

Nosokomiale Infektionen: Patientensicherheit und Haftungsprophylaxe

Erleiden Patienten durch eine im Krankenhaus erworbene Infektion gesundheitliche Schäden, erheben sie oder Kostenträger nicht selten Schadenersatzansprüche. Ob solche Ansprüche durchsetzbar sind oder nicht, bestimmt sich regelmäßig danach, wer im Haftungsstreit die Beweislast zu tragen hat.

**von Ulrich Smentkowski,
Hans-Friedrich Kienzle, Frauke Mattner
und Alfred Janssen**

Fragen der Krankenhaushygiene sowie durch Hygienemängel begünstigte, möglicherweise vermeidbare Infektionen und deren Folgen geraten seit einigen Jahren immer stärker in den Fokus der öffentlichen und fachlichen Wahrnehmung. In dem Beitrag „Hygienemängel in deutschen Kliniken – Krieg um die Keime“ von Nicola Kuhrt (*Spiegel online vom 4. Mai 2012 – <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/hygiene-im-krankenhaus-qualitaetssicherung-versinkt-im-lobbyismus-a-831239.html>*) wird zum Beispiel berichtet, dass die Zahl postoperativ auftretender Wundinfektionen in Deutschland – nach einer eher konservativen Schätzung des Robert Koch-Instituts (RKI) – bei jährlich 225.000 Fällen liegt. Als „Epidemiologisches Bulletin Nr. 26“ veröffentlichte das RKI am 2. Juli 2012 den Beitrag „Deutsche Daten im Rahmen der ersten europäischen Prävalenzerhebung zum Vorkommen nosokomialer Infektionen und zur Antibiotikaaanwendung“. Die Analyse der als noch vorläufig bezeichneten Daten ergab in Bezug auf die Gesamtmenge der an der Erhebung teilnehmenden 134 Krankenhäuser eine Prävalenz der Patienten mit nosokomial erworbenen Infektionen von 3,93 Prozent. Postoperative Wundinfektionen zählten mit einem Anteil von 24,7 Prozent vor Harnwegsinfektionen (22,4 Prozent) und Infektionen der unteren Atemwege (21,5 Prozent) zu den häufigsten Infektionen. Hochgerechnet auf derzeit jährlich rund 17 Millionen Krankenhausfälle ergäbe sich aufgrund dieser Daten eine Gesamtzahl von 668.000 nosokomialen Infektionen,

darunter immerhin rund 165.000 postoperative Wundinfektionen.

Das novellierte Infektionsschutzgesetz

Um übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, trifft § 23 des mit Wirkung zum 28. Juli 2011 novellierten *Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)* grundlegende Bestimmungen zur Prävention, Diagnostik und Therapie nosokomialer Infektionen. Die Erstellung von Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen obliegt nach § 23 Abs. 1 IfSG der beim RKI eingerichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Nach § 23 Abs. 2 IfSG wird in Kürze außerdem eine Kommission Antinfektiva, Resistenz und Therapie zur Erarbeitung und Veröffentlichung von Antinfektivaempfehlungen eingerichtet werden.

§ 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG verpflichtet die Leiter der unter Ziffer 1. genannten Krankenhäuser und der zu Ziffer 2. bis 9. aufgeführten sonstigen Behandlungseinrichtungen, unter anderem von Arztpraxen, sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Als verbindliche Grundlage und Standard für die erforderlichen Präventionsmaßnahmen gelten die vom RKI in der Zeitschrift „Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz“ zu veröffentlichenden KRINKO-Empfehlungen, die auch im Internet unter http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission_node.html nachzulesen sind.

§ 23 Abs. 8 IfSG verpflichtete die Landesregierungen, bis zum 31. März 2012 die für

Krankenhäuser und weitere Behandlungseinrichtungen jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen durch Rechtsverordnung zu regeln. Für Nordrhein-Westfalen ist dies geschehen mit der *Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)* vom 13. März 2012 (*GKNRW 2012, S. 139–154*).

Rechtliche Aspekte

Die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen, insbesondere der einschlägigen KRINKO-Empfehlung „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (*Bundesgesundheitsblatt 2009, 52: 951–962*), dient aber nicht nur der bestmöglichen Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen. Ihre Befolgung oder Nichtbefolgung hat auch erhebliche haftungsrechtliche Bedeutung, die in diesem Beitrag besonders hervorgehoben werden soll.

Erleiden Patienten durch eine im Krankenhaus erworbene Infektion gesundheitliche Schäden, erheben sie nicht selten Schadenersatzansprüche, die im Übrigen aus übergegangenem Recht oft auch von Seiten der Sozialversicherungsträger verfolgt werden. Ob solche Ansprüche durchsetzbar sind oder nicht, bestimmt sich regelmäßig danach, wer im Haftungsstreit die Beweislast zu tragen hat. Das ist im Allgemeinen der Geschädigte, sofern nicht zu seinen Gunsten Beweiserleichterungen greifen, die bis zur Umkehr der Beweislast reichen können.

Mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen Beweiserleichterungen für den Nachweis eines Behandlungs- oder Organisationsfehlers und seiner Ursächlichkeit für den eingetretenen Gesundheitsschaden in Betracht kommen, befasst sich ein aktueller Beitrag von Schultze-Zeu/Riehn mit dem Titel „Die haftungsrechtliche Bedeutung des novellierten § 23 Infektionsschutzgesetz unter besonderer Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen in

Krankenhäusern“ in der Zeitschrift „Versicherungsrecht“ (VersR 2012, 1208). Zutreffend wird in dem Aufsatz sinngemäß darauf hingewiesen, dass bei der Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen zu prüfen sein wird, ob die Behandlungseinrichtung die gesetzlichen Vorgaben und die KRINKO-Empfehlung im Einzelnen beachtet und dies umfassend dokumentiert hat.

Exogene (durch Erregerübertragungen hervorgerufene) und endogene (durch patienteneigene Erreger hervorgerufene) nosokomiale Infektionen, die sich trotz Einhaltung der gebotenen hygienischen Vorkehrungen ereignen, gehören grundsätzlich zum entschädigungslos bleibenden Krankheitsrisiko des Patienten, weil absolute Keimfreiheit nicht erreicht werden kann (Martis/Winkbart: *Arzt haftungsrecht – Fallgruppenkommentar*, 3. Auflage, Rn. V 381). Jedoch bergen Verletzungen des Pflichtenkatalogs erhebliche Gefahren, für eine nosokomiale Infektion haftungsrechtlich eintreten zu müssen: Als Pflichtverletzungen gewertet werden können dabei zum Beispiel betrieblich-organisatorische Mängel wie Defizite in der personellen Ausstattung mit ärztlichem und nichtärztlichem Hygienepersonal, Versäumnisse bei

dessen Fortbildung oder bei der Freistellung von anderen Aufgaben, Mängel bei der Aufstellung, Durchführung und Überwachung von Hygieneplänen oder auch diesbezügliche Dokumentationsmängel.

Eine Haftung bei Infektionen im Zusammenhang mit einer Operation oder stationären Behandlung kommt nach der einschlägigen Rechtsprechung zwar nur in Betracht, wenn die nosokomiale Infektion durch die gebotenen hygienischen Maßnahmen zuverlässig hätte verhindert werden können (Martis/Winkbart, a. a. O. Rn. V 383). Steht hingegen fest, dass die Infektion ursächlich aus einem Bereich stammen muss, der nach den hierzu in der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen als hygienisch „voll beherrschbar“ gilt, hat die Behandlungseinrichtung zu beweisen, dass sich das Infektionsrisiko trotz vorschriftsgemäßer Wahrung aller gebotenen Hygienemaßnahmen verwirklicht hat (vgl. Ulrich Smentkowski, *Rheinisches Ärzteblatt* 9/2007, S. 14).

Die genaue Befolgung aller zu beachtenden Bestimmungen und die umfassende, sorgfältige Dokumentation der einschlägigen Maßnahmen kann sich folglich „haftungsimmunisierend“ auswirken, auch weil § 23 Abs. 3 S.2 IfSG die gesetzliche Vermutung enthält, dass der Stand der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet ein-

gehalten ist, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind. Es ist dann Sache des Patienten, diese Vermutung zu widerlegen und konkrete Hygienemängel sowie deren Ursächlichkeit für die eingetretene nosokomiale Infektion darzulegen und zu beweisen; ein Beweis, der nur schwierig zu führen sein dürfte. Den verantwortlichen Leitern der im IfSG genannten Behandlungseinrichtungen wird deshalb im Interesse der Patientensicherheit, aber auch der Haftungsprophylaxe nachdrücklich empfohlen, die gesetzlichen Anforderungen des § 23 IfSG und die genannten Empfehlungen lückenlos einzuhalten und ihre Umsetzung sorgfältig zu dokumentieren.

Ulrich Smentkowski ist Leiter der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, **Professor Dr. med. Hans-Friedrich Kienzle** ist deren Geschäftsführendes Mitglied. **Professor Dr. med. Frauke Mattner** ist Chefärztin des Instituts für Hygiene der Kliniken der Stadt Köln. **Dr. med. Alfred Janssen** ist Referent im Ressort für Medizinische Grundsatzfragen der Ärztekammer Nordrhein.

Delegierte der Ärztekammer Nordrhein zum 116. Deutschen Ärztetag

vom 28. bis 31. Mai 2013 in Hannover (gewählt in der Kammerversammlung am 10. November 2012)

■ Fraktion „Marburger Bund“

Delegierte

Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow, Köln
Dr. med. Christiane Groß, M.A., Wuppertal
PD Dr. med. Hansjörg Heep, Essen
Dr. med. Friedrich-Wilhelm Hülskamp, Essen
Prof. Dr. med. Gisbert Knichwitz, Köln
Dr. med. Christian Henner Köhne, Würselen
Michael Krakau, Köln
Michael Lachmund, Remscheid
Dr. med. Dieter Mitrenga, Köln
Dr. med. Anja Mitrenga-Theusinger, Leverkusen
Dr. med. Manfred Pollok, Köln
Dr. med. Wilhelm Rehorn, Düsseldorf

Ersatzdelegierte

Dr. med. Robert Stalman, Moers
Dr. med. Jens Bolten, Düsseldorf
Dr. med. Erich Theo Merholz, Solingen
Dr. med. Sven Christian Dreyer, Düsseldorf
Rudolf Henke, Eschweiler

■ Fraktion „VoxMed“

Delegierte

Bernd Zimmer, Wuppertal
Birgit Löber-Kraemer, Bonn
Dr. med. Rainer Holzborn, Duisburg
Dr. med. Oliver Funken, Rheinbach
Dr. med. Christiane Friedländer, Neuss
Dr. med. Heiner Heister, Aachen
Dr. med. Carsten König, M. san., Düsseldorf

Ersatzdelegierte

Dr. med. Arndt Berson, Kempen
Dr. med. Hans Uwe Feldmann, Essen
Dr. med. Guido Marx, Köln
Dr. med. Jürgen Krömer, Düsseldorf
Dr. med. Helmut Gudat, Duisburg
Dr. med. Ansgar Stelzer, Stolberg
Dr. med. Timo Spanholtz, Köln
Dr. med. Dr. med. dent.
Lars Benjamin Fritz, MBA, Willich

■ Fraktion „Freie Selbstverwaltung“

Delegierte

Prof. Dr. med. Bernd Bertram, Aachen
Uwe Brock, Mülheim
Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen
Dr. med. Michael Hammer, Düsseldorf
Angelika Haus, Köln
Dr. med. Lothar Rütz, Köln
Fritz Stagge, Essen

Ersatzdelegierte

Dr. med. Patricia Aden, Essen
Eeva-Kristiina Akkanen-vom Stein, Wermelskirchen
Dr. med. Ernst Lennartz, Heinsberg

■ Fraktion „Freie Ärzteschaft“

Delegierte

Martin Grauduszus, Erkrath
Dr. med. Peter Loula, Düsseldorf
Dr. med. Catherina Stauch, Düsseldorf

Ersatzdelegierte

Wieland Dietrich, Essen
Christa Bartels, Kreuzau
Gerd Schloemer, Düren

Bei Ausfall einer/eines Delegierten tritt an deren/dessen Stelle die/der Ersatzdelegierte der jeweiligen Fraktion in der Reihenfolge der Nominierung