

MRSA im Krankenhaus – aus haftungsrechtlicher Sicht

1. Problemstellung

Infektionen, die Patienten im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären ärztlichen Behandlung erleiden (nosokomiale Infektionen), werden von den Betroffenen vermehrt nicht mehr als schicksalhaftes Ereignis hingenommen. Vorwürfe mangelnder Hygiene und hierauf zurückzuführende Gerichtsverfahren häufen sich. Die Patienten sind für das Thema inzwischen sensibilisiert. Zum einen dürfte dies daran liegen, dass sich in letzter Vergangenheit die Berichterstattungen in Presse und Fernsehen über Hygienemängel an Kliniken häufen, zum anderen lässt sich dies durch ein erhöhtes Anspruchsdenken des Patienten erklären, dass durch die Einhaltung von Hygieneregeln Infektionsübertragungen sicher vermieden werden können.

2. Rechtlicher Rahmen

Der Patient schließt mit dem Krankenhaus einen Behandlungsvertrag über die Erbringung stationärer Behandlungsleistungen. Gemäß § 630 a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Sowohl für die vertragliche als auch die deliktische Haftung kommt es daher maßgeblich auf die Frage an, wie sich der fachliche Standard definiert. Das Krankenhaus kommt seinen vertraglichen Pflichten im Hygienebereich jedenfalls dann nach, wenn es bei der Behandlung die zum Behandlungszeitpunkt allgemein anerkannten fachlichen Hygienestandards einhält.

Diese Hygienestandards leiten sich zum einen aus allgemein anerkannten, nicht gesondert definierten Sorgfaltspflichten ab, zum anderen aus solchen Vorschriften, die speziell für den Hygienebereich und auch für die Vermeidung von unerwünschten Infektionsübertragungen entwickelt worden sind. Insbesondere ergeben sich die rechtlichen Vorgaben aus dem IfSG, hier insbesondere aus § 23 IfSG. § 23 Abs. 1 IfSG bestimmt, dass eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) eingerichtet wird, die Empfehlungen zur Prävention von nosokomialen Infektionen und zu Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen abgeben. Im Übrigen finden sich verbindliche Vorgaben in den Landesverordnungen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und resistenten Krankheitserregern. Die Sorgfaltsanforderungen an die Hygiene im Krankenhaus werden insoweit maßgeblich von diesen Vorgaben geprägt. Das IfSG wird als Schutzgesetz im Sinne des § 823 Abs.2 BGB verstanden.

3. Beweisgrundsätze beim Vorwurf der Infizierung mit MRSA aufgrund eines Hygienemangels

3.1. Grundsatz: Vollbeweis des Patienten gemäß § 286 ZPO

Beim Vorwurf des Patienten, eine vermeidbare MRSA-Infektion erlitten zu haben, handelt es sich um den Vorwurf einer Verletzung der Behandlungspflichten aus dem mit dem Krankenhaus

abgeschlossenen Behandlungsvertrag. Hierbei kommen die Grundsätze der Arzthaftung zum Tragen. Das bedeutet, der Patient hat grundsätzlich sowohl den Sorgfaltspflichtverstoß im Zusammenhang mit Hygieneregeln und auch den darauf zurückzuführenden Schaden (die Infektion) zu beweisen. Die MRSA-Besiedelung im Krankenhaus ist nicht bereits „per se“ ein Behandlungsfehler. MRSA-Infektionen sind auch bei Beachtung der gebotenen hygienischen Vorsorge nicht immer vermeidbar.

3.2. Ausnahmen: Beweiserleichterungen für den Patienten

3.2.1. Voll beherrschbaren Risiken

Für die von der Rechtsprechung entwickelte Figur des voll beherrschbaren Risikos ist nur dann Raum, wenn der Keimträger und Überträger im Nachhinein eindeutig bestimmt werden kann. Stammt die Infektionsquelle nachweislich aus dem Bereich der Klinik, dann kommt der Grundsatz zur Anwendung. Vom Patient kann dieser Beweis häufig nicht erbracht werden. Im Übrigen bleibt der Patient selbst bei Anwendung des benannten Grundsatzes beweispflichtig für den auf den Sorgfaltsmangel zurückzuführenden Schaden.

Das Krankenhaus haftet selbst bei Annahme des voll beherrschbaren Risikos nicht, wenn es beweist, dass es alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen gegen von dem Personal der Klinik ausgehende vermeidbare Keimübertragungen getroffen hat. In diesem Zusammenhang ist auf die Vermutungsregelung des § 23 Abs. 3 Satz 2 IfSG zurückzugreifen:

„Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.“

3.2.2. Grober Behandlungsfehler

Der Patient kann Beweiserleichterungen hinsichtlich der Kausalität (Übertragung und Infizierung mit einem MRSA-Keim) dann in Anspruch nehmen, wenn gegen Hygienevorgaben in grobem Maße verstoßen wird, insbesondere wenn grundlegende Standards zur Vermeidung von Übertragungen von Keimen missachtet werden, z. B. intraartikuläre Injektion ohne Einhaltung der grundlegenden Hygienestandards, kein Auswechseln der Handschuhe vor Abstöpseln der Infusion nach einem vorher bei einem anderen Patienten durchgeführten Verbandswechsel oder Unterlassen einer Händedesinfektion vor invasiven Tätigkeiten.

3.2.3. Unterlassene Befunderhebung

Die KRINKO-Empfehlungen geben vor, bestimmte Risikopatienten bei Aufnahme ins Krankenhaus zu „screenen“ („risikoadaptiertes Aufnahmescreening“). Eine allgemeine Screening-Pflicht des Krankenhauses für jeden aufzunehmenden Patienten besteht aber (aktuell) nicht. Sofern ein Screening aus fachärztlicher Sicht angezeigt ist, kann eine unterlassene Screening-Maßnahme einen Befunderhebungsmangel darstellen.

3.2.4. Anscheinsbeweis für den Kausalverlauf

Der Anscheinsbeweis spielt im Hygienebereich eine eher untergeordnete Rolle, da mangels typischer Geschehensabläufe überwiegend keine Erfahrungssätze für typische Kausalverläufe gebildet werden können.

3.2.5. Dokumentationsmangel

Sofern für die Einhaltung der Hygienemaßnahmen eine Dokumentation geboten ist, kann eine Beweiserleichterung gemäß § 630 h Abs. 3 BGB vorliegen. Die Dokumentation und Kontrolle allgemeiner Hygieneregeln und –standards erfolgt nicht patientenbezogen oder in einzelnen Krankenakten, denn diese Dokumentationen sind aus medizinischer Sicht nicht geboten. Aus dem Unterlassen der Einträge kann daher nicht auf Unterlassen der Maßnahmen geschlossen werden. Anders kann dies bei fehlenden bzw. unzureichenden Hygieneplänen aussehen, die gemäß § 23 Abs. 5 IfSG vom Krankenhaus erstellt werden müssen.

4. Aktuelle Rechtsfragen

- Auswirkungen des Patientenrechtegesetz auf die Grundsätze zum voll beherrschbaren Risiko im Bereich der Hygiene?
- Einsichtsrecht des Patienten in Hygieneunterlagen des Krankenhauses
- Substantiierungspflicht des Patienten im Hygienefehlerprozess
- Rechtsqualität der KRINKO-Empfehlungen
- Verstoß gegen die KRINKO-Empfehlungen und die Vorgaben der Landesverordnungen zur Krankenhaushygiene per se ein grober Behandlungsfehler
- Bedeutung der Vermutungsregel des § 23 Abs. 3 S. 2 IfSG im Haftungsprozess
- Bedeutung der Dokumentations- und Bewertungserfordernisse nach § 23 Abs. 1 IfSG im Haftungsprozess

5. Weiterführende Literatur

Anschlag, Krankenhaushaftung - Beweiserleichterungen bei Hygienemängeln, MedR 2009, 513

Bergmann/Wever, Haftungsfragen bei MRSA-Infektionen, das Krankenhaus 2014, S. 153

Frahm, Hygiene - ein Haftungsproblem, RDG 2013, Sonderausgabe Nr. 1, S. 13

Lissel, Probleme der Krankenhaushygiene – aus rechtliche Sicht, ZMGR 2012, 84

Lorz, Kampf gegen Krankenhauskeime: Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, NJW 2011, 3397

Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 4. Aufl., S. 1635 ff.

Schulze-Zeu/Riehn, Die haftungsrechtliche Bedeutung des novellierten § 23 Infektionsschutzgesetz unter besonderer Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen in Krankenhäusern, VersR 2012, 1208

Walter, Beweislastverteilung beim Vorwurf einer Infektion wegen Hygienemängeln, MedR 2013, 294

BT-Drucks. 17/10488, Gesetzesentwurf zum Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, S. 27 ff.

BT-Drucks. 17/5178, Gesetzesentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, S. 17f.

6. Weiterführende Rechtsprechung:

Keine Haftung des Krankenhausträgers bei Infizierung der Operationswunde durch Keimträger aus dem Operationsteam, BGH, Urt. v. 8.1.1991 – VI ZR 102/90

Darlegungs- und Beweislast des Arztes nach den Grundsätzen vollbeherrschbarer Risiken bei einem Spritzenabszess des Patienten durch eine als Keimträgerin feststehende Arzthelferin, BGH, Urt. v. 20.3.2007 – VI. ZR 158/06

Beweislast des Arztes nach Feststellung eines groben Behandlungsfehlers durch Hygienefehler bei intraartikulärer Injektion, BGH, 8.1.2008 – VI. ZR 118/06

Haftung des Behandlers für eine MRSA-Infektion, OLG Hamm, Urt. v. 16.6.2008 – 3 U 148/07

Zur Beweislast bei Hygienefehlern, OLG Hamm, Beschl. v. 9.12.2009 – I-3 U 122/09

Infektion eines Diabetespatienten mit einem multiresistenten Erreger, OLG Naumburg, Urt. v. 12.6.2012, 1 U 119/11

Grober Behandlungsfehler bei MRSA-Infektion nach Außerachtlassung der Hygienevorschriften beim Abstöpseln einer Infusionskanüle, OLG Hamm, Urt. v. 8.11.2013 – 26 U 22/12

Darlegungs- und Beweislast des Patienten bei Befall mit einem multiresistenten Staphylococcus, OLG München, Urt. v. 6.6.2013- 1 U 319/13

Einsichtsrecht des Patienten in Niederschriften des Krankenhauses über Infektionen und Krankheitserreger, OLG Hamm, Urt. v. 05.04.2011 – 26 U 192/10

Dr. Dirk Liebold

Fachanwalt für Medizinrecht, Freiburg