

Voraussetzungen der Krankenhaushaftung

A. Aufklärungsfehler

Ausgangspunkt:

Es muss keine Aufklärung über das grundsätzliche, allgemeine Risiko einer Wundinfektion erfolgen.

vgl. BGH, Urt. v. 8.1.1991 – VI ZR 102/90, NJW 1991, 1541-1543 m. w. N.

Aber:

Im Falle eines erhöhten oder besonderen Risikos muss eine Aufklärung erfolgen.

aa. Erhöhte individuelle Infektionsgefahr

Erhöhte Infektionsrisiken bestehen gemäß der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention von 2008 u. a. bei folgenden Patienten:

Ein erhöhtes Risiko für eine MRSA-Kolonisation im Sinne der „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ besteht bei:

1. Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
3. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
4. Patienten, die (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine) haben
5. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im selben Zimmer)
6. Patienten mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - ▶ chronische Pflegebedürftigkeit,
 - ▶ Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - ▶ liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - ▶ Dialysepflichtigkeit,
 - ▶ Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen,
 - ▶ Brandverletzungen.

Diese sind vor Operationen über das bei Ihnen bestehende erhöhte Infektionsrisiko mit MRSA aufzuklären.

bb. Erhöhte Infektionsquote in einer Klinik / Abteilung

Bestehen im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme zahlreiche MRSA-Infektionen in der betroffenen Krankenhausabteilung, so ist der Patient über diese Tatsache aufzuklären, damit er darüber entscheiden kann, ob er dort bleiben möchte.

Hierauf hatte der BGH in einer Entscheidung vom **10.11.1970, AZ: VI ZR 83/69** ausdrücklich hingewiesen!

Zudem besteht eine Pflicht zur Verweisung an ein anderes Krankenhaus, falls die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften erforderlichen und damit geschuldeten Hygienemaßnahmen nicht garantiert werden können (**Stichwort: Übernahmeverschulden**).

B. Behandlungsfehler: Hygienefehler

Eine Schadenersatzhaftung für eine Infektion im Krankenhaus kommt immer dann in Betracht, wenn die Keimübertragung durch die erforderliche hygienische Vorsorge hätte verhindert werden können (vgl. BGH Urteil vom 8.01.1991, AZ: VI ZR 102/90).

Geschuldet ist „die im Verkehr erforderliche Sorgfalt“.

Zum Sorgfaltsmaßstab im Zivilrecht:

§ 276 Verantwortlichkeit des Schuldners

(1) Der Schuldner hat Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten, wenn eine strengere oder mildere Haftung weder bestimmt noch aus dem sonstigen Inhalt des Schuldverhältnisses, insbesondere aus der Übernahme einer Garantie oder eines Beschaffungsrisikos zu entnehmen ist. Die Vorschriften der §§ 827 und 828 finden entsprechende Anwendung.

(2) Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt.

(3) Die Haftung wegen Vorsatzes kann dem Schuldner nicht im Voraus erlassen werden

Hieraus folgt:

Es ist nicht geschuldet, was üblich ist. Sondern, insbesondere, wenn man sich an „276 Abs. 2 BGB orientiert, vielmehr die im Verkehr „erforderliche“ Sorgfalt. Deshalb kann ein Behandlungsvorgehen, das üblicherweise so erfolgt, nicht mehr als standardgemäß bezeichnet werden.

I. Zu den Hygienestandards allgemein:

Entscheidende Bedeutung erhält damit im Haftungsprozess die Frage, welche Hygienemaßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlich waren.

Hierzu schreibt **Dr. A. Nassauer, Mitglied des Robert Koch Instituts, im Bundesgesundheitsblatt 2009, 689 ff.** folgendes:

Die Richtlinie für Krankenhaushygiene als Sammlung von Empfehlungen blickt auf eine lange Tradition zurück und der Auftrag an die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention ist seit 2001 gesetzlich verankert [13]. Ob der im IfSG vorgezeichneten Bedeutung sind diese Empfehlungen der Kommission aus heutiger Sicht durchaus das, was als Hygienestandard gewertet werden kann. Da-

Sinne zu verstehen. Allerdings werden die von Experten formulierten Kommissionsempfehlungen erst nach Anhörung der Länder, der betroffenen Verbände und Körperschaften durch das RKI veröffentlicht und können sich deshalb auf einen breiten fachlichen Konsens berufen ... Bei

Hieraus folgt, dass unabhängig von den Formulierungen wie „Richtlinie“ oder „Leitlinie“ die vom Robert Koch Institut herausgegebene Richtlinie für Krankenhaushygiene in jedem Fall den Hygienestandard der medizinischen Wissenschaften wiedergibt (ISBN: 978-3-437-22266-5).

Denn

- sie ist im IfSG gesetzlich verankert,
- sie ist über 9 Jahre alt und
- sie ist erst nach Anhörung von zahlreichen Expertengremien zustande gekommen,
- weshalb sie auf einem breiten medizinischen Konsens beruht!

Entsprechendes gilt auch für sonstige Richtlinien oder auch Leitlinien! Auch diese kommen regelmäßig erst nach Anhörung zahlreicher Fachgremien – unter Auswertung der gesamten Literatur – zustande.

II. Zu den Standards im Einzelnen nach der genannten Richtlinie:

1. Risikopatienten bei Aufnahme sind zu screenen:

Hierzu schreibt die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch Instituts in 2008:

Ein erhöhtes Risiko für eine MRSA-Kolonisation im Sinne der „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ besteht bei:

1. Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
3. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
4. Patienten, die (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine) haben
5. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im selben Zimmer)
6. Patienten mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - ▶ chronische Pflegebedürftigkeit,
 - ▶ Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - ▶ liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - ▶ Dialysepflichtigkeit,
 - ▶ Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen,
 - ▶ Brandverletzungen.

Ein mikrobiologisches Screening umfasst in der Regel

- ▶ Abstriche der Nasenvorhöfe (rechts/links) und des Rachens und ggf.
- ▶ Abstriche von vorhandenen Wunden (einschließlich ekzematöse Hautareale, Ulcera).

2. Räumliche Isolierung:

- ▶ Mit MRSA-kolonisierte bzw. -infizierte Patienten müssen räumlich getrennt von anderen Patienten untergebracht werden, möglichst in Zimmern mit eigener Naßzelle und einem Vorraum mit Schleusenfunktion. Die Türen sind geschlossen zu halten.
- ▶ Eine gemeinsame Unterbringung mehrerer Patienten mit MRSA ist möglich (Kohortenisolierung).

3. Schutz vor Kontamination:

- ▶ Die Regeln der Händehygiene (auch bei Benutzung von Einmalhandschuhen) sind strikt einzuhalten (s. Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Anlage 5.1 „Händehygiene“) [17].
- ▶ Beim Betreten des Patientenzimmers ist ein Kittelwechsel vorzunehmen und der Mund-Nasen-Schutz anzulegen. Der ausschließlich für den Umgang mit MRSA-Patienten reservierte Schutzkittel muß im Zimmer oder im Vorraum verbleiben und wird spätestens zum Schichtende in geeignete Wäschesäcke

entsorgt. Der Mund-Nasen-Schutz ist zum Schutz des Personals anzulegen. Er ist beim Verlassen des Zimmers im Patientenzimmer oder im Vorraum als Abfall zu entsorgen.

Einmalhandschuhe sind erforderlich bei möglichem Kontakt mit kontaminierten Materialien, Gegenständen, Geräten und Instrumenten. Sie sind vor dem Betreten des Patientenzimmers anzuziehen und beim Verlassen des Zimmers im Patientenzimmer oder im Vorraum als Abfall zu entsorgen.

Besucher und stationsfremdes Personal müssen auf die Einhaltung der notwendigen Schutzmaßnahmen hingewiesen werden. Bei Bedarf sind diesen Personen die Maßnahmen zu erläutern.

Transporte bzw. Verlegungen innerhalb und außerhalb der Station bzw. Einrichtung sind zu vermeiden und auf Fälle mit strenger Indikation zu beschränken (s. Ziffer 11 und 12).

7. Desinfektion und Reinigung:

Eine mindestens tägliche Flächendesinfektion (Wischdesinfektion) ist für die patientennahen Bereiche (Bettgestell, Nachttisch, Naßbereich, Türgriffe u.ä.) erforderlich, bei Bedarf ist sie auf weitere kontaminationsgefährdete Flächen auszudehnen (s. Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Anlage 6.12 [17] „Hausreinigung und Flächendesinfektion“). Alle Kontaktflächen von am Patienten benutzten Geräten (z.B. Köpfe von Ultraschallgeräten, EKG-Elektroden und -Kabel) müssen nach dem Einsatz sowie vor dem Entfernen aus dem Zimmer mit Mitteln der Liste der DGHM wischdesinfiziert werden.

Stethoskope, Thermometer u.ä. sind patientenbezogen zu verwenden und unmittelbar nach dem Gebrauch zu desinfizieren.

Alle am Patienten benutzten Instrumente (Scheren, Klemmen usw.) werden der Desinfektion zugeführt. Bei zentraler Desinfektion muß der Transport in geschlossenen Behältnissen erfolgen.

Das Geschirr wird routinemäßig gereinigt (es empfiehlt sich die Verwen-

8. Sanierung des Patienten:

- ▶ Bei Besiedlung eines Patienten mit MRSA sollte die Sanierung mit solchen antibakteriellen Wirkstoffen vorgenommen werden, deren klinische Wirksamkeit für diese Anwendung nachgewiesen ist.
- ▶ Zur Sanierung einer nasalen MRSA-Besiedlung ist die Applikation von Mupirocin-Nasensalbe (dreimal täglich über mindestens drei Tage in beide Nasenvorhöfe) zu empfehlen. Eine nasale Sanierung reduziert in der Regel auch die Kolonisation an anderen Körperstellen.
- ▶ Alternativ, insbesondere bei einer Mupirocinresistenz, können Präparate mit antiseptischen Wirkstoffen oder

anderen lokal applizierbaren Antibiotika mit nachgewiesener Wirksamkeit (z. B. Bacitracin) eingesetzt werden.

- ▶ Zur Sanierung einer Besiedlung der Haut mit MRSA sind bei intakter Haut antiseptisch wirkende Seifen und Lösungen mit nachgewiesener Wirksamkeit zur Ganzkörperwaschung unter Einfluß der Haare zu empfehlen.
- ▶ Zur Verhinderung von Rekolonisierungen ist während der Sanierungsmaßnahmen ein täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u.ä.), insbesondere nach antiseptischer Ganzkörperwaschung, durchzuführen. Persönliche Gegenstände (Brillen, Rasierer, Zahnbürsten etc.) sind im Zimmer zu belassen und zu desinfizieren bzw. auszutauschen.

6. Aufhebung der Isolierung:

Für MRSA-kolonisierte bzw. -infizierte Patienten kann die Isolierung aufgehoben werden, wenn frühestens drei Tage nach Abschluß der Behandlung an drei aufeinanderfolgenden Tagen MRSA-negative Abstriche den Sanierungserfolg bestätigen.

Literaturnachweise:

Vgl. hierzu Bundesgesundheitsblatt 1999, 954 und auch die AWMF-Leitlinien Nr. 029-019.

2. Pflicht zur Umsetzung dieser Vorgaben durch entsprechende organisatorische Maßnahmen:

Kann festgestellt werden, dass das betroffene Krankenhaus diese Maßnahmen im konkreten Fall nicht ergriffen hat, ist mit **dem Organisationsverschulden** zu argumentieren!!!!

III. **Dokumentationspflichten**

Folgende Unterlagen sind anzufordern:

1. Die Vorlage des **Hygieneplans gemäß § 36 des** Infektionsschutzgesetzes für die Klinik, welcher im maßgeblichen Zeitraum vom bis Gültigkeit besaß, **einschließlich der Dokumentation von Hygienekontrollen und Arbeitsanweisungen des Hygienebeauftragten.**

Wortlaut:

(1) Die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen sowie Krankenhäuser, Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen nach § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes,... legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt

2. Die **Vorlage der fortlaufenden Aufzeichnung gemäß § 23** des Infektionsschutzgesetzes über das **Auftreten nosokomialer Infektionen in der Klinik für X im Zeitraum der Jahre 20XX bis 20XX..**

Wortlaut:

(1) Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren sind verpflichtet, die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe b 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.

Aus dieser muss sich zunächst die Bewertung der MRSA-Infektion des Patienten ergeben, sowie die daraus abgeleiteten Maßnahmen und deren Erfolgskontrolle (Bales/Baumann/Schnitzler, Kommentar zum Infektionsschutzgesetz, 2. Aufl. 2003, § 23 Rn. 5).

Da es sich um eine fortlaufende Aufzeichnung handelt, muss zudem ein Vergleich zu früheren Eintragungen ermöglicht werden (Marc Anschlag, MedR 2009, 513 (515)). **Dabei sind für den Patienten nicht nur die Aufzeichnung und Bewertung der eigenen MRSA-Infektion von größter Wichtigkeit, sondern insbesondere auch die Aufzeichnungen zu den unmittelbar vorangehenden Infektions-Zwischenfällen in der Klinik.**

Entscheidend ist nämlich, ob im Anschluss an die letzte MRSA-Infektion (also vor der Infektion des Patienten) entsprechende Maßnahmen in der Klinik als angemessene Reaktion getroffen wurden (z.B. ausreichendes Screening des Personals und MRSA-Kontaktpatienten, Isolation gefährdeter Patienten, unter Umständen umfassendes Screening und Eindämmung durch eine konsequente „search and destroy policy“) und ob diese Maßnahmen auch zum Erfolg führten, um den Keimbefall in der Klinik einzudämmen (Erfolgskontrolle).

D.h., hierzu gehört auch die Dokumentation der aus dem früheren MRSA-Infektion-Fall abgeleiteten Maßnahmen im Bereich des Infektionsschutzes sowie deren Erfolgskontrolle.

Nur so kann im Zweifel festgestellt werden, ob die betreffende Klinik tatsächlich alles Erforderliche getan hatte, um Krankenhausinfektionen in Ihrer Klinik zu vermeiden.

Dem Einwand des entgegen stehenden Gebots der ärztlichen Schweigepflicht kann mit dem Argument des Schwärzens von Namen und Adresse anderer Patienten begegnet werden!

IV. Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos:

Steht fest, dass der Patient sich durch den Keim des Krankenhauspersonals oder durch einen Risikopatienten, der in seinem Zimmer lag, infiziert hat, greift die Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos (vgl. z.B. BGH Urteil vom 8.01.1991, AZ: VI ZR 102/90 oder BGH Urteil vom 20.03.2007 AZ: VI ZR 158/06; Marc Anschlag MedR 2009, 513 ff.; Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 6. Aufl. 2009, Kapitel B, Rn. 238 f.).

Da die Beachtung hygienischer Standards und ärztlicher Sorgfaltsregeln zum Schutz vor Infektionen des Klägers eine Maßnahme darstellt, die dem Risikobereich des Arztes bzw. Krankenhauses zuzuordnen ist, greift zugunsten des Klägers im konkreten Fall eine Beweiserleichterung analog § 282 BGB a. F. mit der Maßgabe ein, dass zu seinen Gunsten vermutet wird, dass *in concreto* die medizinische und pflegerische Behandlung, fehlerhaft war, und diese Fehlerhaftigkeit schuldhaft (fahrlässig) verursacht wurde (vgl. u. a. BGH VersR 84, 386).

Für diese Vermutung spricht auch der Beweis des ersten Anscheins (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 18. Juni 1997, AZ 3 U 173/96, veröffentlicht in VersR 1998, 1243: *„Bei der Verwirklichung eines medizinisch voll beherrschbaren Risikos spricht der Beweis des ersten Anscheins für einen schadensursächlichen Behandlungsfehler (...) deshalb ist es Sache der Behandlerseite, eine andere Schadensursache unmittelbar zu beweisen.“*)

Die Übertragung von Keimen von einer Person auf eine andere ist bei Einhaltung der Hygienestandards vermeidbar (vgl. Mielke_Nosokomiale_Infektionen.pdf; Gastmeier_Anaesthesist_1999_Praevention_nosokomialer_Infektionen_in_der_Intensivstation_und_im_OP.pdf; Gastmeier_Chirurg2008_Praevention_nosokomialer_Infektionen.pdf).

D.h., das Krankenhaus wird in einem solchen Fall nicht den Entlastungsbeweis führen können!

V. Kausalität

Steht fest, dass ein Patient durch ärztliches Personal oder durch einen Risikopatienten mit einem MRSA infiziert wurde, kann der Haftungsgrund nachgewiesen werden.

D.h. es kann der Beweis geführt werden,

- dass Hygienefehler vorliegen (diese sind im Wege der Beweiserleichterung des vollbeherrschbaren Risikos bzw. des Anscheinbeweises zu vermuten),
- die ursächlich wurden für die Infektion beim konkreten Patienten.

Denn wie oben ausgeführt, können solche exogenen Infektionen bei Einhaltung der gebotenen Hygienestandards vermieden werden!

Im Übrigen sollte –wie stets- versucht werden, mit einem groben Behandlungsfehler zu argumentieren:

Beweislastumkehr bei einem spezifischen, groben Sorgfaltsverstoß

Bei einem Verstoß gegen hygienische Sorgfaltsanforderungen kann es zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität kommen. Ausgangspunkt ist die Rechtsprechung zum groben Behandlungsfehler. Auch im Bereich der Hygiene bedeutet dies grundsätzlich: **Die Nichtbeachtung der erforderlichen Hygienemaßnahmen muss als Fehlverhalten zu werten sein, welches aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint. Es muss sich um Fehler handeln, die „schlichtweg nicht unterlaufen dürfen“ und die beim Sachverständigen geradezu „Kopfschütteln verursachen“.**

Gerade in jüngster Zeit hat der VI. Senat des BGH in aller Deutlichkeit und besonders nachdrücklich betont, dass **Verstöße gegen hygienische Selbstverständlichkeiten** einen groben Behandlungsfehler darstellen und diese zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich des Kausalzusammenhangs zwischen groben Behandlungsfehler und Gesundheitsschädigung führen (BGH, Urt. v. 8.1.2008, Az.: VI ZR 118/06 = NJW 2008, 1304 = VersR 2008, 490 = MedR 2009, 228).

1. Beweislastumkehr bei Zusammentreffen mehrerer Sorgfaltsverstöße

Besonderheit im Bereich der Hygiene: Zusammenfassende Betrachtung!

Wenn mehrere Mängel im Bereich der Hygiene nachgewiesen werden können, die jeder für sich allein genommen noch nicht als grob zu bewerten wären, aber die Infektionsgefahr unzumutbar erhöht haben, kommt es nicht mehr auf die Darlegung eines einzelnen, den konkreten Patienten betreffenden groben Hygieneverstoßes an (Stichwort: Zusammenfassende Betrachtung!). Bereits die Darlegung mehrerer Hygienemängel, welche die Infektionsgefahr unzumutbar steigern, bewirkt also die Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität!

Beispiel:

Anfang September 1952 wurde eine Frau in einem Krankenhaus zur Entbindung aufgenommen. Das Kind wurde zunächst gesund geboren. Es brachte sich jedoch in den ersten Lebenstagen leichte Kratzwunden an der Nase und am linken Bäckchen bei. Am Ende des Monats September hatten sich diese Stellen entzündet und Staphylococcus Aureus wurde festgestellt. Penicillin wirkte nicht, und es kam zur Sepsis. Das Kind trug schwere Dauerschäden davon, das linke Bein war verkrüppelt, der rechte Arm behindert.

Das Gesundheitsamt hatte bereits 2 Jahre zuvor die hygienischen Zustände in dem Krankenhaus bemängelt (keine räumliche Abtrennung der Entbindungsstation von septischen Patienten, unsachgemäße Pflege). Auch erfolgte eine erneute Inspektion genau im Behandlungsmonat September wobei erneut die Mängel gerügt wurden und mit Schließung gedroht wurde.

BGH, Urt. v. 10.11.1970 – VI ZR 83/69, NJW 1971, 241-244.

Der BGH führte aus:

„Dem Berufungsgericht kann nicht gefolgt werden, wenn es glaubt, als Voraussetzung für die Umkehr der Beweislast einzelne, gerade die Klägerin betreffende Fehlleistungen bestimmter für die Pflege verantwortlicher Personen feststellen zu müssen, die das Urteil der groben Fahrlässigkeit rechtfertigen. Diese allzu enge Anlehnung an die vom Bundesgerichtshof für die Arzthaftung entwickelten Grundsätze wird der besonderen Lage des Patienten nicht gerecht, der in einer insgesamt unzulänglich ausgestatteten, organisierten oder geleiteten Anstalt einer unzumutbar erhöhten Infektionsgefahr durch das Zusammentreffen einzelner Missstände und Versäumnisse ausgesetzt war, wobei jeder Einzelumstand für sich allein vielleicht die Annahme einer groben Fahrlässigkeit einer bestimmten Person nicht rechtfertigen mochte. Nur eine zusammenfassende Betrachtung aller der Beklagten anzulastenden Umstände, die die Infektionsgefahr erheblich erhöht haben, konnte eine Grundlage für die Entscheidung darüber liefern, ob der Klägerin nach allem die regelmäßige Beweislastverteilung noch zugemutet werden durfte.“

2. **Beweislastumkehr bei hoher Infektionsquote**

Erkennbar hat sich das Landgericht Gießen in einer Entscheidung aus dem Jahr 2004 den Überlegungen des BGH aus dem Jahr 1970 angeschlossen, und herausgestellt, dass auch der Nachweis einer ungewöhnlich hohen Infektionsquote aufgrund teilweise fehlerhafter Desinfektion zur Umkehr der Beweislast führen kann. Wichtig auch hier wieder: Es kommt für die Umkehr der Beweislast in diesen Fällen **nicht** mehr auf den Nachweis eines bestimmten Versäumnisses im Einzelfall an.

Auf einer Intensivstation für Säuglinge wurden Infusionsflaschen falsch desinfiziert: Eine Pflegekraft wischte das Einstichgummi der Infusionsflasche stets mit einem Lappen aus einem Desinfektionsmitteleimer ab. Eine andere tauchte die Flasche stets in den Eimer ein. Richtigerweise hätten die Flaschen mit einer alkoholischen Desinfektionslösung besprüht werden müssen. Keinesfalls hätten die Flaschen mit der Desinfektionslösung aus dem Eimer in Berührung kommen dürfen. Innerhalb von 2 ½ Jahren wurden auf diese Weise insgesamt 28 Kinder mit dem Bakterium „Klebsiella oxytoca“ infiziert.

LG Gießen, Urt. v. 30.9.2004 – 3 O 99/03, PflR 2005, 560-565.

3. **Unterlassenes Screening bei einem Risikopatienten:**

- Wird ein Patient eingeliefert, der Risikopatient ist im Sinne der Richtlinie der KRINKO Kommission ist:

Ein erhöhtes Risiko für eine MRSA-Kolonisation im Sinne der „Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen“ besteht bei:

1. Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese
2. Patienten aus Regionen/Einrichtungen mit bekannt hoher MRSA-Prävalenz
3. Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten
4. Patienten, die (beruflich) direkten Kontakt zu Tieren in der landwirtschaftlichen Tiermast (Schweine) haben
5. Patienten, die während eines stationären Aufenthaltes Kontakt zu MRSA-Trägern hatten (z. B. bei Unterbringung im selben Zimmer)
6. Patienten mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - ▶ chronische Pflegebedürftigkeit,
 - ▶ Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - ▶ liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - ▶ Dialysepflichtigkeit,
 - ▶ Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen,
 - ▶ Brandverletzungen.

Ein mikrobiologisches Screening umfasst in der Regel

- ▶ **Abstriche der Nasenvorhöfe (rechts/links) und des Rachens und ggf.**
- ▶ **Abstriche von vorhandenen Wunden (einschließlich ekzematöse Hautareale, Ulcera).**

gilt folgendes:

Unterlässt das Krankenhaus bei einem solchen Patienten das gebotene Screening, liegt ein Befunderhebungsfehler vor. Dabei handelt es sich um einen schweren Behandlungsfehler. Hierfür spricht, dass bei solchen Patienten bereits ein sehr hohes Risiko besteht, dass er Träger eines MRSA-Keimes ist. Dann aber muss alles getan werden, um diesen Patienten zu sanieren, um das bestehende gefährliche Infektionsrisiko zu beseitigen. Nur so kann eine Verschlimmerung ebenso wie eine Ansteckung anderer vermieden werden.

Aber auch gemäß der 3-Stufen-Theorie kommen wir hier zum groben Behandlungsfehler:

Hätte man nämlich den Risikopatienten bei seiner gescreent, hätte man mit einer Wahrscheinlichkeit von 51 % mindestens eine MRSA-Trägerschaft und damit einen reaktionspflichtigen Krankenbefund festgestellt.

Denn schon 25 % bis 33 % aller Personen besteht ein MRSA-Befall im Nasen- bzw. Rachenraum.

Dann muss die Wahrscheinlichkeit für einen solchen MRSA-Befall bei einem Risikopatienten um ein vielfaches höher sein. Das Nicht-Reagieren hierauf ist grob fehlerhaft.

4. Unzureichende Sanierung eines MRSA-Trägers:

Wird bei einem Patienten nach Screening ein MRSA festgestellt und kommt es nach Sanierung und OP dennoch zu einer MRSA-Infektion dann liegt ein Behandlungsfehler vor: denn das Krankenhaus hat die Sanierung in diesem Fall nicht ordnungsgemäß durchgeführt oder aber es kam zu einer Keim-Übertragung. Beide möglichen Sachverhalte würden auf einem Behandlungsfehler beruhen.