht. Ich staune allerdings – durchaus etwas neidvoll – wie rasch der Patient für diese ganzen Untersuchungen Termine bekommen hat. In unserer Region hätte dies alles deutlich länger gedauert.

Dr. med. Thomas Werlich, Neumark

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

vielen Dank für die Vorstellung des Falls. Ich bin hausärztlich tätiger Kollege.

Aus meiner Sicht werden mehrere Fragestellungen aufgeworfen.

1. Ab wann hätte man an eine Endokarditis denken können beziehungsweise wäre anhand der Konstellation eine weitergehende Diagnostik (a.e. TEE) empfohlen werden können/müssen?

An eine Endokarditis hätte aus meiner Sicht ab dem 26. März 2021 (Infektrezidiv) gedacht werden können. Es lag ein Infekt mit unklarem Fokus vor. Andere Fokuse waren bereits im Vorfeld gründlich klinisch/apperativ ausgeschlossen worden. Andererseits gab es klinisch/paraklinisch keine spezifischen Hinweise für eine Endokarditis bis auf unspezifische Beschwerden und unspezifisches CRP. Die Tachykardie kann Infekt bedingt sein. Die Aortenklappeninsuffizienz war nur I° im TTE.

2. Ab wann lag eine Endokarditis vor? Bewiesen ist das Vorliegen einer Endokarditis ab dem 17. April 2021, also dem Tag der klinisch-neurologischen Symptomatik und der stationären Diagnostik/Therapie. Davor ist es unklar. Denkbar wäre rückblickend, dass zum Beispiel die Entzündung am Finger (4. März 2024) die Endokarditis im Verlauf ausgelöst hatte. Denkbar, dass die Endokarditis am 26. März 2021 vorlag (bei erneuter unspezifischer klinischer Symptomatik). Vielleicht war die Entzündung am Finger aber auch schon eine Embolisation?

3. Hätte eine frühzeitige Diagnostik den bedauernswerten klinischen Verlauf verhindert?

Wichtigster Punkt. Was spricht dafür/dagegen? Sensitivität und Spezifität des zur weitergehenden Diagnostik empfehlenswerten TEE sind > 90 Prozent (aber nicht 100 Prozent). Weitere Parameter wie zum Beispiel Blutkultur würden benötigt (ambulant schwer durchführbar wegen Transportweg zu Labor). Die bei klinisch fitten Patienten veranlasste ambulante Diagnostik hätte sehr wahrscheinlich mehrere Wochen Vorlaufzeit benötigt, weil ein ambulantes

TEE in der Regel nur von wenigen Versorgern, wie zum Beispiel in Praxiskliniken ambulant angeboten wird. Wenn dann gegebenenfalls eine Endokarditis in dem Zeitfenster früher diagnostiziert und behandelt worden wäre, ist ein besseres Outcome auch nicht garantiert.

4. Woraus erklärt sich die (fragliche) Lungenembolie?

Bei Linksherz-Endokarditis und ohne Shuntvitium ist die Endokarditis nicht ursächlich für Embolisationen in die Pulmonalarterie. An eine paraneoplastische Genese der LAE ist bereits von dem behandelnden Arzt gedacht worden. Je nach klinischem Zustand des Patienten und Validität der Daten für/gegen eine Lungenembolie ist hier unabhängig von der Endokarditis weiterhin an weitere Erkrankungen zu denken, wobei diese in den meisten Fällen durch Aggravation in der Zwischenzeit in Erscheinung hätten treten müssen, zum Beispiel durch Tumorprogress/Metastasen.

5. Muss die Frage einer Fehlbehandlung im Kontext der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten gestellt werden?

Aus meiner Sicht: Ja. April 2021 war die Zeit des Corona-Lockdowns. Die Krankenhäuser voll mit Corona Patienten. Meiner Erfahrung nach konnte ich in dieser Zeit selbst schwer kranke Patienten mit eindeutiger Indikation zu stationären Behandlung (zum Beispiel Delir, schwere Pneumonie, komplizierte Divertikulitis, Pyelonephritis, akutes Nierenversagen) nicht oder nur verzögert einweisen. Entweder weil der Patient oder die Angehörigen Angst vor Ansteckungsgefahr hatten, oder schlichtweg die Patienten sich in den Notaufnahmen Gängen stapelten. Wer will akut krank zwölf Stunden im Flur einer Notaufnahme liegen, ohne gesichtet zu werden? Inwieweit dieses Setting in der Entscheidungsfindung stationär versus ambulant in der Arzt-Patienten-Interaktion (partizipative Entscheidungsfindung) eine Rolle gespielt hat, muss mitberücksichtigt werden.

Zusammenfassung:

- Ein oligosymptomatischer Patient und ein rascher, schwerer und bedauernswerter Verlauf.
- An eine Endokarditis hätte man ab einem bestimmten Punkt denken können, jedoch (aus meiner Sicht) aufgrund der unspezifischen Beschwerden nicht zwingend müssen.
- Die frühzeitigere Behandlung hätte gegebenenfalls ein besseres Outcome erbracht, aber auch dies kann nicht bewiesen werden.
- Ambulant wäre die Diagnostik sicher nicht so rasch erfolgt, als dass der rasche, schwere Verlauf hätte abgewendet werden können.
- Eine stationäre Diagnostik hätte dies wahrscheinlicher gemacht. Aber die Frage, ob die medizinischen Ressourcen für jeden klinisch fitten Patienten mit Rezidiv Infekt mit unklarem Fokus zur sofortigen stationären Diagnostik inklusive TEE im Corona-Lockdown bestanden, sei hier kritisch hinterfragt.

Dr. med. Sebastian Tuve, Dresden

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

haben Sie vielen Dank, dass sie den fatalen Verlauf einer nicht erkannten infektiösen Endokarditis zur Diskussion stellen.

Leider wurde die Entzündung am Finger nicht beschrieben. Ich nehme an, dass es sich mit großer Wahrscheinlichkeit um eine stattgehabte Embolie der Endokarditis handelt, die ja ein klassisches lokales Bild ergibt, allerdings häufig nicht erkannt wird. Weitere Hinweise für eine Endokarditis waren der verschlechterte AZ, die Tachykardie und die subfebrilen Temperaturen.

Die folgende Diagnostik: CT, Lungenszintigraphie waren überflüssig.

Der Patient hätte schnellstmöglich stationär eingewiesen werden müssen.

Während meiner langjährigen Tätigkeit in der Kardiologie des Städtischen Klinikums Friedrichstadt habe ich immer wieder solche Verläufe bei Patienten mit einer

Endokarditis gesehen:

- rezidivierende Embolien,
- rezidivierendes Fieber, oft subfebril,
- wechselnde Antibiose ohne Blutkulturen (allerdings in einer hausärztlichen Praxis eher nicht durchführbar) und diese auch deshalb immer wieder auf die Agenda der Fortbildungen gesetzt, auch mit Bildern der arteriellen Embolie, die häufig fehlgedeutet wird. Für die Fehleinschätzung des Krankheitsbildes durch den Hausarzt habe ich Verständnis.

Problematischer an diesem Fall erscheint mir aber, dass der Kardiologe wohl nur den Auftrag Echokardiographie erfüllt hat.

Mit Erhebung der kurzen Krankheitsanamnese und vielleicht des Lokalbefundes hätte er handeln, zumindest das TEE durchführen/empfehlen müssen.

Bei der infektiösen Endokarditis handelt es sich um ein seltenes Krankheitsbild mit hoher Komplikationsrate und Letalität, die nur durch Drandenken vermieden werden können.

Dr. med. Angela Hetze, Dresden

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Kluge,

mich berührt dieser Fall sehr, da ich selbst als PJ-Student in einem großen akademischen Lehrkrankenhaus der Stadt Leipzig miterlebte, wie schwierig die Diagnose einer Aortenklappenendokarditis ist. Letztlich konnte bei dem schwer erkrankten männlichen Patienten mittleren Alters unter intensivmedizinischer Maximalversorgung die Diagnose einer Endokarditis trotz umfangreicher Diagnostik und Durchführung

von transthorakalen und zwei transösophagealen Echokardiographien nicht gestellt werden. Der Mann verstarb am septischen Schock und erst die Obduktion auf dem Gelände der Klinik erbrachte den eindeutigen Nachweis einer floriden Aortenklappenendokarditis mit massiven Vegetationen an den Taschenklappen. Den Fall habe ich bis heute gut im Gedächtnis.

Deshalb mein Diskussionsbeitrag:

Der hausärztlich tätige Internist hat am ersten Vorstellungstag am 4. März 2021 sofort bei Tachykardie und Entzündungsgeschehen an eine mögliche Endokarditis gedacht und sofort eine Überweisung zur Echokardiographie ausgestellt. Zu diskutieren wäre hier aus meiner Sicht, ob der Kollege nicht bei dem Verdacht einer Endokarditis direkt eine Ein- oder Überweisung in ein kardiologisches Zentrum hätte veranlassen sollen. Aus meiner Tätigkeit ist mir ein ähnlicher Fall bekannt, bei dem ich so gehandelt hatte: Patient mit atypischer Angina pectoris mit Drogenkonsum in Haft, Fieber, laborchemisch Entzündungsgeschehen. Ich vereinbarte einen kurzfristigen Vorstellungstermin innerhalb von drei Tagen im Herzzentrum Leipzig. Letztlich wurde dort ambulant eine Endokarditis ausgeschlossen.

Als am 6. März 2021 der schriftliche Befund des CT-Thorax mit dem Befund „Diskrete Hinweise für eine Lungenembolie“ eintraf, hätte ich zu diesem Zeitpunkt den Patienten stationär eingewiesen. Falls der Patient eine Einweisung abgelehnt hätte, hätte er eine schriftliche Ablehnung der Krankenhaus-einweisung unterzeichnen müssen.

Die Höhe des C-reaktiven Proteins mit 116 mg/l lässt eine hochfluide Entzündung am Finger oder einen anderen Entzündungsherd im Körper vermuten,

sodass ich den Patienten auch zum Facharzt für Chirurgie überweisen hätte (unter anderem Abklärung Abszess, Osteomyelitis, septische Embolien). Zudem ist anzumerken, dass ich bei einer Fingerentzündung primär eher Amoxicillin/Sulbactam (Unacid PD®) statt Amoxicillin allein eingesetzt hätte; falls unter Amoxicillin/Sulbactam kein Rückgang der Fingerentzündung eingetreten wäre, hätte ich das gewebeängigere Clindamycin gewählt.

Als sehr positiv ist aus meiner Sicht die umfangliche Suche nach einem Infektionsfokus (Überweisung zum CT-Abdomen und Überweisungen zu den Fachrichtungen Urologie, HNO, Zahnheilkunde und Onkologie) hervorzuheben.

Die für diesen Fall entscheidende Fehleinschätzung liegt allerdings meines Erachtens beim Facharzt für Kardiologie, der am 12. März bei dem Nachweis einer Trikuspidalklappeninsuffizienz (TI) in der transthorakalen Echokardiographie offensichtlich keine weiterführende Diagnostik (transösophageale Echokardiographie, stationäre Einweisung in eine kardiologische Klinik) veranlasst hat. Vermutlich handelt es sich bei der TI I.^o um einen neuen Befund für den Jahrgang 1966 geborenen Patienten. Dieser mutmaßlich neue Befund hätte aus meiner Sicht kurzfristig erneut nachuntersucht werden müssen. Da der Patient bis zur Vorstellung beim Hausarzt wegen des entzündeten Fingers im vorliegenden Text als gesund beschrieben wurde, ist davon auszugehen, dass bis dato keine Echokardiographie-Vorbefunde vorlagen. In diesem Zusammenhang sei auf einen fast zeitgleich im Deutschen Ärzteblatt erschienenen Übersichtsartikel mit dem Thema „Diagnostik und Therapie der Trikuspidalklappeninsuffizienz“ vom 23. August 2024 verwiesen, in dem insbesondere auf die erhöhte Morbidität und Mortalität bei Vorliegen einer Tri-

kuspidalklappeninsuffizienz eingegangen wird (Stocker TJ, Besler C, Treede H, Hausleiter J: The diagnosis and treatment of tricuspidal regurgitation. Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 551-8.). Ebenda wird auch der Befund einer TI als Hinweis für eine mögliche Endokarditis als Differenzialdiagnose gewertet.

Spätestens am 26. März – 22 Tage nach Erstvorstellung – wäre bei persistierendem Beschwerdebild in meinen Augen eine stationäre Einweisung in ein Krankenhaus mit den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie notwendig gewesen. Möglicherweise aber hat der Patient diese abgelehnt; dies geht aus der Darstellung des Falls nicht hervor. Generell stellt sich die Frage, wie ein Patient diese zahlreichen Facharzttermine inklusive bildgebender Verfahren überhaupt ambulant bewältigen konnte.

Zusammenfassend komme ich zu dem Schluss:

1. Eine in meinen Augen schicksalhafte Fehleinschätzung war die fehlende Konsequenz aus dem Befund einer mutmaßlich neu aufgetretenen Trikuspidalklappeninsuffizienz. Mutmaßlich hätte die Diagnose einer Endokarditis durch weitere kardiologische Expertise in einem kardiologischen Zentrum im stationären Umfeld früher gestellt und behandelt werden können.
2. Gleichwohl scheint die Stellung der Diagnose „Endokarditis“ aufgrund der bunten klinischen Symptomatik immer noch eine Herausforderung zu sein, auch wenn der Kollege wie im geschilderten Fall von Beginn an diese Differenzialdiagnose in Betracht gezogen hatte.

Dr. med. Thomas Ott, Regis-Breitingen