



KRANKENHAUSHYGIENE AUS DER SICHT DES PATIENTENANWALTS



Dr. jur. Burkhard Kirchhoff

Weilburg an der Lahn

www.sepsisanwalt.de

Aufbau des Vortrags

- 1. Anwaltliches Vorgehen bei „Verdachtsfall“
Infektion**
- 2. Vorstellung von vier Fällen aus unserer Praxis -
Schwerpunkt „Antibiose-Organisation“**
- 3. Ausblick - Wie kann die Zahl der nosokomialen
Infektionen reduziert werden?**



Wie gehen wir vor, wenn ein Mandant uns beauftragt?

Strafanzeige statt Schlichtung – Warum ?

→ Schlichtung ungeeignet bei Infektionsfällen!

Landesärztekammern:

Gutachter aus Gebiet des Behandlers
- damit bei Infektionen ungeeignetes
Verfahren!



Sinn der Strafanzeige?

- An „**klinikerinterne**“ **Dokumente** zur Hygienequalität herankommen - Beschlagnahme der strukturellen Dokumentation nach InfSchG, MedprodG, Betreiberverordnung, Landeshygieneverordnung
- **Hygienemängel „finden“**
 - Ziel: Widerlegung der Vermutung des § 23 III, letzter Satz InfSchG: Die Einhaltung des medizinischen Standards der Hygiene wird nur vermutet, wenn die Krinko-Empfehlungen beachtet worden sind!
 - Folge: Beweislastumkehr zugunsten des Patienten – Haftung der Klinik für die Infektion!



- Bei Auftauchen der Staatsanwaltschaft nach Anzeige: Unterlagen zur „strukturellen Hygiene“ müssen tatsächlich existieren,

aber:

Selbst „elementare Basics“ der Hygiene sind keine Selbstverständlichkeit.



Welche Unterlagen zur strukturellen Hygiene lassen wir z. B. beschlagnahmen?

- Infektionsstatistik, § 23 Absatz 4, Satz 1 InfSchG - oft grob mangelhaft, nicht existent oder „Alibi-Statistik“ – KISS nicht ausreichend!
- „Bewertung“ des Antibiotika-Verbrauchs, § 23 Absatz 4, Satz 2 InfSchG: Sinn fraglich, aber Gesetz → Pflicht!

Sachgerechte „Schlussfolgerungen“ hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika gezogen? Wurden abzuleitende Präventionsmaßnahmen dem Personal gegenüber geschult?



Beschlagnahme von Unterlagen nach Landesrecht



Hygiene-Verordnung NRW:

Schlampig erstellt, Wirksamkeit teilweise fraglich - widerspricht Bundesrecht !

→ Beispiel: § 2 HygMedVo NRW: „Träger“ hygienisch verantwortlich - Grober Unsinn! Gemäß § 23 Absatz 3 InfSchG sind die „Leiter“ der Kliniken für die Einhaltung der Hygiene-Gesetze verantwortlich!



Beschlagnahme der Protokolle der Hygienekommission, § 3 HygMedVo NRW

- Sitzungen der Hygienekommission regelmäßig durchgeführt? Themen?
- Teilnehmer der Hygienekommission gesetzeskonform i.S.d. § 3 I 1 HygMedVo NRW?
- Beteiligung der Hygienekommission bei Baumaßnahmen gem. § 3 II Ziffer 4. HygMedVo NRW?



§ 4 III Ziffer 10. HygMedVo NRW

Nach dieser erneut unklaren Landesnorm haben Hygienefachkräfte „*bei der Fachaufsicht über die Bettenaufbereitung mitzuwirken*“.

Weltweites Problem: „Mismatch“
bei der Bettenaufbereitung!



Nicht ordnungsgemäß aufbereitete Betten können bei abstrakter Patientengefährdung den Verdacht eines VERBRECHENS begründen - §§ 40 I, III 1, 14 S. 2 MedprodG!!



§ 7 HygMedVo NRW – Informationspflichten der Klinikleitung gegenüber dem Personal gewahrt?

Wurde das Personal **geschult** und **mindestens einmal jährlich** belegbar über Änderungen der Hygienepläne informiert? Wurde dies dokumentiert?

Dieser Satz im Intranet einer Klinik reicht nicht:

"Jeder hat ausreichend Zeit für die Hygiene und wer die Hygiene nicht einhält, erhält sofort eine Abmahnung".



Wir prüfen über die Strafverfahren auch, ob....

1. die Hygienepläne gesetzeskonform sind

→ vgl. § 3 II, Ziffer 1. HygMedVo NRW: „Die Hygienekommission hat... darauf hinzuwirken, dass Hygienepläne so aufgestellt werden, dass geregelt wird, welche Vorgaben zur Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von ... Infektionen unter Einbeziehung therapeutischer Maßnahmen einzuhalten sind.“

Diese Norm wieder sprachlich nicht zu verstehen, da unklar, ob für NRW stations- und risikobezogene Hygienepläne im Streitfall vorzeigbar sein müssen!

→ Anregung: Hygienepläne mit **allgemeinem** Teil und **risikospezifischem** Teil analog § 5 Hessische HygVo fassen:

„Die Hygienepläne müssen differenziert beschriebene, auf die jeweilige Einrichtung und ihre Funktionsbereiche abgestimmte und verbindliche Vorgaben mit konkreten Handlungsanweisungen für alle hygienerlevanten Funktionsabläufe beinhalten“.



2. die Arbeitsverträge des involvierten Personals rechtmäßig sind - ausreichend Zeit für Hygiene?

Lehre aus Ausbrüchen,
z. B. Bremen Mitte: Hygiene
geht nicht so „nebenher“!



Riskant: Hygienebeauftragter Arzt ohne Zeit!



Die Fälle: Schwerpunkt Antibiose - wichtiger Problembereich:

FALL I – Landgericht Lüneburg

Aktenzeichen: 2 O 442/08

Pannen bei der Antibiotikatherapie - kleiner Fehler, große
Wirkung

Patient litt nach einer Bypass-OP an **Fieber, Atemnot, Lungenödemen.**

Verdacht auf **Pneumonie.**



Es folgte das „antibiotische Chaos“:

- Gabe von Zienam 2 x 1 Gramm
- Coli-Bakterien in der Kultur
- Antibiose weiter 2 x 1 Gramm Zienam
- Stabilisierung, Entfieberung
- Reduktion Zienam auf 1 x 1 Gramm, Gentamycin, Cefazolin



Fieber über 40 Grad, Beatmung 100 % - Gabe weiterer, verschiedener Antibiotika

- Gabe von Zienam 1 x 1 Gramm
- Später Gabe von Zienam 2 x 500 Milligramm

Eine Woche später verstarb der Patient nach einer fulminanten Sepsis!



KLAGE DER WITWE

- Volle Haftung der Klinik -

- Warum?

Zienam wurde unzureichend dosiert (Gal. von 2 x 1 Gramm oder 2 x 500 Gramm)

- „Die notwendige Wirkstoffkonzentration war mit dieser Dosierung nicht erreichbar“ - Zienam mit 3 x 1 Gramm oder 2 x 500 Gramm zu geben.

Der Patient blieb bei 100 Grad für 6 Stunden unbehandelt - Sepsis!

- Zusätzlicher Fehler: Kombi-Therapie mit Vancomycin bei Wahrscheinlichkeit einer Staph-Infektion.
- Sachverständiger: „Das kann passieren.“ Fehler keine „groben“ Fehler.

Das Gericht nahm zurecht einen groben Fehler an - **Beweislastumkehr und volle Haftung!**

Richtiges Urteil!!!



FALL II – Landgericht Offenburg

Aktenzeichen: 3 O 381/15

Haftung wegen verzögerter Befunde!

PROBLEM:

- Verzögerte Abstrich- und Blutergebnisse! Sie verschwinden, kommen nicht an, werden nicht weitergegeben.
- Infektiologisch kontraproduktive Dezentralisierung der Labors aus Kostengründen.

FOLGE:

Erhöhte Risiken für Patienten!



FALL II – Junger Fußballer nach Sprunggelenksoperation

- Schmerzen und Schwellung nach der OP sowie erhöhtes CRP
- Schmerzmittel?!
- Dann sehr starke Schmerzen, CRP und Leukozyten massiv weiter gestiegen - Breitbandantibiotikum (*„hilft“ scheinbar immer*)
- Abstrich von „dickflüssigem Sekret“ am 23.04.2012 – an externes Labor!
- Endbefund Labor am 26.04.2012 „reichlich Staphylococcus aureus“
- „Blinde“ Umstellung der Antibiose am 27.04.2012
- **Klinik nimmt den wegweisenden Befund vom 26.04.2012 erst am 30.04.2012 zur Kenntnis!**



Landgericht Offenburg:

Aktenzeichen: 3 O 381/15

Volle Haftung der Klinik!

Warum?

- Nach Abstrich vom 23.04.2012 und Endbefund vom 26.04.2012 erfolgte eine geeignete Antibiose erst am 02.05.2012! Gründe egal!
- Die Klinik und die Behandler hätten beim Labor von sich aus nachfragen müssen - Organisationsverschulden - Ärztliche Pflicht zur Nachfrage!!
- Übertragungsfehler oder Verschwinden von Befunden entlastet nicht! Volle Haftung für lebenslange Folgen – Volltext abrufbar unter sepsisanwalt.de.



Landgericht Offenburg:

Aktenzeichen: 3 O 381/15

Volle Haftung der Klinik!

Tipp:

- Kliniken brauchen eine Organisationsstruktur, die vermeidbare Verzögerungen bei mikrobiologischen Befunden ausschließt.
- Schriftliche Festlegung wie Befunde unter Fristenüberwachung gestellt werden und nachweisbare Schulungen!
- Digitalisierung erhöht Sicherheit! EDV schlägt zuverlässig Alarm!
- Problem: Befundeingang nach Entlassung: Späte Befunde nachträglich zugangsfest mitteilen!



FALL III - Der Fall „Ottmar K.“

- **Bypass-OP am Oberschenkel in „medial zur Hygiene in der Vergangenheit aufgefallener“ Klinik - Nachweis von Staph. aureus am 31.08.2009 in der Blutkultur!**
- **Ärztliche Anordnung: Ceftriaxon – zweimal täglich!**
- **Die Umsetzung dieser ärztlichen Anordnung auf der Station sah so aus:**



Datum und Krankheitstag

Kursen-Nr. 11

	20.08	31	1.09	2	3	4
Medikamente						
ASS 100	0-1-0	0-1-0	0-1-0			
Plavix 75	1-0-0	1-0-0	1-0-0			
Torasemid 10	0-1-0	0-1-0	0-1-0			
Simvastatin 20	0-0-1	0-0-1	0-0-1			
Kelex gel	1-0-1	1-0-1	1-0-1			
Griseofulvin 5	1-0-1	1-0-1	1-0-1			
Amoxicillin 10	1-1-0	1-1-0	1-1-0			
Leclorin 100			1-0-0			
Novaminvalon	2x 10 Tropfen		3x 20 Tropfen			
Clotans 0,3	0-0-1	0-0-1	0-0-1			
25000 I.E. Heponat	2x 10 Tropfen	2x 10 Tropfen	2x 500			
Infusoren						
Pictophane	0-0-0-1816		0-0-0-1816	0-0-0-		
Hektrophane n. 02 (Anpauweg)						
Dr. Beck 2 N. Euvipon				1/2 Tbl Zoldax		



Datum und Krankheitstag

Sept. 2017

Kurven-Nr.: 11

Medikation

Infusionen

Medikation	05	06	07	08	09	10
ASS 100	0-1-0		0-1-0			
Ticlix 75	1-0-0		1-0-0			
Toussend 10	0-1-0		0-1-0			
Siwäherol 20	0-0-1		0-0-1			
Betolozok	1-0-0		1-0-1			
Evahecol 5	1-0-1		1-0-1			
Analgetikum 10	1-1-0		1-1-0			
<u>Estheron 20</u>	1-0-0					
Clonidine 0,3 mg	0-0-1		0-0-1			
Positrophon 100	0-0-0-0		0-0-0-0			
Aspirin nach Anweisung						
Norduracil	3 x 20 Tropfen		3 x 20 Tropfen			
b.B. z.N. Euvemium		12-10ml/dem				



- **Nach Sepsis-Tod des Patienten klagen wir vor dem zuständigen Landgericht:**
- **Gutachter (Leiter einer infektiologischen Intensivstation) sieht kein kapitales Versäumnis bei der Antibiose: Gabe sei mindestens „sechs mal“ erfolgt – Abweichung von Leitlinien sei vertretbar bei „begründeter Annahme des Therapieerfolgs“ - Quatsch!**



**Der Gutachter schlampfte, war in der Spalte verrutscht:
Gabe erfolgte drei bis maximal viermal – Antibiose schlicht
mehrfach (!) vergessen:**

Patient tot !



Wir fragen uns: Wie kann es sein, dass wir bei Patienten so häufig kapital falsche Antibiosen erleben?

Tipp:

Klinken sollten für alle Stationen zweifelsfrei und belegbar organisatorisch sicherstellen, dass septische Patienten oder Patienten mit Keimnachweis in der Blutkultur die angeordnete Antibiose auch tatsächlich erhalten!!



FALL IV - Der Fall Herbert M.

Antibiotika und der kardiologische Chefarzt

- Neue Bio-Aortenklappe am 12.07.2016
- Erstmals am 30.07.2016 Nachweis von Enterokokken in der Blutkultur
- Weitere 6 Nachweise bis zum 04.11.2016 bei überwiegend kurzen, oralen Antibiosen
- 10.11.2016: Gespräch mit der kardiologischen Koryphäe: „Mit meinem Latein am Ende“.

Zustand des Patienten bei Entlassung durch den Chefarzt der Herzklinik am 12.11.2016 schlecht - **bei Fieberschüben folgender Endbefund:**



Zuständiger Chefarzt:



- „Komplikationsloser Verlauf“
- „Eine Protheseninfektion kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden“.
- Therapie-Empfehlung: „Konservatives Procedere“



- **Patient konsultiert Tropeninstitut Hamburg - richtige Entscheidung**
- **Tropeninstitut, Befund nach 40 Minuten: Schwere Endokarditis - grob unzureichende Antibiose**
- **Therapieempfehlung: Hochdosierte sechswöchige, intravenöse Kombinations-Antibiose**
- **Problem: Einzelne Kardiologen, Chirurgen, Orthopäden unterschätzen die Gefahr von Blutstrom- und lokalen Infektionen.**

Deshalb: Der Facharzt für patientennahe Infektiologie muss kommen!



Was muss sich in Deutschland aus Sicht eines Patientenanwalts ändern, wenn die Zahl von aktuell 1,2 Millionen Infektionen

– nicht 400.000 bis 600.000 wie die Regierung, das Robert-Koch-Institut und bis vor einigen Jahren sogar die DGKH meinen –

reduziert werden soll ?

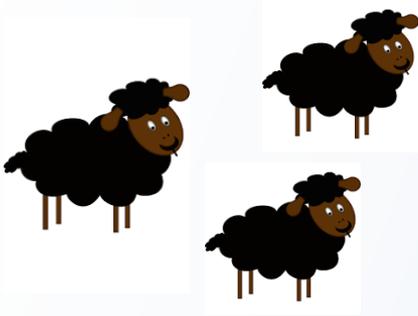


Kardinalproblem:

Deutschland hat gute Hygienegesetze und alle Kliniken behaupten, diese 1:1 umzusetzen,

ABER:

Die Einhaltung der Gesetze wird grob unzureichend kontrolliert - schwarze Schafe haben noch immer ein leichtes Spiel.



Deutschland hat ein massives
Kontroll-Defizit!



DESHALB:

1. Etablierung einer **Task Force für Krankenhaushygiene**
2. Schaffung von **Schwerpunktstaatsanwaltschaften** für Klinikhygiene und Sepsis – Justiz versagt und hat gelegentlich „blutige Hände“ - Präventionswirkung und Abschreckung durch die Justiz sind unzureichend (z. B. Fall Mannheim)
3. Neuer Facharzt: **Facharzt für patientennahe Infektiologie**
4. **Eingangsscreening auf MRSA sowie nachfolgend 3 und 4 MRGN-Erreger** für alle Patienten bei planbaren Eingriffen
5. Antibiotika nur nach Verschreibung aufgrund eines **Antibiogramms oder schriftlicher, ärztlicher Begründung**





**DANKE
FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT!**

