

Staphylokokkeninfektion. Mitteilungspflicht der Klinikleitung an die Chefarzte. Entstehung eines groben Behandlungsfehlers
OLG Oldenburg, Urteil vom 3.12.2002, AZ: 5 U 100/00

Grund- und Teilurteil:

Auf die Berufung der Kläger wird das Urteil der 8. Kammer des Landgerichts Oldenburg vom 9.6.2000 abgeändert:

- Die Klage gegen die Beklagten zu 1) und 2) ist dem Grunde nach gerechtfertigt. Die Klage gegen die Beklagten zu 3) bis 6) wird abgewiesen.
- Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten zu 3) bis 6) zu tragen.
- Der Rechtsstreit wird zur weiteren Verhandlung und Entscheidung über die Höhe des Klageanspruchs gegen die Beklagten zu 1) und 2) an das Landgericht Oldenburg zurückverwiesen, der auch die Entscheidung über die Kosten im Übrigen vorbehalten bleibt.

Medizinischer Sachverhalt:

Am 8.3.97 wurde eine schwangere Frau stationär aufgenommen und am 9.3.97 durch Kaiserschnitt entbunden. Nach unauffälligem Verlauf trat am Morgen des nächsten Tages vorübergehend Fieber auf. Darüber hinaus war eine Leukozytose nachweisbar. Nach Entfernung der Redondrainage kam es zu einer Nachblutung, die mehrfach im Verlauf des Tages einen Verbandswechsel erforderlich machte. Am frühen Nachmittag stellten sich hypotone Blutdruckwerte ein, die mit Tachykardien verbunden waren. Die Patientin klagte überdies über Kreislaufprobleme. Am frühen Morgen des 11.3.97 war ein weiterer Abfall des Hb-Gehaltes des Blutes auf 7,2 g% eingetreten. Eine Ultraschall-Untersuchung bestätigte am gleichen Tage den Verdacht einer Nachblutung. Bei einer Operation wurde ein 5 cm dickes Hämatom entfernt. Zudem wurde der Verdacht auf das Vorliegen einer Sepsis geäußert. Die kurz zuvor eingeleitete Antibiotikatherapie wurde ergänzt. Aufgrund einer intraoperativ eingetretenen

Schocksymptomatik musste die Patientin auf die Intensivstation verlegt werden. Am Morgen des nächsten Tages, dem 12.3.97, fanden sich deutliche Zeichen einer Entzündung der Bauchdecken. Wegen des Verdachts einer Sepsis der Bauchdecken war eine erneute Revisions-Operation indiziert, die wegen des schlechten Zustandes der Patientin auf der Intensivstation stattfand. Die Operateure fanden gräulich-infiltrativ verändertes Subcutangewebe sowie schmierige Beläge im Bereich des Rectus abdominus vor; der gesamte Bauchraum musste revidiert werden. Von einer Entfernung der Gebärmutter als möglichem Infektionsherd nahm der Operateur Abstand, nachdem er sich mit seinem Vorgesetzten abgesprochen hatte. Am 13.3.97 wurde Frau T. dann in ein Schwerpunktkrankenhaus der Maximalversorgung verlegt, wo ein septischer Uterus bei einer kreislaufinstabilen Patientin bei septischem Schock diagnostiziert wurde. Trotz intensiv medizinischer Bemühungen konnte dort eine durchgreifende Verbesserung des Zustandes der Patientin nicht mehr erreicht werden. Am 8.6.97 verstarb die Patientin.

Lt. Obduktionsprotokoll vom 22.7.97 war von einem Multiorganversagen bei septischem Schock nach Sectio caesarea als Todesursache auszugehen.

An den Operationen der o. g. Patientin am 9.3. und 11.3.97 war jeweils einer der Beklagten als Springer beteiligt, um den Ärzten die Operationswerkzeuge anzureichen. Dieser war erst wieder am 19.2.97 im Operationsteam tätig geworden. Nachdem es bereits im Dezember 1996 zu einer Streptokokkeninfektion im Krankenhaus der Beklagten gekommen war, waren dort Anfang Februar 97 erneut mehrere derartige Infektionsfälle zu verzeichnen gewesen. Der o. g. Springer war aufgrund eines am 5.2.97 abgenommenen Rachenabstriches als Träger der Streptokokken der Gruppe A erkannt und am 7.2.97 aus dem Operationsteam herausgenommen worden. Anschließend hatte er sich einer Penicillintherapie unterzogen. Kontrolluntersuchungen in Form von Rachenabstrichen am 11.2., 14.2. und 7.3.97 zeigten ein negatives Ergebnis, wobei das La-

bor das Ergebnis des Rachenabstriches vom 7.3.97 am 10.3.97 ausdrückte. Am 4.3./5.3.97 trat erneut eine Wundinfektion im Krankenhaus der Beklagten auf. Ausweislich der Krankenunterlagen einer anderen Patientin lag am 6.3. bzw. 7.3.97 der Laborbefund „grampositive Kettenkokken“ vor. Am 10.3.97 konnten diese als Streptokokken Gruppe A identifiziert werden, was den die andere Patientin behandelnden Ärzten am 10.3.97, 9.10 Uhr, bekannt gegeben wurde. Am 11.3.97 wurde der Springer wieder aus dem OP-Team herausgenommen. Darüber hinaus wurden von ihm Rachen-, Stirn- und Achselhöhlenabstriche genommen, die jedoch sämtlich einen negativen Befund aufwiesen. Erst aufgrund eines Analabstriches vom 13.3.97 konnte der Springer wieder als Träger von Streptokokken „Streptococcus pyogenes M Typ 28“ identifiziert werden. Derartige Streptokokken konnten auch als Erreger bei der Frau mit der nach Schwangerschaft und Kaiserschnitt eingetretenen Sepsis nachgewiesen werden.

Der Vorwurf der Hinterbliebenen geht dahin, dass der Springer die Ehefrau und Mutter während der operativen Eingriffe am 9.3. bzw. 11.3.97 infiziert habe und dies hätten die beklagten Mitarbeiter des Krankenhauses zu verantworten, denn sie hätten den Springer ohne hinreichende Kontrolluntersuchungen wieder bei Operationen eingesetzt. Dem Springer selbst wurde vorgehalten, dass er bei der Operation keinen Mundschutz getragen habe und seinem Arbeitgeber nicht zur Kenntnis gegeben habe, dass seine Kinder im Frühjahr 1997 an Scharlach erkrankt gewesen seien. Des Weiteren wird ausgeführt, dass die ärztliche Behandlung der verstorbenen Patientin fehlerhaft gewesen sei. Die Ärzte hätten den Anzeichen für eine Infektion am 10.3.97 – Fieber, Leukozytose und Kreislaufprobleme –, insbesondere vor dem Hintergrund der im Februar im Krankenhaus aufgetretenen Streptokokkeninfektion, keine hinreichende Beachtung geschenkt und es unterlassen, weitere gebotene Untersuchungen durchzuführen. Darüber hinaus hätten die an diesem Tag stattgefundenen Nachblutungen der Hinzuziehung eines Arztes bedurft, was unterblieben sei. Da

am 11.3.97 wegen der Revisionsoperation der Verdacht auf eine Sepsis aufgekommen sei, wäre es überdies erforderlich gewesen, sofort eine wirkungsvolle antimikrobielle Behandlung einzuleiten. Diese zweite Revisionsoperation sei verspätet erfolgt; insbesondere die am Morgen des 12.3.97 festgestellten Rötungen im Bereich der Bauchdecken hätten sogleich eine aggressive chirurgische Intervention notwendig gemacht. Weiterhin sei es fehlerhaft gewesen, die Gebärmutter nicht schon bei dieser Revisions Op. zu entfernen, wie es einer aus dem beklagten Ärztenteam empfohlen habe. Schließlich müsse den Beklagten vorgehalten werden, dass sie die betroffene Patientin trotz ihres überaus kritischen Zustandes in ein anderes Krankenhaus, ein Krankenhaus der Maximalversorgung, verlegt hätten, wodurch wertvolle Zeit verloren worden sei.

Es klagten die Erben der verstorbenen Patientin gegen den Träger der Klinik (Beklagter zu 1), deren ärztlichen Direktor (Beklagter zu 2), die behandelnden Ärzte (Beklagte zu 3, 4 und 5) sowie den OP Pfleger als vermuteten Infektionsträger (Beklagter zu 6).

Rechtliche Bewertung:

Das Landgericht hatte in erster Instanz die Klage in gegen alle Beklagten kostenfällig abgewiesen. Die hiergegen gerichtete Berufung führte zur Verurteilung des Beklagten zu 1) als des Trägers der Klinik sowie des Beklagten zu 2) als des verantwortlichen Klinikdirektors. Im Übrigen blieb es bei der Klageabweisung gegen die weiter beteiligten Ärzte und den OP Pfleger. Das OLG sieht das haftungs begründende Verschulden des Klinikträgers und dessen ärztlichen Direktors nicht in einer konkret fehlerhaften medizinischen Behandlung der Patientin, sondern in der Art und Weise, mit der in der Klinik auf die vor dem streitgegenständlichen Eingriff aufgetretenen Streptokokken-Infektionsfälle umgegangen worden sei. Nach Auffassung des eingeschalteten Gerichtsgutachters wäre es nämlich unbedingt geboten gewesen, die zuvor in der Klinik aufgetretenen Infektionsfälle auf einer Dienstbesprechung zumindest den Chefärzten zur Kenntnis zu geben und mit diesen zu erörtern. Dabei geht das Gericht mit den Gutachter davon aus, dass die Kenntnis der Infektionsfälle im Kranken-

haus der Beklagten zu 1) von ganz maßgeblicher Bedeutung für die Behandlung der Patienten in der Klinik war. Denn selbst wenn der mitverklagte OP Pfleger relativ rasch als wahrscheinlicher Überträger der A-Streptokokken entdeckt worden war, konnte die Krankenhausleitung zunächst gar nicht abschätzen, ob dieser nicht noch weitere Patienten infiziert hatte - so wie es aller Voraussicht nach im Hinblick auf die weiteren im Februar 1997 im Krankenhaus der Beklagten zu 1) nachweisbaren Infektionsfälle auch geschehen ist. Um diese Patienten aber den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend behandeln zu können, wäre nach Ansicht des Gerichts eine Kenntnis der behandelnden Ärzte von den aufgetretenen Infektionsfällen unumgänglich gewesen. Dies zeigte schon die Tatsache, dass die Sepsis, die sich dann bei der Patientin eingestellt hatte, zunächst mit unspezifischen Symptomen verbunden gewesen sei, die eine zutreffende frühzeitige Diagnose kaum zugelassen hätten. Umso wichtiger sei es dann aber, dem behandelnden Arzt das Auftreten nosocomialer Streptokokken-Infektionen mitzuteilen, um diesem die Deutung der Symptome zu erleichtern und in den Stand zu versetzen, unverzüglich bei Vorliegen auch nur geringster Anzeichen für eine beginnende Sepsis eine Antibiotikatherapie einzuleiten. Den Beklagten zu 1) und 2) sei daher zur Last zu legen, dass angesichts bereits Anfang Februar 1997 aufgetretener mehrerer Fälle von Patienten-Infektionen mit A-Streptokokken nicht schneller und entschiedener auf einen weiteren Infektionsfall Anfang März 1997 reagiert worden sei. Spätestens nach Bekanntwerden des letzten Infektionsfalles Anfang März 1997 hätte eine Krisensitzung der Hygienekommission unter Beteiligung eines Krankenhaushygienikers und aller verantwortlichen Ärzte nebst Einleitung einer intensiven Ursachenforschung und eines OP-Stops für alle elektiven Eingriffe erfolgen müssen. Die Tatsache, dass Anfang Februar 1997 aufgrund der stattgefundenen Infektionsfälle keine Dienstbesprechung mit dem Thema des Ausbruchs einer Infektionswelle von der Klinikleitung angesetzt worden sei, müsse als grober Behandlungsfehler gewertet werden. Eine solche Unterrichtung der Chefärzte sei eine Selbstverständlichkeit gewesen, so dass deren Unterlassung mithin als schwerwiegendes Versäumnis eingeordnet werden müsse. Darüber hinaus war

es für die Behandlung von infizierten Patienten von erheblicher Bedeutung, dass den behandelnden Ärzten das Auftreten nosocomialer Infektionen unverzüglich zur Kenntnis gebracht wurde, da nur so gewährleistet werden konnte, dass schon geringsten Anzeichen einer Streptokokken-Infektion mit einer Antibiotikatherapie begegnet werden konnte. Als weiterer schwerwiegende Fehler stelle sich die unzureichende Reaktion der Klinikleitung auf das erneute Auftreten einer A-Streptokokken-Infektion Anfang März 1997 dar. Es erscheint dem Gericht schlechthin unverständlich, dass selbst zu diesem Zeitpunkt eine Krisensitzung unter Hinzuziehung eines Krankenhaushygienikers und der verantwortlichen Ärzte zunächst unterblieben sei, obwohl das Labor am Morgen des 10.3.97 das erneute Auftreten einer Infektion mit Streptokokken A bei einer anderen Patientin mitgeteilt hatte. Es sei da er nicht nachvollziehbar, dass sich die Verantwortlichen der Klinik damit zufriedengegeben hatten, einem weiteren Rachenabstrich von dem Beklagten zu 6) zu nehmen und diesen nicht mehr als Springer im OP-Team einzusetzen. Damit habe man es nicht nur in Kauf genommen, dass weitere Personen im Krankenhaus infiziert wurden, weil zumindest von diesem Zeitpunkt an wieder Zweifel bestehen mussten, ob der Beklagte zu 6) tatsächlich die Infektionsquelle war. Daher wertet der Senat in der Gesamtschau die mangelnde Unterrichtung der verantwortlichen Ärzte Anfang Februar und Anfang März 1997 als aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich, weil ein derartiges Fehlverhalten einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfe. Im Hinblick darauf geht es zu Lasten der Beklagten, wenn sich im Nachhinein nicht mehr sicher feststellen lasse, ob die Patientin bei einem ordnungsgemäßen Vorgehen gerettet worden wäre. Insoweit greift hier die Beweislastumkehr zu Gunsten des klagenden Patienten. Die Konsequenzen dieses groben Behandlungsfehlers sei den Beklagten zu 1) und zu 2) anzulasten, da der Beklagte zu 2) als ärztliche Direktor verantwortlich für die Koordination aller medizinischen Fragen, insbesondere solcher, die über den Bereich einer einzelnen Fachabteilungen oder Instituts hinausreichend seien. Dazu gehört auch die Reaktion auf das gehäufte Auftreten nosocomialer Infektionen im Krankenhaus und insbesondere deren Erörterung im Rahmen einer Dienstbesprechung mit

den verantwortlichen Ärzten. Der ärztliche Direktor als Mitglied des Geschäftsführerorgans der Krankenhausbetriebsleitung haftet somit auch für Versäumnisse bei der Koordination medizinischer Fragen nicht allein, sondern vielmehr habe auch die Beklagte zu 1) als Krankenhaus-träger für sein Fehlverhalten gemäß Paragraph 31 BGB einzustehen.

Eine Haftung der übrigen Beklagten zu 3) bis 6) sei dagegen nicht gegeben, da die Kläger den Nachweis nicht hätten führen können, dass diesen ein Fehlverhalten bei der Behandlung der Patientin zur Last gelegt werden konnte. Auch könne ihnen nicht der Vorwurf gemacht werden, zu spät auf Anzeichen einer Sepsis mit einer

Antibiotikatherapie reagiert zu haben, da nach Ansicht des Sachverständigen die bei der Patientin aufgetretenen Symptome zwar auffällig, aber nicht spezifisch gewesen seien. Auch sei die Entscheidung der Beklagten zu 3) und 5) den Uterus der Patientin bei der Revisionsoperation nicht zu entfernen nicht fehlerhaft gewesen, da eine solche Operation ein hohes Risiko für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patientin dargestellt habe und der Uterus zutreffend nicht als Infektionsquelle eingeschätzt worden sei. Schlussendlich sei ein Fehlverhalten des beklagten OP-Pflegers ebenfalls nicht ersichtlich, da dieser als nicht ärztlicher Mitarbeiter sich darauf habe verlassen dürfen, von der Klinikleitung erst dann

wieder bei Operationen eingesetzt zu werden, wenn eine Ansteckungsgefahr gebannt war.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. med. A. Thiede
Direktor der Chirurgischen Klinik
und Poliklinik
(Chirurgische Klinik I) im ZOM
des Universitätsklinikums Würzburg
Oberdürrbacher Str. 6
97080 Würzburg

Dr. jur H. J. Zimmermann
Sanderglacistr. 9a
97072 Würzburg

