

© Henrik Jonsson - istockphoto



## MÄA-Schwerpunkt Hygiene

Im Frühjahr 2010 beauftragten die Delegierten des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München (ÄKBV) den Vorstand des ÄKBV, ein Konzept zur Verbesserung der hygienischen Bedingungen in Münchner Kliniken und Praxen zu entwickeln und „geeignete Maßnahmen umzusetzen“. Im Rahmen dieses Auftrags erarbeitete der ÄKBV zusammen mit dem Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (RGU) ein Konzept für eine Artikelserie in den Münchner ärztlichen Anzeigen (MäA), in der das Thema Hygiene aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet wird. In diesen Artikeln, die bis zum Jahresende in etwa jeder zweiten Ausgabe der MäA erscheinen, greifen Experten wie Infektiologen, Hygienebeauftragte, Gesundheitspolitiker, Standespolitiker und Juristen unterschiedliche Aspekte des Themas auf.

In der aktuellen Ausgabe befassen sich Dr. Sebastian Almer, Fachanwalt für Medizinrecht, und Christina Berchtold, MD, Ärztin, von der Kanzlei Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte mit haftungsrechtlichen Aspekten von Hygienefehlern.

# Haftungsrechtliche Aspekte bei Hygienefehlern in Arztpraxis und Krankenhaus

Im Juli 2010 wurde der Operationsbetrieb im Städtischen Klinikum München durch einen behaupteten „Hygieneskandal“ in der Sterilgutaufbereitung kurzfristig stark beeinträchtigt. In der Abteilung, in der Operationsbesteck gesäubert und desinfiziert wurde, erfolgte Presseberichten zufolge eine unrichtige Bestückung der Sterilisationsautomaten durch möglicherweise nicht ausreichend geschultes Personal. Das Gesundheitsamt schloss daraufhin die entsprechende Abteilung, personelle Konsequenzen wurden gezogen.

Dass die Hygiene-Problematik auch außerhalb Münchens aktuell ist, zeigt sich in den Statistiken des Robert Koch-Instituts (RKI). Im Jahr 2008 traten rund 225 000 postoperative Wundinfektionen, 126 000 katheter-assoziierte Harnwegsinfektionen sowie 28 000 device-assoziierte nosokomiale Septikämien bei vollstationären Aufenthalten in deutschen Krankenhäusern auf. Laut RKI-Hochrechnungen wurden dabei etwa 132 000 Methicillin-resistente Staphylococcus-aureus (MRSA)-Fälle beobachtet (vgl. Epidemiologisches Bulletin des RKI Nr. 36 vom 13.10.2010).

Neben dem klinischen Therapiemanagement stellt sich bei jeder Infektion auch die Haftungsfrage. Eine Haftung liegt vor, wenn ein Patient durch einen Hygienefehler zu Schaden kommt. Dabei bemisst sich die Frage, ob ein Fehler vorliegt, nach den einzuhaltenden Hygienestandards aus der Sicht ex-ante. Inhaltlich geht es hier nicht um eine juristische, sondern um eine me-

dizinische Frage, wobei die Richtlinien des RKI und medienproduktrechtliche sowie infektionsschutzrechtliche Regelungen Orientierungshilfen bieten. Grundsätzlich liegt die Beweislast für das Vorliegen eines Fehlers und eines kausalen Schadens beim Patienten. Im Rahmen der Hygiene wurde diese strenge Beweislastverteilung allerdings durch die nicht selten patientenfreundliche Rechtsprechung aufgeweicht.

### „Voll beherrschbares Risiko“

Nach einem BGH-Urteil vom 20.03.2007 (Aktenzeichen VI ZR 158/06) hat der Arzt oder der Krankenhausträger die Vermutung einer Pflichtverletzung zu widerlegen, sofern feststeht, dass das Risiko des Hygienefehlers durch eine sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens „voll beherrschbar“ gewesen wäre. Zu den typischen Konstellationen dieses voll beherrschbaren Bereichs zählen neben der Hygiene u. a. im Operationsgebiet zurückgelassene Fremdkörper, der Sturz vom Operationstisch oder auch Schäden beim Patiententransport.

Der Behandler muss in diesen Fällen beweisen, dass alle organisatorischen Vorkehrungen gegen die Verwirklichung des Risikos getroffen und umgesetzt wurden. Im Bereich der Hygiene ist hierfür beispielsweise nicht ausreichend, dass die festgestellte Infizierung der Arzthelferin oder des Arztes für den Krankenhausträger vorab subjektiv nicht erkennbar war. Zusätzlich ist hier ein Entlastungsbeweis

dahingehend erforderlich, dass die gebotene Sorgfalt in der Klinik oder Praxis insgesamt gewahrt wurde und es nicht zu konkreten Hygienemängeln gekommen ist.

Dieser Beweis ist sicher nicht geführt, wenn feststeht, dass in der klinischen Einrichtung elementare Hygienegebote missachtet worden sind, also wenn beispielsweise Desinfektionsmittel nicht in ihren Originalbehältern aufbewahrt werden, zwei von vier geprüften Alkoholen verkeimt sind, Durchstechflaschen mit Injektionssubstanzen über mehrere Tage hinweg Verwendung finden, Flächendesinfektionsmittel mit einer langen Einwirkungszeit fehlerhaft zur Hautdesinfektion eingesetzt werden oder klinisches Personal vor dem Aufziehen einer Spritze nicht die übliche Händedesinfektion durchführt.

Andererseits konstatiert ein aktuelles Urteil des OLG München vom 25.03.2011 (Aktenzeichen 1 U 4594/08) hinsichtlich einer Hepatitis-C-Infektion, dass nicht entscheidend ist, ob eine Gefahr im naturwissenschaftlichen Sinn zu 100% ausgeschlossen werden kann. Selbst bei bester Vorsorge kann eine absolute Keimfreiheit des ärztlichen Personals und weiterer Operationsbeteiligter nicht immer gewährleistet werden. Aus diesem Grund darf nach zutreffender Auffassung des OLG München allein aus dem Auftreten einer Infektion nicht zwangsläufig der Rückschluss auf eine mangelnde Vorsorge im Sinne eines Hygienefehlers gezogen werden.

Insofern muss der Arztpraxis oder dem Krankenhaussträger auch im Fall eines voll beherrschbaren Risikos die Möglichkeit verbleiben, durch den Nachweis einer kunstgerechten Hygiene eine Haftung auch in diesem Bereich abzuwenden. Die Annahme eines voll beherrschbaren Risikos bedeutet also nicht, dass der Behandler zwingend haftet.

#### „Anscheinsbeweis“

Eine weitere Beweiserleichterung im Rahmen der Haftung für Hygienefehler ist der sog. Anscheinsbeweis. Ein Anscheinsbeweis liegt vor, wenn aufgrund medizinischer Erfahrungssätze von einem typischen Schadensbild auf einen bestimmten Schadenshergang geschlossen werden kann. Im Rahmen des Anscheinsbeweises wird also ein Rückschluss vom Schaden auf einen bestimmten Tathergang gezogen. Typische Beispiele sind Übertragungen von Infektionskrankheiten. Entwickelt beispielsweise ein Patient, der das Zimmer mit einem Scharlachkranken teilt, selbst Scharlach, spricht der Anscheinsbeweis für eine Ansteckung des Patienten bei seinem Bettnachbar. Ebenfalls einschlägig ist der Anscheinsbeweis, wenn ein Jugendlicher nach einem Kontakt zu einem tuberkulosekranken Mitpatienten in der Klinik ebenfalls an Tuberkulose erkrankt. Ein weiteres Beispiel für einen Anscheinsbeweis liegt vor, wenn bei einem Empfänger nach Transfusion von Blutkonserven eines Syphiliskranken ebenso Syphilis diagnostiziert wird. Allerdings kann der Anscheinsbeweis dadurch zerrüttet werden, dass im Einzelfall der Beweis eines atypischen Geschehensablaufs gelingt, also Tatsachen bewiesen werden können, aus denen sich die Möglichkeit eines anderen Tathergangs ergibt. Der Beweis des Gegenteils ist in diesem Zusammenhang nicht erforderlich.

#### Beispiele aus der täglichen Praxis

##### *Infektion nach Operation oder Krankenhausaufenthalt*

Die Einhaltung, Durchführung und Kontrolle der Hygiene obliegt im Allgemeinen der Leitung des jeweiligen Praxis- oder Klinikträgers. Hat dieser den gebotenen hygienischen Standard gewahrt und kommt für die Infektion eines Patienten nach Feststellung eines gerichtlich beauftragten Gutachters auch eine vorbestehen-

de Kolonisation oder ein zuvor akuter Infekt in Frage, so kann die Beweissituation nicht aufgrund eines „voll beherrschbaren Risikos“ oder „Anscheinsbeweises“ erleichtert werden (OLG Hamm, Urteil vom 13.12.2004, Aktenzeichen 3 U 153/04). Dies gilt auch dann, wenn mehr als vier Wochen nach dem Auftreten der Infektion bei Mitgliedern des Krankenhauspersonals eine Streptokokken-A-Infektion festgestellt oder zuvor weitere Fälle von Streptokokken-A-Infektion innerhalb der Einrichtung diagnostiziert wurden (OLG Hamm a. a. O.).

Etwas anderes kann jedoch bei einer vorausgegangenen Infektionsquelle in der Arztpraxis oder Klinik zutreffen (OLG Oldenburg, Urteil vom 03.12.2002, Aktenzeichen 5 U 100/00). Tritt etwa in einem Krankenhaus eine bakterielle Infektion mit grampositiven Streptokokken auf, so ist die Klinikleitung verpflichtet, dies umgehend den Verantwortlichen der Klinikleitung mitzuteilen. Hier liegt sogar ein grober Behandlungsfehler vor, wenn nach erneutem Auftreten einer Streptokokkeninfektion keine Krisensitzung unter Einbeziehung der Abteilung für Krankenhaushygiene und der verantwortlichen Behandler einberufen wird und nachfolgend weitere Infektionen durch denselben Erreger auftreten (OLG Hamm a. a. O.).

##### *Punktionen und intraartikuläre Injektionen*

Auch bei Punktionen und intraartikulären Injektionen besteht keine volle Beherrschbarkeit des Infektionsrisikos (OLG Hamm, Urteil vom 20.08.2007, Aktenzeichen 3 U 274/06; OLG Dresden, Urteil vom 24.07.2008, Aktenzeichen 4 U 1857/07). Insbesondere bei Infektionsraten von 1,5 % bis 2 % im Rahmen von derartigen Eingriffen ist kein Rückschluss auf eine erhebliche Keimverschleppung und ein mögliches fehlerhaftes Vorgehen zulässig (BGH NJW 1999, 3408 ff.). In solchen Fällen ist auch der Anscheinsbeweis nicht einschlägig (OLG Hamm, Urteil vom 13.12.2004, Aktenzeichen 3 U 153/04).

##### *Verzicht auf Mundschutz*

Die Erhöhung der Infektionsgefahr durch den Verzicht auf einen Mundschutzes bei der Durchführung einer Injektionsbehandlung stellt einen einfachen, jedoch keinen groben Behandlungsfehler dar (OLG Hamm, Urteil vom 20.08.2007, Aktenzeichen 3 U 274/06). Ist in diesem Fall nicht

nachweisbar, dass die Infektionsquelle aus einer Sphäre stammt, die dem voll beherrschbaren Bereich des Behandlers unterliegt, greift die entsprechende Beweiserleichterung zugunsten des Patienten nicht. Das Infektionsrisiko kann auch bei Einhaltung aller Hygienevorschriften, insbesondere beim Tragen eines Mundschutzes, nie vollständig ausgeschlossen werden (OLG Hamm a. a. O.).

#### Konsequenzen für den klinischen Alltag


Auch aus haftungsrechtlicher Sicht empfiehlt sich zur Vermeidung von Hygienefehlern die Orientierung an den jeweils gültigen Richtlinien sowie infektionsschutzrechtlichen und medizinproduktrechtlichen Regelungen unter Einhaltung eines entsprechenden Risikomanagements. Zwar liegt die Endverantwortung für den Bereich der Hygiene bei der organisatorischen Leitung einer Behandlungseinheit, gleichwohl handelt es sich hierbei um ein Querschnittsthema, das im Rahmen der vertikalen Arbeitsteilung jeden Mitarbeiter angeht. Nur durch ein konsequentes Hygienemanagement auf allen Ebenen kann ein Haftungsrisiko weitgehend vermieden werden.

*Dr. Sebastian Almer*

Fachanwalt für Medizinrecht,  
Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte

*Christina Berchtold, MD*

Ärztin, Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte



Klaus Linneweh, Armin Heufelder,  
Monika Flasnöcker

## Balance statt Burn-out

Der erfolgreiche Umgang  
mit Stress und Belastungssituationen

200 Seiten, viele Grafiken, 15,5 x 23,5 cm,  
Hardcover, Euro 29,90  
ISBN 978-3-86371-007-1

[www.zuckschwerdtverlag.de](http://www.zuckschwerdtverlag.de)