

**Matthias Klein**

Fachanwalt für Medizinrecht, Karlsruhe, info@kleinlaw.de

# Haftungsfragen im Hygienebereich – Hygienemängel gelten juristisch als „voll beherrschbare Risiken“

Questions of liability in the hygiene area – Hygiene defects are legally deemed „totally controllable risks“

## Zusammenfassung

Der stetige Anstieg von Arzthaftpflichtverfahren ist auf eine Stärkung der Patientenrechte auch und gerade beim Verstoß gegen Hygienestandards zurückzuführen. Derartige Verstöße werden von der Rechtsprechung als „voll beherrschbare Risiken“ eingestuft, wenn sie nicht aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus erwachsen, sondern durch den Klinikbetrieb oder die Arztpraxis gesetzt und durch sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens objektiv voll beherrscht werden können. Die Frage der „Beherrschbarkeit“ von Infektionsrisiken wird ausschließlich von der medizinischen Wissenschaft bestimmt. Das zur Entscheidung berufene Gericht muss sich deshalb sachverständig beraten lassen. Klinikleitung und ärztlichen Direktoren kommt haftungsrechtlich Organisationsverantwortung zu. Die juristischen Konsequenzen des ärztlichen Handelns, die neuesten Anforderungen der Rechtsprechung sowie der Ablauf eines Haftungsprozesses sind nur selten Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung. Nur wer aber die Besonderheiten des Arzthaftungsprozesses kennt, kann verstehen, weshalb Organisation, Aufklärung und Dokumentation im Klinikalltag keine unnötige Förmerei darstellen, sondern wegen der besonderen Beweisregeln im Hygienebereich unmittelbar prozessentscheidend sein können.

Hyg Med 2010; 35 [10]: 361–366

## Summary

The permanent increase of third-party liability proceedings for physicians is to be put down to a strengthening of patients' rights, also and particu-

larly in cases of breaches against hygienic standards. Such breaches are classified by legislation as „totally controllable risks“ if they do not result from the peculiarities of the human organism, but are caused by the medical operations or the physician's practice and can be completely controlled by proper organisation and coordination of the course of the treatment. The question of „controllability“ of risks of infections is exclusively determined by medical science. The court required to make a decision must therefore obtain expert consultancy. Precisely because hospital management and medical directors have organisational responsibility in the sense of liability law, they should regularly be informed about the juristic consequences of their actions, about the latest, quickly changing requirements of judicature in their specialist area and also about the sequence of liability proceedings. Only those who know the special aspects of medical liability proceedings can understand why organisation, information and documentation in everyday hospital work do not mean unnecessary nit-picking formalities, but can be directly decisive for the proceedings on account of the specific evidence rules in the hygienic area.

## Einleitung

Eine intensive Berichterstattung in den Medien über Krankenhausinfektionen und dem „Tatort Krankenhaus“ [1] sowie die erfolgreiche bundesweite Kampagne „Saubere Hände“ [2] haben zu einem Bewusstseinswandel in der deutschen Bevölkerung geführt: Nach einer aktuellen Repräsentativbefragung des forsa-Instituts im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) wissen sehr viele Deutsche von der Gefahr

## Schlüsselwörter

Arzthaftung  
Arzthaftungsprozess  
Beweiserleichterung  
voll beherrschbares Risiko  
Infektion  
Desinfektion  
Hygienestandard  
Hygienemangel  
Hygieneplan  
Organisationsfehler  
Hygienemanagement

## Keywords

Medical liability  
Medical liability proceedings  
Facilitation of evidence  
Totally controllable risk  
Infection  
Disinfection  
Hygiene standard  
Lack of hygiene  
Hygiene plan  
Organisational errors  
Hygiene management

## \*Korrespondierender Autor

**Matthias Klein**

Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht  
info@kleinlaw.de

nosokomialer Infektionen und verlangen daher mit Nachdruck eine Verbesserung der hygienischen Bedingungen in den Krankenhäusern [3]. Sie würden auch eine Initiative zu einem Bundesgesetz unterstützen, das die erforderlichen Standards einheitlich regelt und wären sogar bereit, bei stationärer Aufnahme in ein Krankenhaus einen finanziellen Beitrag zu leisten, wenn dadurch eine optimale Hygienevorsorge gewährleistet wäre.

Ein wesentlicher, bislang weitgehend unbeleuchteter Aspekt der soeben skizzierten Entwicklung ist die Tatsache, dass Haftungsansprüche wegen Hygienemängel für Patienten prozessual leicht durchsetzbar sind. Dies könnte zu einem weiteren Anstieg von Arzthaftungsverfahren führen [4], zumal neuerdings auch Krankenversicherungen durch Angebot einer Rechtsschutzversicherung dem Patienten das Kostenrisiko im Prozess gegen Arzt und Klinik abnehmen, um eigene Regresse leichter durchsetzen zu können [5].

## Ausgangslage im Arzthaftungsprozess

### 1. Kein Arzthaftungsgesetzbuch

Das Arzthaftungsrecht ist in Deutschland nicht in einem einheitlichen Gesetzbuch normiert. Grundlage ist vielmehr das allgemeine Haftungssystem des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Der Arzt schuldet dem Patienten eine Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft seiner Fachrichtung.

Der auf den Einzelfall anzuwendende Standard wird im Haftungsprozess durch Sachverständigengutachten und damit von der medizinischen Wissenschaft bestimmt.

### 2. „Voll beherrschbare Risiken“ und Hygienestandard

Leitentscheidungen der Gerichte, insbesondere des für Arzthaftung zuständigen VI. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs, füllen das Haftungssystem des bürgerlichen Gesetzbuches aus. Die Rechtsprechung hat ein strenges Pflichtenprogramm des Arztes bzw. des Krankenhausträgers entwickelt und der anspruchstellenden Patientenseite zahlreiche Beweiserleichterungen im Prozess zugebilligt. Im Hygienebereich gewinnen diese Beweiserleichterungen besonders an Bedeutung, denn die höchstrichterliche Rechtspre-

chung stuft Hygienemängel als „voll beherrschbare Risiken“ ein. „Voll beherrschbar“ ist ein Risiko nicht deshalb, weil es (auch unerkannt) stets vermeidbar ist, sondern weil es nach dem Erkennen mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnte.

[6]. Der Begriff des „voll beherrschbaren Risikos“ ist für den juristischen Laien schwer verständlich. Das Risiko muss nicht tatsächlich voll beherrschbar sein, denn der Begriff ist normativ zu verstehen [7]. Vollständige Keimfreiheit ist in Klinik und Praxis nicht zu gewährleisten. Hygienestandards können stets nur zur Verringerung des Infektionsrisikos führen. Aus diesem Grund ist ein solches nur dann „beherrschbar“ im Sinne der Rechtsprechung, wenn die Keimquelle bekannt ist [8]. Gerichte nehmen im Haftungsprozess eine Risikoverteilung nach Sphären vor: Stammt das Risiko nachweislich aus der Sphäre des Krankenhauses oder der Arztpraxis, billigt die Rechtsprechung der Patientenseite Beweiserleichterungen zu. Der im Einzelfall anzuwendende Hygienestandard wird dabei objektiv durch Sachverständigengutachten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft zum Behandlungszeitpunkt bestimmt [9]. Dies führt zu einer überragenden Stellung des Sachverständigen im Haftungsprozess.

### 3. Darlegung von Hygienemängeln im Prozess

Stützt sich der Patient im Haftungsprozess gegen ein Krankenhaus auf Hygienemängel, muss er im Prozess nur drei Tatsachen darlegen: Dass die Infizierung aus dem Bereich der Klinik stammt, dass die Infektion bei Einhaltung von Hygienestandards vermeidbar war und dass die geltenden Hygienestandards bei seiner stationären Behandlung nicht eingehalten worden sind. Das an sich vom Patienten zu beweisende Verschulden wird bei Verstoß gegen Hygienestandards zu seinen Gunsten vermutet, sofern sich die Klinik nicht entlasten kann. Im Rahmen des Entlastungsbeweises muss die Klinik nachweisen, dass alle ihre hygienischen Vorkehrungen dem Standard entsprechen, der nach derzeitigem Stand von Wissenschaft und Technik verlangt werden kann. Dies ist nur bei sorgfältig dokumentiertem Hygienemanagement möglich.

Ob Hygienemängel und damit eine nach der Rechtsprechung objektiv erkennbare Gefahr vor ihrer Verwirklichung für den Arzt und die Klinikleitung subjektiv

erkennbar waren, spielt in zivilrechtlichen Haftungsprozessen keine Rolle: Im Haftungssystem des Bürgerlichen Gesetzbuches gilt ausschließlich ein objektiver Fahrlässigkeitsmaßstab.

### 4. Bedeutung der KRINKO-Empfehlungen im Prozess

Nur wenige Länder (Berlin, Nordrhein-Westfalen, Bremen, Sachsen und das Saarland) haben bislang Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Diese enthalten beispielsweise Personalvorgaben zur Krankenhaushygiene und Organisationsstrukturen eines wirksamen Hygienemanagements. Innerhalb der bestehenden Regelungen der Länder differieren die Anforderungen zum Teil erheblich, so dass fraglich erscheint, wie ein Gericht einen normierten Pflichtenkanon zur Beurteilung des Einzelfalls finden kann.

Als Ausgangspunkt bietet sich das Infektionsschutzgesetz an, das auch für Länder als Leitbild dient, die bislang noch keine Krankenhaushygieneverordnung erlassen haben.

Nach § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz erstellt die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO), in der neben dem Bundesgesundheitsministerium auch die obersten Landesgesundheitsbehörden vertreten sind, „Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“.

Da im Haftungsprozess der anzuwendende Standard durch Sachverständigengutachten bestimmt wird, muss der medizinische Sachverständige zur Frage der „Beherrschbarkeit“ des Infektionsrisikos Stellung beziehen und seine Feststellungen für das Gericht nachvollziehbar begründen.

In diesem Zusammenhang kommen Richtlinien, Leitlinien und im Hygienebereich vor allem den KRINKO-Empfehlungen besondere juristische Bedeutung zu. Diese Empfehlungen nehmen insbesondere zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene, dem Hygienemanagement sowie den Methoden zur Erkennung, Erfassung, Bewertung und der gezielten Kontrolle von nosokomialen Infektionen Stellung.

Nach richtiger Ansicht der DGKH stellen die KRINKO-Empfehlungen die geltenden deutschen Empfehlungen

dar und sind zudem die maßgebliche Grundlage für die infektionshygienische Überwachung durch das Gesundheitsamt nach § 36 Infektionsschutzgesetz [10].

Der medizinische Sachverständige wird im Prozess deshalb die KRINKO-Empfehlungen als vom Krankenhausträger objektiv geschuldeten Hygienestandard zugrunde legen [11, 12].

Wird dieser Standard nachweislich unterschritten und kommt es deshalb zu einer Schädigung eines Krankenhauspatienten, gilt dies juristisch als „voll beherrschbares Risiko“, das der Sphäre des Krankenhausträgers zuzuordnen ist. Der zur Verteidigung notwendige Entlastungsbeweis geht bei Unterschreitung des Standards ins Leere, was einem Prozessverlust gleichkommt.

## 6. Bedeutung der Hygienesdokumentation

Die im Infektionsschutzgesetz normierten Pflichten könnte im Haftungsprozess eine weitere Bedeutung zukommen:

§ 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz regelt eine Aufzeichnungs- und Bewertungspflicht der Krankenhausleitung. Dort heißt es:

*„Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren sind verpflichtet, die vom RKI festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufzuzeichnen und zu bewerten. Die Aufzeichnungen nach Satz 1 sind zehn Jahre aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen zu gewähren.“*

Zwar dienen Dokumentationspflichten im Arzthaftungsrecht entgegen verbreiteter Meinung nicht dazu, dem Patienten Beweise für einen späteren Prozess zu sichern. Vielmehr dient die Dokumentationspflicht ausschließlich medizinischen Gründen und wird deshalb im Haftungsprozess vom Sachverständigen im Einzelfall bestimmt. Eine Dokumentation, die medizinisch nicht erforderlich ist, ist auch aus Rechtsgründen nicht geboten. Die Dokumentation muss für den Fachmann verständlich sein, nicht für den Laien [13]. Der Tatrichter kann aber im Prozess aus der Nichtdokumentation einer nach Ansicht des Sachverständigen aufzeichnungspflichtigen Maßnahme schließen, dass diese unterblieben ist. Bei einer unterbliebenen Aufzeichnung und Bewertung nach § 23 Abs. 1 Infektions-

schutzgesetz oder bei fehlender Dokumentation des Hygienemanagements im Hygieneplan könnte deshalb im Haftungsprozess vermutet werden, dass beispielsweise eine organisatorische Auswertung der nosokomialen Infektionen unterblieben ist. In der medizinrechtlichen Fachliteratur wird die Aufzeichnungspflicht der Krankenhausleitung nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz der medizinischen Dokumentationspflicht des Arztes gleichgestellt. Die Interessenlage dürfte in der Tat vergleichbar sein: Die Dokumentationspflicht des Arztes dient der Therapie-sicherung, die Aufzeichnungspflicht der Krankenhausleitung nach § 23 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz der Qualitätssicherung. Beide Pflichten sind Ansatzpunkt für weitere medizinische Maßnahmen. [14]. Nach der amtlichen Gesetzesbegründung zu § 23 Infektionsschutzgesetz soll die dort normierte Aufzeichnungspflicht die eigenverantwortliche Qualitätskontrolle stärken. Die Beobachtung von Trends hinsichtlich der Resistenzentwicklung von Krankheitserregern ist wichtig, um mögliche Ursachen frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen reagieren zu können, ist also aus medizinischen Gründen geboten [15].

## 7. Organisationshaftung der Klinikleitung

Erfreulicherweise hat eine aktuelle Umfrage unter 134 Krankenhäusern ergeben, dass die befragten Krankenhäuser „viele“ der Empfehlungen des RKI freiwillig umsetzen und „zum Teil“ darüber hinaus noch weitere Präventionsmaßnahmen etabliert haben [16]. Vor allem die hohe Compliance bei der Händedesinfektion kommt nach der Studie ein besonderer Stellenwert zu, die auch dann konsequent angewendet werden müsse, wenn nicht bekannt sei, ob ein Patient mit MRSA kolonisiert sei.

Rechtlich handelt es sich bei hygienischen Präventionsmaßnahmen um Bereiche, die der Organisationsverantwortung der Klinikleitung und der Ärztlichen Direktoren zuzuordnen ist [17]. Im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements, zu dem alle Leistungserbringer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet sind, müssen die jeweiligen Leistungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Mangelhaftes Hygienemanage-

ment ist rechtlich zudem als Organisationspflichtverletzung zu werten. Hierbei handelt es sich um eine zweite, eigenständige Anspruchsgrundlage des Patienten im Haftungsprozess. Auch ein Organisationsfehler kann nach der höchstrichterlichen Rechtssprechung als grober Behandlungsfehler zu werten sein.

Das Krankenhaus muss bei Inanspruchnahme wegen eines Organisationsmangels im Hygienebereich die Organisation und Einhaltung von Hygienemaßnahmen darlegen und beweisen.

Die derzeit kontrovers diskutierte, weil wirtschaftlich für Kliniken kostspielige Isolierung von MRSA-Patienten gewinnen unter dem Aspekt der Organisationshaftung ebenso an Bedeutung wie die notwendige Überwachung der Qualität von Reinigungsmaßnahmen bei der Vergabe an externe Firmen zu Dumpingpreisen [18].

Die haftungsrechtliche Verantwortung der kaufmännischen und ärztlichen Klinikleitung ist ein juristischer Aspekt, der gerade in Zeiten der Rationalisierung und Priorisierung von Gesundheitsdienstleistungen erheblich an Bedeutung gewinnen könnte [19, 20, 21].

## 8. Staatshaftung für Hygienemängel?

Politisch wird die Brisanz des Themas deutlich, wenn ein derzeit in der juristischen Literatur diskutierter Ansatz der sogenannten Amts- oder Staatshaftung auf Patientenseite durchgreift.

Krankenhäuser obliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das staatliche Gesundheitsamt und sind verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festzulegen. Erkennt die Überwachungsbehörde Hygienemängel im Bereich eines Krankenhauses, ohne die notwendigen Konsequenzen zu ziehen und die Schließung oder umgehende Beseitigung anzuordnen, duldet sie den hygienewidrigen Zustand zumindest für einen bestimmten Zeitraum und haftet dabei mittelbar für Schäden, die ein Krankenhauspatient dadurch erleidet [22].

Die Frage, ob es angesichts einer immer weiter zunehmenden Rationalisierung im Gesundheitswesen ein verfassungsrechtlich garantiertes medizinisches Existenzminimum gibt, wird derzeit in der medizinrechtlichen Literatur kontrovers diskutiert und zeigt sich besonders am Beispiel des gebotenen Hygienestandards [23, 24].

## Neues Haftungsrisiko für die Klinik und den Arzt?

Die soeben beschriebene Beweiserleichterung könnte vor allem aufgrund des Anstiegs der MRSA-Infektionen in Deutschland sowie des jüngst öffentlichkeitswirksam diskutierten Todes dreier Säuglinge aufgrund verunreinigter Säuglingsnahrung viele Patienten ermutigen, ihren Arzt und/oder ihre Klinik wegen Hygienefehler in Anspruch zu nehmen. Klinikleitung und Ärzte sollten die Rechtsprechung zu Hygienemängeln kennen und sich hieran orientieren, um Haftungsfälle zu vermeiden und im Falle eines Falles gemeinsam mit einem spezialisierten Anwalt eine wirkungsvolle Verteidigungsstrategie zur Abwehr von Patientenklagen aufzubauen [25].

## Beispielfälle aus der Rechtsprechung zu Hygienemängeln

Es liegen einige Grundsatzentscheidungen des Bundesgerichtshofs und einiger Obergerichte vor, die sich mit der Haftung von Kliniken und Ärzten aufgrund mangelnder Hygiene befassen. Aus diesen Entscheidungen lassen sich Rückschlüsse auf die ständige höchstrichterliche Rechtsprechung ziehen, nach der sich sämtliche Gerichte in Deutschland richten, die ähnliche Haftungsfälle zu beurteilen haben.

### Fall 1 Unsterile Infusionslösung durch Organisationsfehler der Klinik

Wird ein Krankenhauspatient an seiner Gesundheit geschädigt, weil die ihm verabreichte Infusionsflüssigkeit bei oder nach ihrer Zubereitung im Krankenhaus unsteril geworden ist, dann muss der Krankenhausträger nach einer Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Jahre 1981 beweisen, dass der Fehler nicht auf einem ihm zuzurechnenden Organisations- oder Personalverschulden beruht [26].

Für die Verunreinigung der Infusionslösung konnten im dortigen Fall Herstellungsfehler und Lagerschäden der verwandten Ampullen ausgeschlossen werden. Die Infusionslösung, die auf der Station im Krankenhaus von der diensthabenden Krankenschwester angesetzt

wurde, ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erst bei ihrer Herstellung oder während ihrer Lagerung im Stationszimmer bis zur Applikation bei der Patientin unsteril geworden.

Unter diesen Umständen musste das beklagte Krankenhaus beweisen, dass ihm kein (Organisations-)Verschulden oder zurechenbares Fehlverhalten eines Mitarbeiters zur Last fällt, das zu der bakteriellen Verunreinigung der Infusionslösung geführt hat. Der Organisationsbereich, in dem diese Verunreinigung entstanden ist, werde voll vom Krankenhaus beherrscht, das alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen habe, um solche Fehler zu vermeiden. Für diesen Risikobereich sei es dem Krankenhaus durchweg eher als dem geschädigten Patienten zuzumuten, die Vorgänge, die zu dem den Patienten schädigenden Geschehen geführt haben, aufzuklären. In solchen Fällen muss also das Krankenhaus sowohl hinsichtlich der Organisation als auch der Anleitung und Überwachung des Personals seine Schuldlosigkeit dargetun und beweisen.

Das Krankenhaus hat im zu entscheidenden Fall nicht dargetun können, dass es den Krankenhausbetrieb, was die ordnungsmäßige und hygienisch einwandfreie Herstellung von Infusionslösungen anbelangt, sorgfältig organisiert hat. Das Gegenteil war der Fall: Der gerichtliche Sachverständige stellte fest, die Infusionslösung dürfe, gerade um eine für den Patienten gefährliche Bildung von Bakterien in ihr zu vermeiden, äußerstenfalls eine knappe Stunde vor der Applikation angesetzt werden. Im beklagten Krankenhaus war aber die Einhaltung dieser Regel nicht gewährleistet. Regelmäßig wurde dagegen sogar verstoßen, was nur auf mangelnde ärztliche Anweisungen und Kontrollen zurückzuführen sein konnte. Die zuständigen Ärzte und das ärztliche Hilfspersonal haben wichtige und selbstverständliche Grundregeln für die Sterilhaltung der Infusionslösung nicht nur unbeachtet gelassen, sondern deren Beachtung vielmehr noch durch die getroffene Arbeitsverteilung geradezu unmöglich gemacht. Eine ärztliche Kontrolle über den Zeitpunkt der Vorbereitung der Lösung hat nicht stattgefunden. Das Krankenhaus hätte beweisen müssen, welche Sicherheitsmaßnahmen im Einzelnen getroffen wurden, um Infusionslösungen bis zu ihrer Verwendung steril zu halten, dass diese Maßnahmen ausreichten und

ihre Einhaltung überwacht wurde. An allem fehlt es, so dass der Patientenklage stattgegeben wurde.

### Fall 2 Infektion trotz Einhaltung des Hygienestandards

In dem im Jahre 1991 entschiedenen Fall kam es nach einer urologischen Operation zu einer schweren Infektion der Operationswunde [27].

Das Krankenhaus konnte im Prozess allerdings beweisen, dass alle nach dem damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft gebotenen Hygienestandards eingehalten worden sind. Dennoch war ein Mitglied des Operationsteams infiziert, welcher Operateur aber der Keimträger war, ließ sich nicht (mehr) feststellen [28]. Soweit die Keimübertragung auch bei Beachtung der gebotenen hygienischen Vorsorge nicht vermeidbar war, lehnt der Bundesgerichtshof im Fall aus 1991 eine Haftung ab.

Absolute Keimfreiheit sei auch bei Operationen nicht zu erreichen, die Ausbreitungswege der Keime in Klinik und Arztpraxis seien nicht voll kontrollierbar. Solche Keimübertragungen gehörten zum entschädigungslos bleibenden Krankheitsrisiko des Patienten. Deshalb ist eine Klinik oder ein Arzt grundsätzlich nicht gehalten, explizit über das MRSA-Infektionsrisiko, und schon gar nicht über eine etwaige MRSA-Quote in der Klinik aufzuklären. Diese oft öffentlichkeitswirksam erhobene Forderung von Patientenanwälten findet nach derzeitiger Rechtslage und auch in der Rechtsprechung keinerlei Stütze.

### Fall 3 Auch nicht erkennbare Infektion führt zur Haftung

Der Entscheidung aus 2007 lag ein Fall eines Spritzenabszess zugrunde, den eine Patientin nach Verabreichung einer Spritze in einer Gemeinschaftspraxis erlitten und der einen zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt nötig gemacht hatte [29].

Der Spritzenabszess beruhte auf einer Staphylokokken-Infektion. Eine in der Praxis angestellte Arzthelferin konnte hier allerdings als Keimträgerin identifiziert werden. Die Arzthelferin war Träger von *Staphylococcus aureus* und dieses Bakterium ist – auf welchem Weg auch immer – mittels einer Injektion auf die Patientin übertragen worden.

Dies ist der kleine, aber entscheidende Unterschied zum Fall aus 1991, denn dort war eine Identifizierung des Keimträgers nicht gelungen. Der BGH betont, dass die Nichteinhaltung von Hygienestandards prozessual zu einer Beweislastumkehr führen: Der Klinik bzw. der behandelnde Arzt muss dann beweisen, dass der Schaden auch bei Beachtung der Hygieneregeln eingetreten wäre. Neu ist, dass sich die Behandlerseite im Prozess nicht mehr damit verteidigen kann, ihr sei die Infektion nicht erkennbar gewesen. Immer dann, wenn eine Infektionsquelle identifiziert werden kann und dem Klinikbereich zuzuordnen ist, führt dies praktisch zur Haftung der Klinik oder des Arztes. Der Einwand der mangelnden Erkennbarkeit lege sogar das Vorliegen eines Organisationsfehlers nahe. Hier besteht prozessual überhaupt keine Entlastungsmöglichkeit.

#### Fall 4 Hygienefehler oder allergische Reaktion als möglich Schadensursache

In einer neuen Entscheidung aus 2008 hat der BGH die Reichweite der Beweislastumkehr im Haftungsprozess und damit die Haftung des Arztes bei Hygienemängeln nochmals verschärft: Das Instanzgericht hatte einen schwerwiegenden Verstoß des behandelnden Arztes gegen „grundlegende hygienische Selbstverständlichkeiten“ bei einer intraartikulären Kniegelenksinjektion festgestellt [30].

Dies wurde als grober Behandlungsfehler des Arztes gewertet. Zu einer Haftung des Arztes ist juristisch aber mehr erforderlich: Der festgestellte grobe Behandlungsfehler muss auch ursächlich für seine Beschwerden geworden sein. Eine Umkehr der Beweislast für den Kausalzusammenhang zu Lasten der Behandlerseite setzt voraus, dass der grobe Fehler geeignet ist, die Beschwerden des Patienten herbeizuführen.

Der Arzt hatte sich im Prozess zunächst erfolgreich damit verteidigt, dass eine allergische Reaktion und nicht eine durch einen Hygienemangel hervorgerufene Infektion Ursache für die Beschwerden war. Das Berufungsgericht war dem gefolgt und hatte im Urteil ausgeführt, der Patient habe (nach grob fehlerhafter Behandlung) beweisen müssen, dass es sich um eine Infektion und nicht um eine hyperergisch-allergische Reaktion gehandelt habe. Der BGH hat dieses Urteil aufgehoben und betont im Revisionsurteil, es genüge,

wenn der Kläger die generelle Eignung des groben Fehlers – also der Injektion unter Außerachtlassung grundlegender Hygieneregeln – zur Verursachung des Schadens – hier eines Kniegelenksergusses mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung – nachweise. Nahelegen oder wahrscheinlich machen müsse der Fehler den Schaden nicht. Der Beweis, dass etwa eine allergische Reaktion den Schaden verursacht habe, obliege deshalb der grob fehlerhaft handelnden Behandlerseite. Faktisch ist dieser Beweis wohl nicht zu führen, was dann zur uneingeschränkten Haftung des Arztes führt.

#### Fall 5 Unterlassene Desinfektion führt zur Haftung eines Notarztes

Das Oberlandesgericht Sachsen hat in einer neuen Entscheidung zur Frage des beim so genannten „Quaddeln“ einzuhaltenden Hygienestandards Stellung genommen [31].

Folge einer vollständig unterlassenen Desinfektion der betroffenen Hautstellen bei Verabreichen einer Injektion ohne Tragen von sterilen Handschuhen war eine schwere Blutvergiftung mit einer beatmungspflichtigen Störung der äußeren Atmung und beginnendem Funktionsversagen von Leber und Niere. Notwendig war eine sechswöchige stationäre überwiegend intensivmedizinisch Behandlung.

Anders als der Erfolg einer Desinfektionsmaßnahme, gehöre jedenfalls die ordnungsgemäße Durchführung von Desinfektionsmaßnahmen zum voll beherrschbaren Organisationsbereich der medizinischen Behandlung. Das Gericht wertet es als eine bloße Organisationsfrage, wenigstens den Versuch einer erfolgreichen Desinfektion zu unternehmen. Die Einhaltung der Hygienestandards gehöre überall, auch im notärztlichen Einsatz, zu den unverzichtbaren, fundamentalen Anforderungen ärztlichen Handelns. Ihr völliges Unterlassen ist schlechterdings nicht nachvollziehbar. Die Verletzung des Hygienestandards wertet das Gericht als groben Behandlungsfehler und sprach der Klägerin neben weiterem Schadenersatz ein Schmerzensgeld von 10.000,- Euro zu.

## Schlussfolgerungen und Ausblick

Bei Hygienemängeln führt also deren Aufdeckung fast automatisch zur Haftung des Arztes oder der Klinik. Deshalb müssen für die Einhaltung der geltenden Standards organisatorische Vorkehrungen getroffen werden. Diese sollten im eigenen Interesse sorgfältig dokumentiert werden.

Sobald der Infektionsfall dem hygienisch beherrschbaren Bereich zuzuordnen ist und sich damit ein Risiko verwirklicht hat, das durch den Klinikbetrieb oder den Arzt gesetzt wurde und durch sachgerechte Organisation objektiv vermeidbar war, kommt dem Patienten eine enorme Beweiserleichterung zugute, die faktisch einem gewonnenen Prozess gleich kommt. Der so genannte Entlastungsbeweis, dass alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen gegen vom Personal der Klinik oder der Arztpraxis ausgehende vermeidbare Keimübertragungen getroffen waren, gelingt in der Regel nicht.

Der naheliegende Einwand, dass eine Infektion eines Keimträgers der Klinik oder dem Arzt nicht erkennbar gewesen ist, führt prozessual ebenso wenig weiter wie der Einwand einer allergischen Eigenreaktion des Patienten.

Die DGKH rät neuerdings zur eigenen Absicherung, auch die Hautdesinfektion routinemäßig beispielsweise im OP-Bereich zu dokumentieren.

Problemwunden sollten bei Aufnahme und Entlassung bzw. Verlegung unbedingt fotografisch dokumentiert werden und als Ausdruck zusammen mit einem Gedächtnisprotokoll der Patientenakte beizufügen. Vor allem aus dem Infektionsschutzgesetz ergeben sich zahlreiche organisatorische Anforderungen an Kliniken, die Einfluss nicht nur in den Hygieneplan einer Klinik finden müssen, sondern auch in die Dokumentation im Einzelfall. Insbesondere bei Verletzung der im Infektionsschutzgesetz normierten Aufzeichnungs- und Dokumentationspflichten können erhebliche Prozessnachteile bis hin zum Prozessverlust entstehen: Werden dokumentationspflichtige Maßnahmen nicht dokumentiert, kann der Richter darauf schließen, dass diese nicht durchgeführt worden sind, was im Falle von Hygienemängeln direkt zur Haftung der Klinik führt.

Mangelndes Hygienemanagement stellt sich also rechtlich als Organisationspflicht-

verletzung dar. Schadensquellen im Klinikbereich sind – wie am Beispiel der Hygienemängel gezeigt – häufig normativ durch gesetzliche Regelungen und verallgemeinerungsfähige Aussagen der Rechtsprechung geprägt. Eine Verankerung des gesamten Hygienerechts auf bundesrechtlicher Ebene ist zu erwarten. Deshalb kann die laufende Auswertung neuester Rechtsprechung wertvolle Hinweise auf notwendige Änderungen klinikinterner Organisationsabläufe geben. Juristische Beratung sollte daher selbstverständlicher Bestandteil eines effektiven Risikomanagementsystems sein [32, 33, 34].

## Interessenkonflikt

Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

## Literatur

- Ludwig U. Tatort Krankenhaus. Kapitel 1: Keine Angst vor bösen Keimen – der laxer Umgang mit der Hygiene. Deutsche Verlags-Anstalt München 2008; S. 56–60.
- Aktion Saubere Hände, „Keine Chance den Krankenhausinfektionen“, [www.praxis-page.de](http://www.praxis-page.de)
- Rosenberger, G. Was wissen die Deutschen über Krankenhausinfektionen und was fordern sie? *Hyg Med* 2010; 35 [9]: 320–325.
- Flintrop J, Korzilius H. Arzthaftpflicht: Der Schutz wird teurer. *Dtsch Arztebl* 2010; 107(15): A 692–A694.
- Pressemitteilung der ergo-Versicherungsgruppe vom 23.01.2009: Auszug: „Die Versicherung garantiert umfassenden Rechtsschutz bei allen Auseinandersetzungen mit Krankenhäusern, Ärzten, Pflegepersonal und anderen Heilberufen, bei denen es um mögliche Fehler bei der Behandlung geht“ abrufbar unter <http://www.forium.de/redaktion/ergo-bietet-rechtsschutzversicherung-fuer-patienten/>
- Geiß K., Greiner H.P., *Arzthaftungsrecht*, C.H. Beck München, 6. Auflage 2009, RN 214, 238 ff. „voll beherrschbare“ Risikobereiche sind: Organisation, Koordination, Gerätesicherheit, Hygienegefahr, Verrichtungssicherheit des Pflegepersonals, Anfallbeschäftigung.
- Kunz-Schmidt, Bedienungsfehler beim Einsatz von Medizintechnik *MedR* (2009) 27:517–524, mit weiteren Nachweisen unter FN 53.
- Greiner, H.-P.: „Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu den voll beherrschbaren Risiken im Arzthaftpflichtrecht“ in: *neminem laedere - Aspekte des Haftungsrechts - Festschrift für Gerda Müller*, Hrsg. Von Greiner, H.P., Groß, N., Nehm, K., Spickhoff, A., Carl Heymanns Verlag, Köln 2009, S. 213–217.
- dazu instruktiv: Nassauer, A., Fouquet, H., Mielke, M.: „Zur Beherrschbarkeit von Infektionsrisiken – Primum non nocere – Anmerkungen unter Berücksichtigung von Hygienestandards im Arzthaftungsrecht“ *Bundesgesundheitsblatt* 2009; 52, 689–698, Online publiziert: 14.06.2009, Springer Verlag 2009.
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH). Stellungnahme des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Unbegründete Infragestellung von Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) führt zu verantwortungsloser Verunsicherung in der Praxis. *Hyg Med* 2010; 34 [11]: 455–456.
- Unter Verweis, dass inhaltliche Anforderungen an die Beherrschung von Infektionsrisiken von der medizinischen Wissenschaft zu definieren sind und insbesondere zur fachlichen Verbindlichkeit und den Qualitätskriterien für Hygienestandards ausführlich: Nassauer, A., Fouquet, H., Mielke, M.: „Zur Begerschrbarkeit von Infektionsrisiken - Primum non nocere - Anmerkungen unter Berücksichtigung von Hygienestandards im Arzthaftungsrecht“ *Bundesgesundheitsblatt* 2009; 52, 689–698, Online publiziert: 14.06.2009, Springer Verlag 2009.
- Ennker, J., Pietrowski, D., Kleine, P.: „Risikomanagement in der operativen Medizin“ Kapitel 13: „Risikomanagement und Hygiene“, Seite 88–98; Steinkopff Verlag Darmstadt 2007.
- Geiß K., Greiner H.P., *Arzthaftungsrecht*, C.H. Beck München, 6. Auflage 2009, RN 202 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung.
- Anschnag, M. in: *Krankenhaushaftung – Beweiserleichterungen bei Hygienemängeln*, *MedR* (2009) 27: 513–516 Seite 515
- Die amtliche Begründung zum Infektionsschutzgesetz ist abrufbar unter: <http://www.gesundheitsamt.de/alle/gesetz/seuche/ifsg/absch04/ab/ab23.htm>
- Chaberny I, Wriggers A, Behne M, Gastmeier P. Antibiotikaresistenz: Präventionsmaßnahmen deutscher Krankenhäuser bei MRSA: Ergebnisse einer Umfrage unter 134 Krankenhäusern im Rahmen des MRSA-KISS-Moduls. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107(37): 631–7.
- Hollmann, J.; Schröder, B.: *ÄRZTLICHE DIREKTOREN Keine zahnlosen Tiger* - *Dtsch Arztebl* 2010; 107(26): A 1327–A1328. Die Autoren weisen zu recht darauf hin, dass viele Ärztliche Direktoren die juristische Dimension des Amtes unterschätzen und und sich der Haftungsrisiken nicht bewusst sind.
- vgl. dazu die Stellungnahme des Vorstandes der DGKH vom 20.08.2010 „Standardhygiene statt Isolierung – Tatbestand der Körperverletzung“.
- Schulte-Sasse, U. Fehler durch Kostendruck: Keine rechtlichen Konsequenzen bei „Managerpufsch“. *Dtsch Arztebl* 2009; 106(42): A 2061–2.
- Rabe, A.: *Ärzte zwischen Heilaufrag und Kostendruck*, Verlag für Versicherungswirtschaft Karlsruhe, 2009, Seite 80 ff. mit Beispiele aus dem Hygienebereich in Krankenhäusern.
- Arnade, J.: *Kostendruck und Standard*, Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard, *Kölner Schriften zum Medizinrecht*, Hrsg. Christian Katzenmeier, Springer Verlag Heidelberg 2010, S. 180 ff.
- Reborn M. *Rechtsfragen der Krankenhausaufsicht*, *GesR* 2009, 519–52.
- Hahn E. Einfluss der Rechtsprechung auf die Ressourcenentscheidungen und Prioritätensetzung in der Medizin, *GesR* 2010, 286–295.
- Huster, S., Kaltenborn, M.: *Krankenhausrecht, Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens*, C.H. Beck Verlag München 2010, § 13 RN 60 ff. „Haftungsproblem Hygiene“, die unter Verweis auf Hart in: Rieger (Hrsg.) *Heidelberger Kommentar Arztrecht - Krankenhausrecht - Medizinrecht HK-AKM Nr. 3948* den Richtlinien des RKI „standardprägenden Charakter“ beimessen und darauf hinweisen, dass Maßnahmen zur Infektionsvorsorge Bestandteil des Risikomanagement-Konzepts sind.
- Klein M. Hygienemängel. „Voll beherrschbare Risiken“. *Dtsch Arztebl* 2008, 105 (17): 915–916.
- Entscheidung des BGH vom 03.11.1981 – VI ZR 119/80 in *Hygiene und Recht (HuR)*, *Loseblattsammlung, Entscheidungssammlung, Richtlinien, Empfehlungen*, Stand März 2010, mhp-Verlag Wiesbaden. Entscheidung Nr. 13.
- Entscheidung des BGH vom 08.01.1991 – VI ZR 102/90 in *HuR*, *Loseblattsammlung, Entscheidungssammlung, Richtlinien, Empfehlungen*, Stand März 2010, mhp-Verlag Wiesbaden. Entscheidung Nr. 44.
- Schneider, A. Bierling, G. in: *Hygiene und Recht, Entscheidungssammlung Richtlinien*, Stand März 2010, weisen unter Ziffer 2.5.6 der Einführung im Zusammenhang mit der besprochenen Entscheidung des BGH aus 1991 darauf hin, dass man nach heutigem Stand der Wissenschaft eine Genotypisierung und den Nachweis der klonalen Identität zwischen dem Patientenisolat und dem Isolat aus dem OP-Team fordern müsse.
- Entscheidung des BGH vom 20.03.2007 – VI ZR 158/06 in *HuR*, *Loseblattsammlung, Entscheidungssammlung, Richtlinien, Empfehlungen*, Stand März 2010, mhp-Verlag Wiesbaden. Entscheidung Nr. 154.
- Entscheidung des BGH vom 08.01.2008 – VI ZR 118/06 in *HuR*, *Loseblattsammlung, Entscheidungssammlung, Richtlinien, Empfehlungen*, Stand März 2010, mhp-Verlag Wiesbaden. Entscheidung Nr. 160.
- Entscheidung des OLG Sachsen vom 20.08.2009 – 1 U 86/08 in *HuR*, *Loseblattsammlung, Entscheidungssammlung, Richtlinien, Empfehlungen*, Stand März 2010, mhp-Verlag Wiesbaden. Entscheidung Nr. 196.
- Bergmann, K.-O.; Wever, C.: *Risiko- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - Entwicklungen und Tendenzen* in: *MedR* (2010) 28: 631–633.
- Bergmann, K.-O.; *Entwicklungstendenzen des Risikomanagements im Krankenhaus* in: *Festschrift für ARGE Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein*, Deutscher Anwaltverlag Bonn 2008, S. 497–517.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. in: *Krankenhausreport 2010*, Schattauer Verlag Stuttgart 2010, Kapitel 13 „Hygienefehler im Krankenhaus“, S. 224–237.