

Rechtliche Aspekte nosokomialer Infektionen und Sepsisfolgen

Gesetzliche Vorgaben zur strukturellen Krankenhaushygiene sind vollständig umzusetzen, sonst drohen strafrechtliche Konsequenzen und Schadensersatz.

■ Die Thematik der „Krankenhausinfektionen“ stellt das „Makroproblem“ des deutschen Gesundheitswesens dar. Ausgehend von realistisch betrachtet und im Durchschnitt etwa 5% nosokomialer Infektionen (NI) bei 22 Mio. stationären Krankenhausbehandlungen jedes Jahr in Deutschland liegt die realistische Zahl der Klinikinfektionen deutschlandweit oberhalb einer Million. Die vom Bundesministerium für Gesundheit, einzelnen medizinischen Fachgesellschaften und sogar dem renommierten Robert-Koch-Institut angegebenen Infektionszahlen weit unterhalb einer Million Infektionen jährlich beruhen auf einer nicht hinreichend realistischen Betrachtung der Fakten.

Gesetze mit Vollzugsdefizit

Deutschland verfügt mit dem Infektionsschutzgesetz, den Landes-Hygieneverordnungen, dem Medizinproduktegesetz, der Medizinprodukte-Betreiberverordnung und insbesondere den KRINKO-Empfehlungen über hervorragende, strenge Hygiene-Vorgaben. Diese Gesetze wären durchaus bei juristisch zutreffender Anwendung geeignet, um die Patienten vor Schaden in Kliniken durch vermeidbare NI zu bewahren. Erforderlich wäre dafür eine flächendeckend lückenlose und vollständige Überwachung der Gesetzesanwendung durch die Kontrollbehörden, Staatsanwaltschaften und Gerichte. In diesem Bereich verfügt Deutschland immer noch über ein fatales und tödlich wirkendes Vollzugsdefizit.

Beweiserleichterung für Patienten

In einem gerichtlichen Verfahren auf Schadenersatz wegen einer Infektion muss der Anspruchsteller die den Anspruch begründeten Tatsachen darlegen und beweisen. Kommt es bei oder im Zusammenhang mit einem Klinikaufenthalt zu einer NI, verfügte der Patient regelmäßig über ein „Beweisproblem“. Zwar hat der Gesetzgeber Patienten eine Beweiserleichterung bei „groben Behandlungsfehlern“ oder „Befunderhebungsfehlern“ zu Gute kommen lassen, § 630 h Abs. 5, Satz 1 und 2 BGB. Allerdings war diese Beweiserleichterung für geschädigte Patienten bisher ohne großen Wert, weil Patienten immer schon bezogen

auf Fehler in der Hygiene bei einem konkreten Eingriff und auch bei strukturellen Hygienemängeln in Beweisnot waren. Hinzu kam in der Praxis häufig das Problem der Beauftragung fachfremder Gutachter. Orthopäden, Chirurgen oder Kardiologen sind regelmäßig nicht dafür ausgebildet, die Frage zu beantworten, ob in einer Klinik strukturelle Hygienemängel herrschen, angefangen bei der Qualität der Arbeit der Zentralsterilisation bis hin zu den stationsbezogenen Hygieneplänen und den hygienischen Schulungen der Mitarbeiter.

Der Bundesgerichtshof hat inzwischen reagiert und in seinem Urteil vom 19.02.2019 – Az.: VI ZR 505/17 – ausgeführt: Ihm (dem Patienten, Anm. d. Verf.) fehlt die genaue Einsicht in das Behandlungsgeschehen und das nötige Wissen zur Erfassung des Konfliktstoffes; er ist nicht verpflichtet, sich zur ordnungsgemäßen Prozessführung medizinisches Fachwissen anzueignen. Die Patientenseite darf sich deshalb auf Vortrag beschränken, der die Vermutung eines behandlungsfehlerhaften Verhaltens der Behandlungsseite aufgrund der Folgen für den Patienten gestattet. Diese Entscheidung des Bundesgerichtshofes hat aus unserer Sicht die Chancen für Patienten in gerichtlichen Verfahren nach einer Krankenhausinfektion oder einer fehlerhaft behandelten Sepsis nochmals verbessert. In der Vergangenheit haben zahlreiche Land- und Oberlandesgerichte in Deutschland die Ansicht vertreten, der Patient müsste zunächst darlegen und beweisen, dass ein Hygienemangel vorgelegen habe und dieser aus einem „vollbeherrschbaren Risikobereich“ stamme. Die Einholung eines krankenhaushygienischen Gutachtens wurde in diesen Verfahren häufig vom ererkennenden Gericht nicht beschlossen.

Das neue Urteil des Bundesgerichtshofes führt dazu, dass Kliniken sich künftig innerhalb der von uns betriebenen Verfahren für geschädigte Patienten sehr konkret zur individuellen und strukturellen Krankenhaushygiene nach einer NI erklären müssen. Eine Grundvoraussetzung für die Wahrung dieser Anforderungen durch beklagte Kliniken ist die möglichst vollständige und lückenlose Umsetzung aller Hygieneregeln in einer Klinik. Die umfangreichen, nach dem Infektionsschutzgesetz und den Landes-Hygiene-

verordnungen erforderlichen hygienischen Dokumentationen – angefangen bei der Infektionsstatistik, über individuelle Hygienepläne bis hin zu präzise und gesetzeskonform gefassten Protokollen der Sitzungen der Hygienekommission und der Dokumentation des Ablaufes der Sterilisation der beim konkreten Eingriff verwendeten Sterilgut-Charge u.v.m. – müssen dem Gericht im Prozess präsentiert werden können. Generell gilt der Hinweis: Kli-

niken, die streng gesetzliche Vorgaben zur strukturellen Krankenhaushygiene in Deutschland nicht vollständig umsetzen, gehen hohe und nicht kalkulierbare schadenersatz- und strafrechtliche Risiken ein. Was nicht vorhanden ist, kann in einem Prozess auch nicht vorgetragen und „schwarz auf weiß“ vorgelegt werden.

Neben Aspekten der individuellen und strukturellen Krankenhaushygiene prüfen wir für die von unserer

1. Deutschland verfügt über die weltweit besten Hygienegesetze, aber auch über ein Vollzugsdefizit

Deshalb fordern wir die Schaffung einer Taskforce Krankenhaushygiene nach niederländischem Vorbild, die unangekündigt in den Kliniken erscheint und Kontrollen durchführt. Diese Taskforce sollte über die Befugnis der Schließung einer Station oder einer Klinik verfügen, wenn gravierendste Hygienemängel festgestellt werden und die Patientensicherheit gefährdet ist.

2. Schaffung einer Schwerpunktstaatsanwaltschaft Hygiene und Sepsis

Mit speziell ausgebildeten Juristen, die über das erforderliche medizinische und rechtliche Know-how verfügen, um über die Strafverfolgung die Hygienequalität in Kliniken präventiv zu verbessern.

3. Einführung eines Facharztes für „patientennahe Infektiologie“

In einigen Kliniken besteht eine Versorgungslücke am Bett des Patienten, wenn dieser nach einem Eingriff erste Infektionszeichen zeigt. Der Facharzt für patientennahe Infektiologie könnte analog dem niederländischen Vorbild des Arts Mikrobioloog für die zuständigen Labore und die Kliniken arbeiten, um im engen Zusammenwirken mit den Behandlern der jeweiligen Fachdisziplin Infektionen früher zu erkennen und geeignet zu behandeln. Die „Antibiotic Stewardship Kurse“ sind ein Schritt in diese Richtung, wenn den Absolventen die Möglichkeit der Umsetzung des Erlernten in den Kliniken geschaffen wird.

4. Schaffung eines universellen – statt eines elektiven – Screenings von Patienten auf MRSA sowie nachfolgend 3- und 4MRGN-Erreger

Das in Deutschland derzeit ganz überwiegend durchgeführte Risiko-Screening funktioniert nicht immer. Schätzungsweise 50% der Risikopatienten werden nicht entdeckt, was zu einer zusätzlichen, vermeidbaren Keimlast in den Kliniken führt. Die frühzeitige Identifizierung gefährlicher Keime und Sanierung der Patienten vor elektiven Eingriffen reduziert das Risiko für septische Geschehen.

5. Vorlage eines Antibiogramms

Die Gabe von Antibiotika sollte künftig – abgesehen von Notfall-Indikationen – nur nach Vorlage eines Antibiogramms durch einen Arzt oder schriftliche ärztliche Begründung erfolgen.

6. Das pathologische Vergütungssystem für Krankenhausbehandlungen in Deutschland muss reformiert werden

Dadurch wird die hohe Anzahl überflüssiger Eingriffe und damit vergesellschafteter nosokomialer Infektionen gesenkt. Ein weiterer, positiver Nebeneffekt wäre eine deutliche Entlastung der Pflege in den Kliniken.

Erforderliche Maßnahmen zur Infektionsprävention, um die in Deutschland zu hohe Zahl an nosokomialen Infektionen effektiv zu senken und die Infektionsbehandlung zu verbessern
(Quelle: Dr. Kirchoff & Kollegen, 2020)

Kanzlei vertretenen, geschädigten Patienten immer auch die Qualität der antibiotischen Abdeckung.

Antibiose auf Stimmigkeit prüfen

Auf dem Gebiet der Infektions- und Sepsisbehandlung fallen uns dabei immer wieder gravierende und grundlegende Fehler in Kliniken auf. Die Gabe einer korrekten Antibiose scheitert in einigen Häusern an Kommunikationsproblemen zwischen dem behandelnden Arzt und den Pflegekräften auf der Station. Wir konnten Prozesse gewinnen, weil bei einem septischen Patienten ein Antibiotikum nur geringfügig falsch dosiert wurde. Das Landgericht Lüneburg – Az.: 2 O 422/08 – hat diesen vermeintlich kleinen Lapsus bei der Abdeckung eines septischen Patienten als „grob fehlerhaft“ eingeordnet und eine Beweislastumkehr statuiert.

Eine weitere Fehlerquelle bei der antibiotischen Abdeckung von Patienten haben wir im Bereich der Übermittlung von Befunden ausgemacht. Deutschland geht den falschen Weg und dezentralisiert die früher in den Kliniken angesiedelten Labors immer mehr. Damit wird wichtiges, mikrobiologisches und infektiologisches Know-how aus den Kliniken verlagert.

In einem von uns vertretenen Fall wurde bei einem jungen Fußballspieler



RA Alexander Herkt

nach einer Sprunggelenks-Operation ein Abstrich von dickflüssigem Sekret am 23.04.2012 entnommen und dieses an ein externes Labor versandt. Der Endbefund „reichlich Staphylococcus aureus“ existierte am 26.04.2012. Nachdem die Antibiose bei dem Patienten von der Klinik – ohne Kenntnis des Endbefundes – am 27.04.2012 „blind“ umgestellt worden war, nahm die Klinik diesen Endbefund erst am 30.04.2012 und damit mit deutlicher Verzögerung zur Kenntnis. Die Hintergründe, wie es zu dieser Verzögerung bei der Übermittlung des Befundes des Labors an die Klinik kam, waren im Verfahren nicht aufklärbar.

Das Landgericht Offenburg hat mit dem von uns erwirkten Urteil zum Az.: 3 O 381/15 aus unserer Sicht zurecht geurteilt, dass die Klinik und die Behandler des Klinikums beim externen



Dr. jur. Burkhard Kirchoff

Labor nachfragen mussten, weil der Befund des Labors nicht innerhalb der üblichen Bearbeitungszeiten für mikrobiologische Abstriche in der Klinik vorlag. Kliniken und Ärzte müssen deshalb – um den Vorwurf des Organisationsverschuldens zu vermeiden – in ihren Häusern eine Organisationsstruktur schaffen, die vermeidbare Verzögerungen bei mikrobiologischen Befunden ausschließt. Dazu gehört aus unserer Sicht eine genaue, schriftliche Festlegung wie Befunde unter Fristenüberwachung gestellt werden und nachweisbare Schulungen in den Kliniken in diesem Bereich. Ein weiterer, interessanter Problembereich, mit dem wir als Patientenanwälte für Patienten mit NI immer wieder befasst werden, sind die Rechtsfragen rund um die Bakteriophagen-Therapie. Bakteriophagen sind gekürzte Virenstämme,

die gerade bei Patienten mit rezidivierenden Infektionserkrankungen – z.B. im Urinaltrakt – und bei hochresistenten Keimen eine sinnvolle Alternative darstellen können.

Die Bakteriophagen-Therapie ist bisher in Deutschland nicht zugelassen, weshalb immer wieder Streit zwischen Patienten und Krankenkassen über die Kostenerstattung entsteht. Wir konnten in zwei Verfahren für Patienten, die unter Infektionen mit hochresistenten Keimen litten, eine Kostenübernahme durch die jeweils zuständigen Krankenkassen vor Gericht erstreiten. In beiden Verfahren wurden die Krankenkassen dazu verurteilt, dem Patienten die Behandlungskosten zu erstatten, obwohl die Phagen-Therapie bei Patienten mit resistenten Keimen und vorangegangener, häufiger Antibiotika-Therapie bisher nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist. Die Therapie mit Bakteriophagen sollte durch den gemeinsamen Bundesausschuss für geeignete Fälle zugelassen und in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Nicht nur aufgrund der weitgehend fehlenden Nebenwirkungen der Phagen-Therapie stellt diese Therapie eine sinnvolle Behandlungsalternative dar. Alle genannten Urteile sind zu finden unter: www.sepsisanwalt.de

**EINFACH WIE NIE:
HÄNDEHYGIENE
MESSEN UND
VERBESSERN**
ingo-man® SmartNose
mit Feedback-LED

Hier mehr erfahren:

OPHARDT
HYGIENE
www.ophardt.com