

# MRSA aus juristischer Sicht

Dr. jur. Burkhard Kirchoff zu rechtlichen und wirtschaftlichen Aspekten nosokomialer Infektionen

Die Kanzlei Kirchoff, Dr. Kirchoff & Kollegen befasst sich seit geraumer Zeit mit den rechtlichen Aspekten der Infektionen von Patienten mit sog. Krankenhausbakterien. MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus) sind Krankheitserreger, die nach Auffassung der Kanzlei auf Grund nicht hinreichender und insbesondere auch nicht einheitlicher Hygienestandards in einigen deutschen Kliniken zu einem ernsthaften Problem geworden sind. M&K führte mit Rechtsanwalt Dr. Burkhard Kirchoff ein Interview zu diesem Themenkomplex.

**M & K:** *Wie ist die rechtliche Situation der Kliniken, wenn ein Patient sich ansteckt? Wann haften sie?*

**B. Kirchoff:** Ihre Frage lässt sich nicht generell und mit allgemeiner

Geltung beantworten, sondern die Erfolgsaussichten gerichtlichen Vorgehens des Patienten bedürfen immer einer einzelfallorientierten Prüfung. Die Thematik der Haftung von Kliniken aufgrund nosokomialer Infektionen wurde bisher durch die Rechtsprechung sehr stiefmütterlich behandelt. In der Vielzahl der Entscheidungen machen die Gerichte es dem Patienten zur Aufgabe „konkrete Hygienemängel“ nachzuweisen, die in einen Kontext mit einer erlittenen Infektion zu stellen sein müssen. Die haftungsrechtliche Dimension nosokomialer Infektionen und des meines Erachtens noch wichtigeren „Oberthemas Sepsis“ wurde von der Rechtsprechung bisher nicht hinreichend erkannt, was auf die fehlende Detailkenntnisse beteiligter Justizkreise zurückzuführen sein dürfte.

Die Situation wird sich meines Erachtens in den nächsten Jahren

ändern, denn verschiedene Medien haben für eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit gesorgt.

Die juristischen Ansätze bei Fällen nosokomialer Infektionen sind



**Dr. iur. Burkhard Kirchoff,  
Kanzlei Kirchoff,  
Dr. Kirchoff & Kollegen**

durchaus facettenreich. Ich möchte einige Aspekte andeuten. Nach ständiger Rechtsprechung der arzt haftungsrechtlichen Senate des Bundesgerichtshofes ist der Patient als Ausfluss seines grundgesetzlich garantierten Rechtes auf Menschenwürde über die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Risiken aufzuklären, um unter Wahrung seiner Entscheidungsfreiheit wirksam in den Eingriff einwilligen zu können. In jedem Aufklärungsformular findet sich der Hinweis auf die Gefahr einer „Infektion“. Der Bundesgerichtshof wird sich zu der Frage erklären müssen, ob diese Art der Aufklärung generell und insbesondere ausreicht, wenn – z.B. – in einer Klinik oder auf einer konkreten Intensivstation infektionsschutzrechtlich meldepflichtige Häufungen nosokomialer Infektionen aufgetreten sind.

Der Bundesgerichtshof wird sich zu der Frage erklären müssen, welche haftungsrechtliche Bedeutung einem Organisationsverschulden von Kliniken zukommen kann, wenn an den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes orientierte Hygienepläne zwar existieren, deren strikte Umsetzung aber nicht präzise kontrolliert wird.

### *Welche Haftungsfälle bilden den Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit?*

**B. Kirchhoff:** Den größten Anwendungsbereich der Tätigkeit unserer Kanzlei im Rahmen der Vertretung von Patienten mit nosokomialen Infektionen oder Angehörigen von Patienten, die an einer Sepsis verstorben sind, bilden Diagnose- und Therapiefehler, insbesondere die zu späte und nicht hinreichend spezielle Diagnostik und Behandlung.

### *Wie kann sich eine Klinik vor rechtlichen Auseinandersetzungen schützen?*

**B. Kirchhoff:** Von selbst dürfte sich verstehen, dass jede Klinik die Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern strikt und unter Schaffung eines funktionierenden Kontrollsystems umsetzen sollte. Die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes sind nach weit verbreiteter – von mir bestrittener – Auffassung „nur“ Empfehlungen ohne rechtsverbindlichen Charakter. In Deutschland existieren unzählige Gerichtsurteile, die die Verpflichtung statuieren, „medizinische Standards“ einzuhalten, die RKI-Richtlinien geben eben diesen wieder, weshalb die noch nicht letztinstanzliche geklärte Auffassung gut vertretbar ist, die Richtlinien des RKI seien verbindlich. Kliniken sollten sehr selbstkritisch die eigene Situation betrachten und klare Organisationsstrukturen schaffen, um Optimierungspotentiale nutzen zu können. Dazu gehören auch Krisenmanagement-Instrumentarien. Die Problematik wird Kliniken, die die Entwicklung versäumt haben, einholen. Selbst der Deutsche Bundestag hat inzwischen konzidiert, dass „großer Handlungsbedarf“ besteht und „dass bei Einhalten der Vorgaben des Robert-Koch-Institutes die MRSA-Verbreitung tatsächlich eingedämmt werden kann“. Kurz gesagt: Es wird nicht mehr lange dauern und der dringend notwendige rechtliche Rahmen wird geschaffen sein. Bedenken sollten die Klinikleitungen, dass die derzeit fehlende Kodifizierung des Hygienerahmens durch rechtsverbindliche Normen weder vor Haftung noch strafrechtlicher Verfolgung schützt, wenn Versäum-

nisse offenbar und nicht abgestellt werden.

Der zukunftsorientierte Klinikleiter wird schon heute die Weichen stellen, und die Richtlinien des Robert-Koch-Institutes strikt umsetzen, Screeningprogramme durchführen und die „search- and destroy-Strategie“ verfolgen. Nosokomiale Infektionen wird es immer geben, die MRSA-Häufigkeit und organisatorische Mängel im Bericht der Diagnostik und Therapie müssen aber verringert werden. Als Patientenanwalt bin ich nicht der richtige Ansprechpartner, um Kliniken Empfehlungen zu geben. Einen aus meiner Sicht wichtigen Hinweis möchte ich mir aber auf die Frage, wie sich Kliniken vor rechtlichen Auseinandersetzungen schützen können, gestatten. Nahezu jeder Patient hat Verständnis dafür, wenn Ärzten einmal ein Fehler unterläuft. Wir stellen im Rahmen der Vertretung von Patienten mit nosokomialen Infektionen aber immer wieder fest, dass die Patienten und Angehörigen sich hilflos fühlen, wenn ihnen die Hintergründe der Komplikation nicht erklärt werden. In sehr vielen der von uns vertretenen Fälle war für die Patienten die „Initialzündung“ für die Inanspruchnahme anwaltlicher Beratung die unterbliebene Beantwortung von Fragen. Die Patienten hatten das Gefühl, ihnen werde „etwas verheimlicht“. Die Kliniken sollten transparenter mit der Problematik der nosokomialen Infektionen umgehen. Mir ist bewusst, dass der transparente Umgang eine Gratwanderung ist, denn es ist auch Aufgabe des Arztes, seinem Patienten Ängste zu nehmen. In Rechnung gestellt werden sollte aber, dass aufgrund der inzwischen doch nachhaltigen medialen Wirkung weite Teile der Patienten vielfach überzogene Ängste hegen, weil sie einen reißerischen Bericht über tödliche Gefahren in Krankenhäusern gesehen haben. Auch diese Ängste müssen in die Waagschale geworfen werden, Kliniken können sich unter Umständen sogar einen Wettbewerbs- und Marketingvorteil verschaffen, wenn sie die Gefahr einer nosokomialen Infektion in ihrem Haus senken. In nicht allzu ferner Zukunft werden niedrigere MRSA-Raten und ein Top Hygiene-Management ein Marketinginstrument darstellen.

Auf die betriebswirtschaftlichen Vorteile für die Kliniken – die vielfach und schwankend berechnet wurden – möchte ich ebenfalls hinweisen. Die Erhöhung der Betriebskosten durch ein konsequentes MRSA-Management dürfte relativ gering ausfallen, dieser gegenüber stehen wirtschaftliche Vorteile aufgrund der Vermeidung enormer Folgekosten sowie Isolierungsmaßnahmen und der Verlängerung der

Verweildauer des Patienten in der Klinik. Infizierte Patienten müssen optimal und bis zur Heilung behan-



**Dr. iur. Burkhard Kirchhoff,  
Kanzlei Kirchhoff,  
Dr. Kirchhoff & Kollegen**

delt werden, wenn Kliniken abweichend verfahren und Patienten mit tief infizierten Wunden in Reha-Einrichtungen entlassen – dies gibt es leider – setzen sie sich einem nicht kalkulierbaren Haftungsrisiko aus. Wernitz hat in Management und Krankenhaus 2004; 7:6 eine Berechnung veröffentlicht, wonach für die Kliniken pro Patient mit nosokomialer MRSA-Infektion ein Verlust in Höhe von mehr als 8.000 € zu verbuchen ist.

### *Gibt es in Deutschland ein Grundsatzurteil zur Haftung für nosokomiale Infektionen?*

**B. Kirchhoff:** Ein klassisches Grundsatzurteil existiert aus meiner Sicht bisher nicht, es wurden allerdings sehr viele Entscheidungen mit hygienerechtlichem Bezug gefällt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit allerdings wird der Bundesgerichtshof in den nächsten Jahren Gelegenheit erhalten, ein „Grundsatzurteil“ zu fällen. In dieser Entscheidung wird es um die Frage gehen, ob eine Beweislastumkehr anzunehmen ist, wenn ein Patient eine Klinik aufsucht, die – gegenüber skandinavischen Kliniken oder gut aufgestellten deutschen Kliniken – eine erhöhte Anzahl an nosokomialen Infektionen aufweist, bei diesen Patienten kein Eingangsscreening durchgeführt und er über die Gefahr einer Infektion mit multi-resistenten Keimen nicht aufgeklärt wird. Wer rechtlich genau hinschaut erkennt, dass die so wichtige Ausstattung der RKI-Richtlinien mit rechtsverbindlichem Charakter rechtlich entbehrlich wäre. Sie ist gleichwohl wichtig und sie wird kommen.

### *Würden Sie ein generelles MRSA-Screening empfehlen?*

**B. Kirchhoff:** Diese Frage sollten Mediziner beantworten und nicht Juristen. Soweit ich dies beurteilen kann, sind inzwischen geeignete Screeningsysteme auf dem Markt, die überschaubare Kosten verursachen. Ich verweise auf meine Ausführungen zu den Folgekosten bekannter MRSA-Besiedlungen oder Infektionen. Jeder Patient, dem aufgrund eines MRSA-Screenings im Frühstadium geholfen werden kann, ist ein Multiplikator in positiver Hinsicht.

*Welche Probleme in Bezug auf MRSA gibt es Ihrer Erfahrung nach in deutschen Kliniken?*

**B. Kirchhoff:** Im Rahmen der anwaltlichen Vertretung von Patienten erlebt man die komplette Bandbreite denkbarer Versäumnisse angefangen bei unzureichenden organisatorischen Standards bis hin zu Extremfällen diagnostischer und therapeutischer Versäumnisse. Wir haben mehr als 800 Kliniken Fragebögen vorgelegt, um mehr über die Strategie der Kliniken auf dem Gebiet der deutliche Mehrzahl der Kliniken hat die Fragen nicht beantwortet, einige Häuser haben sehr umfangreich ihre intensiven Maßnahmen offen gelegt.

Ich möchte davon absehen, einzelne konkrete Fälle hygienischer Versäumnisse zu erwähnen. Einzelne hygienische Fehler werden in Kliniken immer vorkommen und sind auch nicht zu vermeiden. Wichtig ist meines Erachtens der organisatorische Rahmen, der den Faktor Mensch berücksichtigt, d.h. in Ausbildung von der Pflegekraft bis zum Diagnostiker investieren muss.

*Wann liegt ein Behandlungsfehler vor?*

**B. Kirchhoff:** Das Schwergewicht der Behandlungsfehler bei nosokomialen Infektionen und insbesondere auch bei der Bekämpfung von septischen Geschehen liegt meines Erachtens in der zu späten Reaktion. Wenn ein Risikopatient am offenen Bauch operiert wird und die Wunde nach vier Tagen eitert und nässt, der Patient Temperatur hat und gleichwohl Abstriche nicht genommen und bei positivem Resultat nach Antibiogramm gezielt behandelt wird, ist dies meines Erachtens ein grober Behandlungsfehler, der nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes eine Beweislastumkehr nach sich zieht.

*Warum ist MRSA juristisch erst jetzt ein Thema, nachdem der Keim schon nach 1963 bekannt ist?*

**B. Kirchhoff:** Die Thematik der nosokomialen Infektionen und – gera-

de auch in jüngster Zeit – der Sepsis rückt immer mehr in die Öffentlichkeit. Die Allgemeinheit interessiert sich für das Thema, weil jeder jeden Tag ärztliche Hilfe benötigen kann. Der teilweise wenig transparente Umgang mit den Thematiken in Deutschland hat meines Erachtens aufgrund der großen medialen Wirkung – einen Bericht bei Frontal21 über das Thema MRSA oder Sepsis sehen mehr als 5 Millionen Menschen – die Öffentlichkeit sensibilisiert. Patienten deren Fragen nicht beantwortet werden, informieren sich selbst oder über Angehörige. Binnen 30 Minuten kann sich auch der Laie über das Internet einen groben Überblick über die Problematik schaffen. Eine Kettenreaktion ist in Gang gekommen. Die Kliniken sollten sich die Informationshoheit nicht nehmen lassen, allgemeine Medien tragen immer die Gefahr der Ängste schürenden Fehlinformationen in sich.

*Wie sieht die rechtliche Situation in unseren Nachbarländern aus? Gibt es dort die gleiche Problematik?*

**B. Kirchhoff:** Sicherlich muss nicht ich den Lesern Ihrer Zeitung erläutern, dass die MRSA-Häufigkeit in Mittelmeerländern, in Japan und in den USA wohl deutlich größer, in skandinavischen Ländern hingegen geringer zu sein scheint. Die Rechtswissenschaft hat das Thema in Deutschland bisher noch nicht entdeckt, auch dies ist einer der Gründe, warum die Gerichte bisher meist aufgrund zu schmaler Tatsachenbasis und ohne Kenntnis des Gesamtzusammenhanges entschieden. Die Beantwortung Ihrer Frage zur rechtlichen Situation in unseren Nachbarländern setzt jahrelange, rechtsvergleichende Forschung voraus, die noch nicht einmal in der Entstehung ist. Auch die deutschen Wissenschaften sollten mehr Beiträge leisten.

Die Thematik ist geeignet für ein interdisziplinäres Forschungsprojekt medizinischer und juristischer Fakultäten, welches in Deutschland augenscheinlich von einem anwaltlichen Praktiker nur schwer anzustoßen ist. Im Land der „Dichter und Denker“ sollte sich bei 16 Millionen vollstationär behandelten Menschen jährlich ohne Patienten bei niedergelassenen Ärzten, Heilpraktikern sowie in Dialyse-Alten-Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen wissenschaftlich mehr bewegen.

► **Kontakt:**

Dr. iur. Burkhard Kirchhoff  
Kanzlei Kirchhoff, Dr. Kirchhoff & Kollegen,  
Weilburg/Lahn  
Tel.: 06471/9372-0  
Fax: 06471/9372-20  
info@kirchhoff-anwalt.de  
www.kirchhoff-anwalt.de