

PRAXISHYGIENE // Im ersten Teil unserer Artikelreihe (zu lesen in *DENTALZEITUNG* 5/2019) schilderte der Autor, wie durch gewissenhaftes Hygienemanagement angemessene Vorkehrungen getroffen werden, um Behandlungsfehlervorwürfe oder Haftungsansprüche zu vermeiden. In dieser Ausgabe stehen nun die Fragen von Beweislast und Haftung im Vordergrund.

GEWISSENHAFTE UND LÜCKENLOSE HYGIENEDOKUMENTATION ALS WICHTIGSTER SCHUTZ VOR HAFTUNG

Dr. Jens Hartmann/Würzburg

Im Schadensfall muss der Patient zunächst das Vorliegen eines vorwerfbaren Behandlungsfehlers des Zahnarztes und anschließend einen auf diesem Behandlungsfehler unmittelbar kausal beruhenden Gesundheitsschaden darlegen und beweisen. Die an sich einleuchtende Pa-

tientenaussage, man habe infektionsfrei die Behandlung begonnen und sei nach der Behandlung infiziert, reicht zu einer Haftungsbegründung nicht aus.

Damit scheint die Hygiene im rechtsfreien Raum zu schweben – es sei denn, ein Hygienemangel lässt sich ausnahms-

weise einem voll beherrschbaren Risikobereich zuordnen. Das ist dann der Fall, wenn ein Keimträger im Operationsteam oder in der Pflege eindeutig identifizierbar ist. Die Anforderungen an die diesbezügliche Darlegung werden dabei hoch angesetzt und erfordern das Vorliegen konkreter Anhaltspunkte für Hygienemängel.



Die Infektionsquelle entstammt dem Praxisbereich

Sofern feststeht, dass die Infektionsquelle aus dem Praxisbereich herrührt, ist dies für den Patienten „positiv“, denn aus diesem Umstand kann häufig geschlossen werden, dass ein Hygienemangel vorliegt. Dem Patienten kommt hier die Beweiserleichterung des „voll beherrschbaren Risikobereichs“ oder, anders ausgedrückt, wegen eines „feststellbar aus der Sphäre des Behandlers kommenden Risikos“ zugute.

Dies sind im Rahmen der Behandlung Bereiche, bei denen Erfolg und Misserfolg der zahnärztlichen Maßnahme nicht mehr von der körperlichen Konstitution des Patienten mit allen seinen Unwägbarkeiten abhängen, sondern von anderen Dingen,



die dem beherrschbaren Risikobereich des Zahnarztes zuzurechnen sind, wie beispielsweise die Anwendung technischer Geräte. Steht ein solcher Mangel fest, führt dieser im Hinblick auf den Behandlungsfehler zu einer Beweislastumkehr zugunsten des Patienten: Es wird nun zunächst davon ausgegangen, dass ein solcher Fehler vorliegt und es Sache des Arztes ist, sich zu entlasten und den Nachweis zu erbringen, dass z.B. das defekte Gerät stets ordnungsgemäß gewartet worden ist und der Gerätedefekt nicht auffallen konnte (MPBetreibV, STK, MTK, TRBA 250).

Diese Beweiserleichterung zugunsten des Patienten wegen des „voll beherrschbaren Risikobereichs“ kommt diesem auch im Hygienebereich zugute, denn Organisation, Koordination und technische Vorkehrungen in Hygienefragen können in diesem Sinne durchaus „voll beherrschbar“ sein. Dabei muss ein Verstoß nicht erst zu einem Schaden führen, sondern die strafbewehrte Deliktfähigkeit resultiert bereits in Kenntnis der Unzulänglichkeit, ohne dass Maßnahmen zu deren Abschaffung oder Unterlassung einer Behandlung erfolgten. In diesem Falle ist von grober Fahrlässigkeit bis Vorsatz auszugehen.

Nach § 13 MPBetreibV in Verbindung mit § 42 Abs. 2 Nr. 16 MPG handelt der Betreiber bereits auch dann ordnungswidrig, wenn er in Kenntnis ungeeignete Personen mit der Instandhaltung von Medizinprodukten beauftragt (KRINKO 20121001 Anlage 6 – Wer darf konkret freigeben?) oder diese selbst nicht ordnungsgemäß ausführt. Dabei sind die Herstellerangaben nebst KRINKO/ART zu beachten und ggf. nach den anerkannten Regeln von Wissenschaft und Technik dem aktuellen Wissens- und Kenntnisstand anzupassen (= Betreiberpflichten u.a. gemäß § 4 MPBetreibV).

Wer die Gefahr einer Infektion setzt, den trifft das ganze Instrumentarium der Beweisverschärfung (Reichsgericht aus dem Jahre 1932 in Zivilsachen RGZ 165, 336). Eine solch kontrollierte, „hygienische“ Versorgung und Vorgehensweise ist seitdem von der Rechtsprechung als Behandlungsstandard fortgeschrieben worden.

Beweislastumkehr bei Verstoß gegen Vorgaben

Der Bundesgerichtshof hat in ständiger Rechtsprechung ein Abweichen von den geltenden Richtlinien oberster Bundes-

behörden als haftungsbegründend im Schadensfall bewertet, d.h. wenn der Verantwortliche (Betreiber) im Schadensfall nicht nachzuweisen vermag, dass der eingetretene Schaden auch bei Beachtung dieser Vorschriften eingetreten wäre (BGHZ Bd. 114, S. 273, 276). Die Richtlinien der obersten Bundesbehörden gelten verfahrenstechnisch somit als antizipierte Sachverständigengutachten zum aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik (BGHZ Bd. 103, S. 338, 341) und dürfen als bewiesen gelten.

Es ist dann Sache der Behandlerseite, den Gegenbeweis anzutreten, dass sie bezüglich des Hygieneproblems im konkreten Fall keine Verantwortung trifft, da beispielsweise alle erforderlichen Vorkehrungen zur Vermeidung einer Infektion getroffen wurden.

Im Rahmen einer gerichtlichen Auseinandersetzung wird der medizinische Sachverständige daher nicht nur mit der Beantwortung der Frage beauftragt, ob ein Hygienefehler vorliegt, sondern auch mit der Auswertung der Unterlagen der Praxis zur Hygienevorsorge, beispielsweise der vollständigen, nachvollziehbaren und nachprüfbareren Hygienedokumentation. Ist diese Dokumentation „unergiebig“ oder unvollständig, scheidet die Ent-



lastung und das Gericht hat vom Vorliegen eines Fehlers im Hygienebereich auszugehen – „Was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht.“

Der Betreiber einer Praxis hat den allumfassenden Hygieneschutz dabei dokumentarisch transparent für den Zeitraum der im Zivilrecht geltenden Fristen bis zu 30 Jahren ab Verjährungsbeginn zu gestalten (BGH, NJW 1991, S. 1948 ... 18 U 198/77 in: NJW 1978, S. 1690f.).

Bei Verstößen gegen Hygienestandards führt deren Aufdeckung somit fast automatisch zur Haftung des Zahnarztes. Wenn in der Praxis gegen geltende Hygienestandards verstoßen wird und die Infektion des Patienten daher vermeidbar gewesen sein könnte, wird diesem die Durchsetzung seiner gegen die Praxis und/oder den Zahnarzt erhobenen Ansprüche erleichtert (PatRG).

Der klagende Patient muss nunmehr „nur“ noch drei Tatsachen darlegen: dass die Infektion aus dem Bereich der Praxis hervorgegangen ist, dass sie bei Einhaltung von Hygienestandards vermeidbar war und dass die Hygienestandards nicht eingehalten worden sind. Das an sich von ihm zu beweisende Verschulden wird bei Verstoß gegen Hygienestandards zu seinen Gunsten vermutet, sofern sich die Praxis und/oder der Arzt nicht entlasten kann (sog. Vermutungswirkung). Insofern

kommt einer umfangreichen und lückenlosen Dokumentation besondere Bedeutung zu.

Beweiserleichterung aufgrund Abweichung von Hygieneleitlinien

Für den Fall, dass die Infektionsquelle nicht feststellbar ist, kann der Patient vortragen, bei der Behandlung seien Hygieneleitlinien verletzt bzw. nicht adäquat angewandt worden. Dies setzt allerdings Kenntnis vom konkreten Verlauf der ärztlichen Maßnahme voraus.

Ärztliche Leitlinien haben an sich keine Auswirkung auf die Beweislast. Daher kann bei einem Abweichen von Leitlinien nicht a priori davon ausgegangen werden, der Arzt habe insoweit fehlerhaft gehandelt und müsse sich nun entlasten. In der juristischen Praxis gilt dies allerdings fast grundsätzlich nicht für Hygieneleitlinien (wie beispielsweise Empfehlungen der KRINKO/ART).

Hygieneleitlinien sind als medizinisch und rechtlich verbindlich einzuhalten, wenn ihr Inhalt für eine konkrete Behandlung dem aktuellen medizinischen Standard entspricht – was bei Hygieneleitlinien regelmäßig der Fall ist. Anders ausgedrückt: Die Einhaltung der fachärztli-

chen Standards wird vermutet, wenn die Empfehlungen der KRINKO und ART des Robert Koch-Instituts beachtet werden. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Bei Nichtbeachtung der Empfehlungen ist der gebotene hygienische Standard nicht gewahrt, was einen haftungsrelevanten Organisationsfehler des Betreibers darstellt.

Da im Haftungsprozess der anzuwendende Standard regelmäßig durch Sachverständigengutachten bestimmt wird, muss der Gutachter zur Frage der „Beherrschbarkeit“ des Infektionsrisikos Stellung beziehen und seine Feststellungen für das Gericht nachvollziehbar begründen.

Die KRINKO-Empfehlungen (gemäß IfSG für alle Einrichtungen medizinischer Art) nehmen insbesondere zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene, dem Hygienemanagement sowie den Methoden zur Erkennung, Erfassung, Bewertung und der gezielten Kontrolle von nosokomialen Infektionen Stellung. Der Gerichtssachverständige wird im Prozess deshalb diese Empfehlungen dem als vom Betreiber objektiv geschuldeten Hygienestandard zugrunde legen.

Wird dieser Standard nachweislich unterschritten und kommt es deshalb zu einer Schädigung des Patienten, gilt dies juristisch als „voll beherrschbares Risiko“,



Digitalen Workflow
kennenzulernen und als
KaVo Kunde zuzusätzlich
bis zu **10.000 €**
Treuerabatt auf die 3D
Röntgensysteme
sichern.



Weitere Informationen unter:
<https://www.kavo.com/de/workflow>

WOW!!!

Das gab's noch nie!

welches der Sphäre des Praxisbetreibers zuzuordnen ist. Der zur Verteidigung notwendige Entlastungsbeweis geht bei Unterschreitung des Standards ins Leere. Ärztlicherseits wäre in diesem Fall zu beweisen, dass ihr Abweichen von der Leitlinie nicht fehlerhaft war. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn das Abweichen neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht oder es wegen weiterer Erkrankung notwendig war. Hierüber erfolgreich Beweis zu führen, ist indes äußerst schwierig.

Beweiserleichterung aufgrund Befunderhebungsfehler (Screening)

Diese Beweiserleichterung zur Kausalität benötigt der Patient nicht, wenn ohnehin der festgestellte Screening Fehler oder das fehlerhafte Abweichen von den Leitlinien oder ein sonstiges Hygieneversäumnis des Arztes grob behandlungsfehlerhaft war.

Beweiserleichterung aufgrund Aufklärungspflichtverletzung

Jeder Eingriff bedarf bekanntlich der vorherigen Aufklärung über die mit ihm verbundenen Risiken, wobei über das all-

gemeine Wundrisiko bekanntlich nicht aufgeklärt zu werden braucht, da dieses jedem Laien auch ohne spezielle Erläuterungen geläufig ist. Etwas anderes gilt hingegen dann, wenn ein spezifisches Wundinfektionsrisiko aufgrund einer konkreten körperlichen Situation vorliegt. So bejaht die Rechtsprechung eine besondere Aufklärungspflicht aufgrund einer speziellen Risikokonstellation, wenn eine Erhöhung in Form einer Diabetes- und einer Rezidivoperation gegeben ist. Hier ist von einem besonderen aufklärungspflichtigen Infektionsrisiko auszugehen. Auch für den Fall einer langjährigen Einnahme von Cortison wird von einem erhöhten Risiko für eine Wundheilstörung und Wundinfektion ausgegangen, die von der allgemeinen Aufklärung bezüglich Wundheilungsstörungen nicht mehr erfasst ist.

Organisationshaftung aufgrund unzureichender Hygieneprävention

Sehr viele Empfehlungen des RKI – insbesondere zur Desinfektion der Hände – sind inzwischen weitestgehend umgesetzt worden. Bei den hygienischen Präventionsmaßnahmen handelt es sich rechtlich um Bereiche, die der Organisationsverantwortung des Praxisbetreibers

zuzuordnen sind. Im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements, zu dem alle Leistungserbringer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet sind, müssen die jeweiligen Leistungen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Mangelhaftes Hygienemanagement ist rechtlich daher als Organisationspflichtverletzung zu werten. Hierbei handelt es sich um eine zweite, eigenständige Anspruchsgrundlage des Patienten im Haftungsprozess. Bei Inanspruchnahme wegen eines Organisationsmangels muss die Praxis Organisation und Einhaltung von Hygienemaßnahmen darlegen und beweisen.

Fazit

Um die Beweislast für Patienten im Hygienebereich steht es also gar nicht so schlecht, denn es hat sich viel zugunsten der Beweisführung für Patienten getan. Die Rechtsprechung neigt zunehmend dazu, dem Patienten die eine oder andere Beweiserleichterung zuzubilligen, wie beispielsweise über den „voll beherrschbaren Risikobereich“, aufgrund Fehler bei der Hygienesokumentation, über Befunderhebungsfehler sowie den groben Behandlungsfehler. Führt auch das nicht zu



einer Haftung, bleiben noch die Gesichtspunkte der Haftung aus nicht indiziertem Eingriff, unzureichender Aufklärung oder fehlerhafter Behandlung der eingetretenen Infektion.

Sobald jedoch der Infektionsfall dem hygienisch beherrschbaren Bereich zuzuordnen ist und sich damit ein Risiko verwirklicht hat, das durch den Klinikbetrieb bzw. den (Zahn-)Arzt gesetzt wurde und durch sachgerechte Organisationen objektiv vermeidbar war, kommt dem Patienten eine enorme Beweiserleichterung zugute, die faktisch einem gewonnenen Prozess gleichkommt.

Der Entlastungsbeweis, dass alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen gegen vom Personal, der Klinik oder Praxis ausgehende vermeidbare Keimübertragungen getroffen waren, dürfte kaum je gelingen. Deshalb ist nach einem eingeführten QM mit den entsprechenden Anweisungen (SAA/SOP) und regelmäßigen Mitarbeiterschulungen (mindestens einmal jährlich) eine lückenlose Dokumen-

tation aller Verfahrensschritte auch bei der Aufbereitung unumgänglich. Personaltechnisch ist dies allerdings ohne entsprechende computerbasierte Unterstützung einer gerichtsanerkannten, manipulationsgeschützten Echtzeitdokumentation kaum mehr möglich.

Zum Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten wurde und wird alles Erdenkliche getan, verbunden mit steigenden Investitionen und Personalausgaben, d.h. enormen Zusatzbelastungen für den Betreiber.

Es steht außer Frage: Mangelnde Hygiene birgt Gefahren für Patienten, Anwender und Dritte, für den Betreiber ernstliche juristische und monetäre Konsequenzen. Leider mangelt es den zuständigen Behörden in diesem Falle an der Einsicht, dass gesteigerte Anforderungen in der Umsetzung auch betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben, was in Vertragsverhandlungen entsprechende Berücksichtigung finden sollte (bzw. eigentlich in der Vergangenheit bereits hätte finden müssen)

und Entscheidungen oftmals erleichtern, aber vor allem beschleunigen würde.

Dazu ist es aber ebenso wichtig, nochmals auf die Anlage VI der KRINKO 2012-10-01 hinzuweisen, den Nachweis der erforderlichen Fach- und Sachkunde des in der Hygiene bzw. Aufbereitung eingesetzten Personals. Der Betreiber kann noch so gut dokumentieren oder ausgestattet sein – wenn der Nachweis der entsprechenden Kenntnisse nicht vorhanden ist, wird das als ein Verstoß gegen das Gesetz gewertet. Doch leider ist dieser Umstand, verbunden mit den regelmäßigen Auffrischungen der dafür Zuständigen im Bereich Aufbereitung, noch nicht so bei den Betreibern angekommen.

DR. JENS HARTMANN

Zahnarzt

Dr_Jens.Hartmann@KabelMail.de

ANZEIGE

OccluSense® by Bausch.

Die Zukunft der Occlusionsprüfung.



Setzen auch Sie ab sofort auf das preisgekrönte OccluSense®-System:

- 60µ dünne, flexible Drucksensoren erfassen die statische sowie die dynamische Occlusion in 256 Druckstufen
- Datenübertragung an die OccluSense®-iPad-App per WLAN-Netzwerk
- Ergonomisches Design für intuitive Handhabung
- Rote Farbschicht markiert zusätzlich die occlusalen Kontakte auf den Zähnen Ihres Patienten



WE MAKE OCCLUSION VISIBLE®

Dr. Jean Bausch GmbH & Co. KG | Oskar-Schindler-Straße 4 | 50769 Köln
 Telefon: 0221-70936-0 | Fax: 0221-70936-66 | info@occlusense.com | www.occlusense.com

Bausch and OccluSense are trademarks of Dr. Jean Bausch GmbH & Co. KG registered in Germany and other countries.
 Apple and iPad are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries.

Mehr Infos:
www.occlusense.com
 und YouTube



Gefördert durch:
 Bundesministerium
 für Wirtschaft
 und Energie
 aufgrund eines Beschlusses
 des Deutschen Bundestages