

Martin L. Hansis

## **Postoperative Wundinfektionen in der Arzthaftpflichtrechtsprechung**

### **Surgical site infections in medical liability law**

#### **Zusammenfassung**

**Hintergrund:** Postoperative Wundinfektionen sind das Resultat vielfältiger Co-Faktoren aus äußeren Bedingungen und wirtsseitigen Bedingungen. Alle Co-Faktoren sind dem ärztlichen Bemühen im Sinne der Primär- und / oder Sekundärprophylaxe zugänglich, wenngleich in unterschiedlichem Maße. Ziel der Arbeit ist, festzustellen, ob die Arzthaftpflichtrechtsprechung diese Umstände abbildet.

**Methoden:** Aus zwei Entscheidungssammlungen werden 124 einschlägige Urteile, überwiegend von Bundesgerichtshof und Oberlandesgerichten, analysiert.

**Ergebnisse:** Weit im Vordergrund der Urteile stehen Bewertungen der Krankenhaushygiene. Dort genügt unter Umständen schon der allgemeine Eindruck zur Feststellung eines Fehlers. Andererseits sind chirurgisch-technische Vorkehrungen zur Infektvermeidung oder –behandlung weit unterrepräsentiert im Fokus der Urteile. Eine durchgehende Orientierung am Stand des Wissens ist hier wie dort nicht erkennbar, ebenso nicht eine innere Logik, wann ein „grober Behandlungsfehler“ festzustellen sei.

**Diskussion:** Die untersuchten Urteile bilden die klinisch-biologische Realität zur Entstehung und Vermeidung postoperativer Wundinfektionen nicht ab. Ursache dürfte eine unzureichende Orientierung der Fachgutachter am jeweiligen Stand des Wissens sein.

**Schlüsselwörter:** Wundinfektionen, Behandlungsfehler, Rechtsprechung, Arzthaftung

**Summary:**

**Background:** Postoperative surgical site infections result from multiple external and host factors. All these factors can be influenced by the surgeon, in a direct or in an indirect manner, by appropriate prophylactic measures.

**Objectives:** The focus of this contribution is to assess whether this is fully taken into account in medical liability law cases.

**Methods:** 124 malpractice cases concerning postoperative surgical site infections from the German federal supreme court and the regional appeal courts are analyzed.

**Results:** Most of the courts' decisions focus on questions of hospital hygiene. In these cases, even a general impression of improper hygienic standards can be sufficient to find the hospital at fault. Special surgical techniques to prevent or treat a surgical site infection are rarely the focus of a lawsuit. Reference to evidence based knowledge, with respect to either hygiene or surgical technique, is rare. A consistent logic whether a case presents „severe malpractice“ cannot be identified.

**Conclusions:** The analyzed court decisions do not reflect the clinical-biological facts concerning the origins and prevention of surgical site infections. The main reason may be an insufficient appreciation of state-of-the-art knowledge by the external experts.

**Key words:** surgical site infections, malpractice cases, courts' decisions, medical liability law

**1. Einleitung:** In der Genese postoperativer Wundinfektionen überlagern sich iatrogen unmittelbar beeinflussbare mit iatrogen nur mittelbar beeinflussbaren Faktoren. Dabei sind postoperative Wundinfektionen für den Patienten stets ärgerlich, oftmals gesundheitlich oder sozial desaströs; für den Arzt sind sie „ehrenrührig“, der vorwerfbare Kausalanteil ist nie quantifizierbar, bestenfalls näherungsweise zu beschreiben. Diese Umstände rufen geradezu nach einer richterlichen Entscheidung. Die vorliegende Untersuchung fragt nach der Bewertung von postoperativen, chirurgischen Wundinfektionen im Arzthaftungsrecht; sie fragt vor allem, inwieweit die Spruchpraxis eine Entsprechung im jeweils gesicherten medizinisch-biologischen Hintergrundwissen hat.

**2. Material und Methode:** Die Untersuchung stellt dar, wie Infektionen in Operationswunden aus chirurgischen Prozeduren in der Rechtsprechung der Oberlandesgerichte und des Bundesgerichtshofs bewertet werden. Grundlage ist eine vollständige einschlägige Analyse der Entscheidungssammlung „Hygiene und Recht“ [1] (HUR) (aktuell 216 Entscheidungen, Stand März 2011) und ergänzend die Entscheidungssammlung „Arzthaftpflicht-Rechtsprechung“ [2] (AHRs). Zitiert aus den Entscheidungen wurden jeweils nur diejenigen Aspekte, welche für die hier gewählte Fragestellung relevant waren. Es ergaben sich damit als Grundlage der Untersuchung insgesamt 124 Entscheidungen.

### **3. Ergebnisse: Postoperative Wundinfektionen in der Rechtsprechung**

**3.1. Entstehung postoperativer Wundinfektionen:** Im Mittelpunkt der Rechtsprechung zur Genese postoperativer Wundinfektionen steht die Frage, ob aus dem Auftreten einer postoperativen Wundinfektion prima facie auf das Vorliegen eines Fehlers (Hygienefehlers oder auch sonstigen Fehlers) geschlossen werden kann. Dies wird über weite Strecken negiert (Tab. 1): „Aus dem Eintritt einer Infektion nach intraartikulärer Injektion kann für sich allein nicht auf einen Behandlungsfehler des Arztes geschlossen werden (Tab 1, Zl. 11,15).“ Bzw.: Leitsatz: „Ein Frühinfekt im Anschluß an eine Oberschenkelfraktur ist eine nicht sicher zu vermeidende Komplikation.“(Tab. 1, Zl. 12). Positiv nachweisbare Fehler können die Hygiene

betreffen (Tab. 1, Zln. 8, 21, 24, 38, 39), oder auch Einzelheiten chirurgischen Handlings (z. B. Tab. 1, Zln. 2,3,16,18,37). Nur eine Häufung von Wundinfektionen kann Anlass für eine Annahme eines Fehlers prima facie sein: „Allerdings kann ein solcher Rückschluss zulässig sein, wenn sich eine auffällige Häufung von Wundinfektionen in einem zeitlich und örtlich begrenzten Behandlungsbereich einstellt.“ (Tab. 1, Zl. 5).

**Grobe Behandlungsfehler** in Zusammenhang mit der Entstehung von Wundinfektionen wurden in der vorliegenden Untersuchung in 6 von 42 Fällen festgestellt: Viermal, wenn in Zusammenhang mit intraartikulären Injektionen Hygieneregeln missachtet wurden (Tab. 1, Zln. 4,8,14,38), einmal wegen der Fortführung intraartikulärer Injektionen trotz bereits bestehender Entzündungszeichen (Tab. 1, Zl.9) und einmal, weil eine Patientin mit aseptischem Eingriff in einem OP operiert wurde, in dem zuvor ein „septischer Eingriff“ stattgefunden hatte (Tab. 1, Zl. 39).

**3.2 Diagnose postoperativer Wundinfektionen:** „Diagnoseirrtümer werden von der Rechtsprechung nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler bewertet, weil diagnostische Irrtümer oft nicht die Folge vorwerfbarer ärztlichen Versehens sind... Ehestens ist das Nichterheben von Befunden als vorwerfbarer Diagnosefehler anzusehen.“ [3] - Dies ist auch das Muster, innerhalb dessen sich die Rechtsprechung zur Diagnostik einer eingetretenen postoperativen Wundinfektion bewegt:

Das Verkennen von klinischen Infektionszeichen bei einer ausgedehnten flächigen Weichteilinfektion, nach einer Bandscheibenoperation oder einer Venenentnahme wird nicht vorgeworfen (Tab. 2, Zln. 3,11,14,22). Unspezifische und schwer interpretierbare klinische Infektionszeichen können zur Entlastung der Beklagten führen (Tab.2, Zl. 4). Umgekehrt kann das Verkennen eines – auch ungewöhnlichen – Krankheitsbildes bzw. Verlaufs auch einmal i.S. eines groben Behandlungsfehlers vorwerfbar sein (Tab. 2, Zln. 10, 20). Eine Entlastung ist nicht möglich, wenn sich der Infekt nach dem klinischen Bild geradezu aufdrängt (Tab. 2, Zln. 2,5,6). Ein Fehlervorwurf wird erhoben, wenn eine bakteriologische Diagnostik unterlassen wird (Tab. 2, Zln. 9, 12, 15, 16, 17, 18, 21). Keine Entlastung ist möglich, wenn eine unzureichende

Wundnachschau vorliegt bzw. wenn eine solche nicht ausdrücklich dokumentiert ist (Tab. 2, Zln. 14,23).

**Grobe Behandlungsfehler:** Je nach Ausmaß der Missachtung der Infektionszeichen ist ein Grober Behandlungsfehler anzunehmen - in der Regel in Zusammenhang mit fehlender diagnostischer (meist: bakteriologischer) Sicherung (Tab. 2, Zln. 6, 7, 12, 16, 17, 19, 23), ausnahmsweise aber auch beim Verkennen des klinischen Bilds (Tab. 2, Zln. 10,13,20).

**3.3. Therapie postoperativer Wundinfektionen:** Ist einmal ein Wundinfekt als solcher festgestellt und zeigt sich, dass die zunächst ergriffenen Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichen, dann ist es fehlerhaft, das therapeutische Vorgehen nicht zu ändern bzw. erweitern (Tab. 3, Zl.1). Wesentliche zeitliche Verzögerungen einer (weiterführenden) Therapie können fehlerhaft sein (Tab. 3, Zln. 4, 9, 10, 24). Allerdings muss „nicht schon der erste Verdacht auf eine Wundinfektion ... zu einer chirurgischen Intervention führen.“ (Tab. 3, Zl. 8). Eine um viele Wochen verspätete operative Revision (Tab. 3, Zln. 4, 14) kann ebenso vorwerfbar sein wie das Unterlassen einer umfassenden Nekrosenabtragung (Tab. 3, Zl. 7). Andererseits kann sogar das Verkennen einer Gasbrandinfektion und die unzureichende einschlägige Therapie wegen der Seltenheit der Erkrankung entschuldbar sein (Tab. 3, Zl. 22).

**Grobe Behandlungsfehler:** In 5 von 25 Fällen wurde im vorliegenden Material auf einen Groben Behandlungsfehler bei der Therapie postoperativer Wundinfektionen erkannt – in allen Fällen deshalb, weil (trotz erkennbarer Erfolglosigkeit) am bis dato geübten Behandlungskonzept festgehalten wurde (Tab. 2, Zln. 6, 18, 20, 24, 25).

#### **3.4. Organisatorische Maßnahmen als übergeordnete Einflussgröße auf Entstehung, Diagnose und Therapie einer postoperativen Wundinfektion**

Die Rechtsprechung hat die Vorstellung entwickelt, es gebe in der Genese, Prävention und Therapie von Wundinfektionen einerseits Bereiche und Konstellationen, in denen die Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus bestimmend für den weiteren

Krankheitsverlauf seien, und es gebe Bereiche und Konstellationen, die im Gegenzug durch ärztliche Mühewaltung „voll beherrschbar“ seien. Trifft letzteres zu, dann sieht die Rechtsprechung Beweiserleichterungen für die Klägerseite als angemessen an. – Beispiele für Urteile, in denen der Aspekt der „vollen Beherrschbarkeit“ eine Rolle spielte:

**Organisativ bedingte Hygienemängel:** Die Unterbringung eines Patienten nach Bandscheibenoperation zusammen mit einem Patienten mit einem manifesten Infekt wurde vom OLG Hamm nicht als Fehler angesehen (Tab. 4, Zl. 15). Die Unterbringung eines Patienten mit operiertem Schenkelhalsbruch zusammen mit einem Patienten mit Infekt am Zehennagel sowie einem Patienten nach Blinddarmoperation sah das OLG Koblenz als groben Behandlungsfehler an (Tab. 4, Zl. 23), entsprechend das KG Berlin die Nutzung des selben Operationssaals für einen aseptischen und einen septischen Eingriff (Tab. 4, Zl. 33). Fehlender steriler Kittel und fehlende Kopfbedeckung bei der Entfernung eines Hauttumors ist ein Fehler (Tab. 4, Zl. 20), das Unterlassen der Händedesinfektion vor einer Injektionsbehandlung ein grober Fehler (Tab. 4, Zl. 9), ebenso zu kurze Einwirkzeiten von Desinfektionsmitteln (Tab. 4, Zl. 22). Das Verwenden eines Blasenkatheters, dessen Verfallsdatum überschritten war, ist ein grober Behandlungsfehler (Tab. 4, Zl. 27), ebenso die Desinfektion statt Sterilisation eines Herzkatheters (Tab. 4, Zl. 31). Das LG Gießen sah einen Fehler darin, vor Entnahme steriler Injektionsflüssigkeit aus einer Flasche dessen Stopfen mit Desinfektionsmittel abgewischt statt eingesprüht zu haben (Tab. 4, Zl. 36). Als Behandlungsfehler wurde angesehen, zahlreiche Injektionsspritzen morgens „en bloc“ aufzuziehen und sie dann bis zum Gebrauch zum Teil Stunden liegen gelassen zu haben (Tab. 4, Zl. 37).

Unabhängig von Einzelfeststellungen können **globale Hygienemängel** Fehler in einem voll beherrschbaren Bereich darstellen: „Dass die allgemeinen hygienischen Bedingungen in dem wiederholt von der Gesundheitsbehörde beanstandeten Krankenhaus nicht günstig, sondern höchstens an der Untergrenze des Tragbaren waren, ist auch dem medizinisch nicht Sachkundigen offensichtlich.“ (Tab. 4, Zl. 25 – analog: Tab. 4, Zl. 2,24). Auch wenn die Bedeutung von **Baumaßnahmen** als organisatorisch vermeidbare Risikoerhöhung anerkannt ist, muss nach Einschätzung des OLG Düsseldorf ebendiese Verletzung der Organisationspflichten schlüssig vorgetragen werden (Tab. 4, Zl. 10). Umgekehrt sind verschlechterte Hygienebedingungen infolge von veralteten räumlichen Bedingungen durch

besonders gute organisatorische Maßnahmen kompensierbar, zumal wenn dieser Effekt durch eine Infektionsstatistik dokumentiert werden kann (Tab. 4, Zl. 30).

**Schulung / Überwachung:** Wenn mehrere vergleichbare Infektionen vorausgegangen waren, besteht eine ausgeprägte Schulungs- und Belehrungspflicht (Tab. 4, Zl. 28). Sofern Desinfektionspläne vorliegen und deren Einhaltung nachweisbar überprüft wurde, führt dies zur Entlastung (Tab. 4, Zl. 11). Entscheidend sind sichere **Organisation durch klare Vorschriften** (Tab. 4, Zl. 18). Bei der Auswahl von Personal ist besondere Sorgfalt angebracht (Tab. 4, Zl. 26).

#### 4. Diskussion

**Rechtlicher Rahmen:** Soll im Rahmen eines zivilrechtlichen Verfahrens wegen einer postoperativen Wundinfektion ein ärztlicher Behandlungsfehler nachgewiesen werden und sollen daraus Schadensersatzansprüche abgeleitet werden, so hat prinzipiell der Kläger (Patient oder sein Vertreter) zwei Nachweise zu führen – den einer sachlich-inhaltlichen Fehlleistung und den, dass sich hieraus eigenständige negative Folgen (Schäden) ergeben haben.

Unter drei Bedingungen wird die patientenseitige / klägerseitige Beweislage erleichtert: Beim Vorliegen eines „groben Behandlungsfehlers“ (einem Fehler, der der ... nicht mehr verständlich erscheint und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.“ [4] ), eines Fehlers prima facie (für dessen Eintreten schlechterdings keine andere Ursache angenommen werden kann als ein fehlerhaftes Verhalten) und bei einer Fehlleistung in einem der „voll beherrschbaren Bereiche“ (insbesondere organisatorische Bereiche im Krankenhaus).

**Infektiologischer Rahmen:** Postoperative Wundinfektionen stellen in Ihrer **Entstehung** stets ein Zusammenwirken von vier Co-Faktoren dar: Unmittelbar ärztlich beeinflussbar sind der intraoperative Keimeintrag (durch Hygienemaßnahmen) und der intraoperative Gewebeschaden (durch schonendes Operieren). Mittelbar und in unterschiedlichem Umfang der Prävention durch ärztliche Mühewaltung zugänglich sind die patientenseitige (wirtsseitige) Abwehr (durch Behandlung präexistenter Erkrankungen, Wahl eines guten OP-Zeitpunkts bzw.

eines geeigneten Verfahrens, Verwendung nicht-allergener Implantate) sowie die präexistente (wirtsseitige) Keimbesiedlung durch präoperative Dekontamination oder präoperative Sanierung präexistenter Infekte. Für die zeitnahe **Diagnostik** und die **Therapie** postoperativer Wundinfektionen existieren jeweils Standards. Für die perioperative Hygiene gibt zum Beispiel die Richtlinie des Robert-Koch-Instituts [5] einen gesicherten und allseits akzeptierten Rahmen, wobei insbesondere für die Verhaltenssteuerung („hygienegerechtes Verhalten“) relativ viel Verantwortung (im Sinne einer relativ großen Gestaltungsfreiheit) vor Ort gegeben wird. Eine relative Gewichtung der verschiedenen präventiven Aspekte (zum Beispiel präventive Wertigkeit gewebeschonenden Operierens vs. Reduktion des Keimeintrags) ist bis dato nicht möglich. Prävention postoperativer Wundinfektionen ist damit ein Nebeneinander von Keimreduktion (bzw. Vermeidung eines Keimeintrags) und Optimierung der Wirtsverhältnisse.

**Rechtsprechung:** Fasst man die in Kap. 3 zitierte Rechtsprechung zur postoperativen Wundinfektion gesamtschauhaft zusammen (unter Außerachtlassung von als „Ausreißern“ anzusehenden Urteilen), dann ergibt sich – was die Vorwerfbarkeit bzw. Zurechenbarkeit ärztlichen Handelns betrifft – etwa folgendes Bild:

Hygienefehler sind offenbar für alle Beteiligten wohlfeil: Sie scheinen selbsterklärend zu sein: Bereits dann, wenn „die allgemeinen hygienischen Bedingungen bereits aufgrund der Bauarbeiten nicht günstig ... waren [und dies] auch dem medizinisch nicht Sachkundigen offensichtlich“ war, genügt dies, um die haftungsbegründende Kausalität bei einer Infektion nach Kniescheibenoperation als gegeben anzusehen (Tab. 4, Zl. 25). Der Verstoß gegen eine einzelne Hygieneregeln alleine kann schon ausreichen, um einen groben Behandlungsfehler zu sehen (Tab. 4, Zl. 9, Tab. 4, Zl. 1), ohne dass dann noch im einzelnen die Frage nach der Relevanz eben dieser Regeln in eben diesem Zusammenhang erörtert wird. Dies gilt auch für eine Hygieneregeln, die schon zu Zeiten des ergangenen Urteils in ihrer Wertigkeit höchst strittig war (Tab. 4, Zln. 23,33). Zudem weist die Klassifizierung gesehener Hygienemängel als „Grob“ ein hohes Maß an Zufälligkeit auf. Das Bedürfnis, für angenommene Hygienefehler als Basis einer Verurteilung konkrete Defizite nachzuweisen, ist im Einzelfall erstaunlich gering.

Alle anderen Bemühungen, Wundinfektionen zu vermeiden, früh zu erkennen oder zielgerichtet zu behandeln, sind deutlich nachrangig Gegenstand der Erörterung in den



vorliegenden Urteilen und sie erfahren eine allenfalls kasuistische Bewertung. Dass auch bei diesen Elementen der Infektbeherrschung (jenseits der Abnahme von Wundabstrichen) nicht das Improvisationstalent des Behandlers gefragt ist sondern das Befolgen gesicherter und systematisch abrufbarer Kenntnisse, lässt sich in den Urteilen cum grano salis nicht erkennen.- Beispiele: Faktoren der patientenseitigen Morbidität (systemische Vorerkrankungen, präexistenter lokaler Weichteilschaden, präexistente Keimflora) sind regelhaft nicht Gegenstand der Urteilsbegründungen. Durchweg wird auf Fragen verzichtet wie die, ob denn etwa die patientenseitige Morbidität im Rahmen organisatorischer Vorkehrungen zu erfassen und zu bewerten gewesen wäre, um sodann zum Beispiel in die Verfahrenswahl, die Wahl des Operateurs oder Op-Zeitpunktes einzufließen. Die Operationstechnik selbst war in drei Fällen Thema – keinesmal wurde ein Fehler erkannt (Tab. 1, Zln. 12, 16, 37). Das Verkennen des selben Krankheitsbilds wird einmal als entschuldbar, einmal als Grober Behandlungsfehler angesehen (Tab. 2, Zln. 3,10, Tab. 3, Zl. 22). Ausbleibende chirurgische Revision ist zweimal kein Fehler (Tab. 3, Zln. 15,16), zweimal ein grober Behandlungsfehler (Tab. 3, Zln. 24,25). Etwa unterschiedliche Sachverhalte sind aus den Urteilen nicht ablesbar.

**5. Fazit für die Praxis:** Den ausgewerteten Urteilen liegen vielfach Gutachten zu Grunde, deren Basis offenkundig nicht das allgemein verfügbare und nachlesbare Wissen ist, sondern vielmehr die gutachterliche Intuition. Vollends absonderlich und der vergleichenden Logik sich entziehend sind die Festlegungen der Gutachter dahingehend, was „schlechterdings nicht mehr verständlich“ – also ein grober Fehler – sei. Die analysierten Urteile (und damit die diesen hinterlegten Gutachten) bilden in ihrer Gesamtheit das klinisch-biologische Wissen zur Vermeidung, Früherkennung und Begrenzung postoperativer Wundinfektionen nicht ab. Es muss dringend das Ziel auf Seiten der ärztlichen Fachgutachter sein, in der Rechtsprechung zu postoperativen Wundinfektionen vermehrt Rechtssicherheit herzustellen, indem sich die Gutachten verstärkt und sichtbar am gesichertem medizinischen Wissen orientieren.

[1] Schneider A, Bierling G: Hygiene und Recht. Entscheidungssammlung. MhP, Wiesbaden. 2011

[2] Ankermann E, Kullmann HJ, Pauge B, Stöhr K, Zoll KH: Arzthaftpflicht-Rechtsprechung.E. Schmidt, Berlin, Digitale Version.2011

[3] Laufs A, Kern BR: Vertragliche Haftpflicht von Arzt und Krankenhausträger. In: Laufs A, Kern BR (Hsg.): Handbuch des Arztrechts. Beck, München. 2010; 1209

[4] Kahlert HP: Verantwortlichkeit des Schuldners. In: Bergmann KO, Pauge B, Steinmeyer HD (Hsg.): Gesamtes Medizinrecht. Nomos, Baden-Baden. 2012; 161

[5][http://www.rki.de/cln\\_162/nn\\_206124/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/ Kommission/kommission. Zugegriffen 15.7.2012](http://www.rki.de/cln_162/nn_206124/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission. Zugegriffen 15.7.2012)



Lf Nr	Gericht	AZ	Anamnese	Problem	Entscheid
1	BGH	VI ZR 135/60	Infektion am Auge nach Staroperation	Fehler prima facie?	Nein. KF
2	BGH	VI ZR 141/89	Wundinfekt nach OP Sprunggelenksbruch	Ungespaltener Gips? Antib relativ spät	Fehler
3	BGH	VI ZR 102/90	Infekt nach Nephropexie	Hygienefehler?	Kein Fehler nachweisbar, kein Fehler prima facie
4	BGH	VI ZR 118/06	Kniegelenksinfekt nach intraartikulärer Injektion	Verstoß gegen grundlegende Hygieneregeln, gleichzeitig behauptete Allergische Reaktion	GF als Ursache festgestellt. Deshalb Beweispflicht für allergische Komponente beim Beklagten
5	OLG Braunschweig	1 U 54/00	Wundinfekt nach Leistenbruch-OP-OP Dauer 3 Std.	Fehler prima facie? Häufung von Infektionen?	Kein Fehler prima facie. Keine Häufung (Zeugenaussagen)
6	OLG Düsseldorf	8 U 177/80	Wundinfekt nach Augenoperation	Fehler prima facie? Vermuteter Hygienemangel	KF
7	OLG Düsseldorf	8 U 69/86	Wundinfekt nach OP einer Sprunggelenksfraktur	Zeitpunkt der OP richtig (Weichtelschwellung)?	OP bei Schwellung = GF
8	OLG Düsseldorf	8 U 270/88	Kniegelenksinfekt nach Punktion (bei gleichzeitig bestehender eitriger Bursitis am Ellbogen)	Punktion ohne spezielle Vorkehrungen	GF
9	OLG Düsseldorf	8 U 20/90	Infekt nach intraartikulären Injektionen der Schulter	Fortsetzung trotz bestehender Entzündungszeichen	GF
10	OLG Düsseldorf	8 U 194/89	Infekt nach Meniskusoperation	Fehler prima facie ?	KF
11	OLG Düsseldorf	8 U 143/96	Infekt nach Kniepunktion	Anscheinsbeweis für Hygienefehler	Nein, KF
12	OLG Düsseldorf	8 U 166/95	Wundinfekt nach OP eines Oberschenkelbruchs	Infekt prima facie? Zeitpunkt der OP ? Wahl des Verfahrens?	Kein Fehler: Infektentstehung Fehler: Therapie (Tab. 2, Zl. 5 und Tab. 3, Zl 9)
13	OLG Düsseldorf	8 U 66/98	Infekt nach Kniegelenksarthroskopie	Anscheinsbeweis für Hygienefehler ?	Nein, KF
14	OLG Düsseldorf	8 U 99/99	Kniegelenksinfekt nach Injektion	Fehlender Handschuh bei Spritzenwechsel	Verstoß gegen LL = GF
15	OLG Düsseldorf	8 U 171/00	Kniegelenksinfekt nach intraartikulärer Injektion	Fehler prima facie ?	Nein, KF Darlegungspflichten,

					Bindung an LL !!
16	OLG Frankfurt	1 U 28/88	Wundinfekt nach Herzschrittmacher-OP	OP-technischer Fehler ursächlich?	Nein, KF
17	OLG Hamburg	1 U 38/95	Infekt nach Kniepunktion	Hyg-Leitlinien wurden befolgt, dennoch Hygienefehler?	Nein, KF
18	OLG Hamm	3 U 323/86	Wundinfekt nach OP einer Sprunggelenksfraktur	Folgt aus dem falschen OP-Zeitpunkt der OP (starke Schwellung) prima facie die Kausalität für die Infektion?	Falscher Zeitpunkt (Schwellung). Fehler prima facie. Kein GF
19	OLG Hamm	3 U 179/87	Infekt nach intraartikulärer Injektion	Kein Hygienefehler nachweisbar	Kein Fehler
20	OLG Hamm	3 U 95/91	Wundinfekt nach OP Oberschenkelbruch	Fehler prima facie?	Kein Fehler
21	OLG Hamm	3 U 22/92	Wundinfekt nach Kniepunktion	Fehlender Mundschutz, zu kurze Einwirkzeit	Fehler, aber Folge nicht nachweisbar
22	OLG Hamm	3 U 139/97	Infekt nach Kniepunktion	Fehler prima facie?	KF
23	OLG Hamm	3 U 157/03	Infekt nach neurochir OP	Fehlende AB-Prophylaxe. Bindungswirkung von LL der AWMF ?	KF
24	OLG Hamm	3 U 93/04	Wundinfekt nach Lipomentfernung	Fehlender Kittel, Mundschutz, Haube Fehlerhaft?	Ja, KEIN GF s. Tab. 4, Zl. 20
25	Hanseat. OLG	1 U 35/00	Wundinfekt nach OP Acromiargelenks- Sprengung	Fehler prima facie?	Nein, KF
26	OLG Karlsruhe	13 U 223/87	OP Unterschenkelbruch, Infekt	Fehler prima facie ?	KF
27	OLG Karlsruhe	7 U 93/01	Wundinfekt nach OP bei offenem Unterschenkelbruch	Fehler prima facie?	KF
28	OLG Koblenz	2 U 198/89	Infekt nach Bandnaht am Sprunggelenk	Fehler prima facie ?	KF
29	OLG Koblenz	10 U 692/01	Wundinfekt nach Bandscheibenop	Fehler prima facie?	KF
30	OLG München	1 U 1585/94	Infekt nach intraartikulären Injektionen der Schulter	Fehler prima facie ?	KF
31	OLG München	24 U 854/82	Intraartikuläre Infektionen nach Injektionen bei unterschiedlichen Patienten mit der selben Keimspezies	Prima facie für Hygienefehler?	Nein, KF (dazu ist der Keim zu häufig)

32	OLG Oldenburg	5 U 72/89	Infekt nach Schnittwunde	Fehlendes Antibiotikum	KF
33	OLG Oldenburg	5 U 115/93	Infekt nach Arthroskopie	Fehler prima facie ?	KF
34	OLG Oldenburg	5 U 174/95	Wundinfekt nach Varizen OP	Hygienefehler prima facie ?	KF
35	OLG Oldenburg	5 U 167/98	Infekt nach Kniegelenksarthroskopie	Anscheinsbeweis für Hygienefehler ?	KF
36	OLG Oldenburg	6 U 224/85	Intraartikuläre Injektion Knie, Infekt	Hygiene-Fehler Prima facie ?	KF
37	OLG Saarbrücken	1 U 65/89	Wundrandnekrose nach arteriellem Bypass am Oberschenkel bei Durchblutungsstörung	Fehler prima facie?	KF in Anbetracht des Grundleidens
38	OLG Schlesw-Holstein	4 U 120 / 88	Infekt nach Kniepunktion	Unzureichende Hautdesinfektion und Händedesinfektion	GF
39	KG Berlin	20 U 4797/79	Mamma OP mit Wundinfekt	OP in einem OP, in dem zuvor eine Blinddarm OP gemacht wurde	GF
40	LG Arnberg	1 O 163/96	Infekt nach Kniepunktion	Anscheinsbeweis für Hygienefehler? Kurzes Zeitintervall zwischen Punktion und Beschwerden. Kein positiver Nachweis für hygienisch richtiges Handeln	Anscheinsbeweis gegeben:
41	LG München	9 O 18834/00	Intraarticuläre Injektion, nachfolgend Sepsis	Spritzen morgens en bloc aufgezogen	Fehler

Tab. 1: Urteile zu Infekt-Entstehung

Lf Nr	Gericht	Urteil vom	AZ	Zit nach	Anamnese	Problem	Entscheid
1	BGH	29.5.01	VI ZR 120/00	HUR 96 AHRs 6590/312	Infekt nach Arthroskopie	Keine bakteriologische Diagnostik vor Einleitung der AB Therapie	Fehler, KEIN GF
2	BGH	28.5.02	VI ZR 42/01	HUR 101 AHRs 6551/313	Chronischer Infekt nach OP Sprunggelenksfr.	Orthopäde behandelt trotz eindeutiger Infektionszeichen über Monate konservativ	BF
3	OLG Braunschweig	30.8.01	1 U 54/00	AHRs 1873/310 2345/300	Nekrotisierende Fasciitis nach Leistenbruch OP	Fehler bei Diagnostik?	Kein Fehler, schwierig zu erkennen Infektentstehung kein Fehler prima facie
4	OLG Düsseldorf	21.12.95	8 U 126/94	AHRs 2415/115 2440/131	Wundinfekt nach Oberarmnagelung. Postop Schmerzen und Fieber, normales Labor	Revisionsbedarf? AB ? Wundrevision zu spät?	KF
5	OLG Düsseldorf,	21.11.96	8 U 166/95	AHRs 1873/118 2440/142	Wundinfekt bei Oberschenkelfraktur Klinische Infektzeichen	Infektdiagnostik / -therapie in Ordnung ? Wären : weitergehende Diagnostik, therap. Maßnahmen erforderlich gewesen?	Fehler. Vgl. Tab. 1, Zl. 12 und Tab. 3, Zl. 9
6	OLG Düsseldorf	15.6.00	8 U 99/99	HUR 95	Infekt nach Kniepunktion	Keine zeitnahe Diagnostik.	GF
7	OLG Frankfurt	20.5.08	8 U 261/07	HUR 186	Infekt nach Kniegelenksendoprothese. Frühzeitig klinische Infektzeichen, Fistel	Ausreichende Diagnostik? Revision erst nach 3 Monaten	GF
8	OLG Hamburg	25.07.97	1 U 118/94	AHRs 1873/124 2440/154	Wundinfekt nach op versorgter Achillessehnenruptur	Fehlt: Wundinspektion	Fehler, aber keine Folge nachweisbar Vgl. Tab. 4, Zl. 12
9	OLG Hamburg	19.5.00	1 U 63/99	1873/303	Ingfekt nach Entfernung Großzehennagel Klinisch ausgeprägte Infektionszeichen	Wundabstrich erforderlich?	Fehler, da kein rechtzeitiger Wundabstrich
10	OLG Hamm	20.11.96	3 U 31/96	AHRs 1862/107 1876/129	Gasbrand nach stumpfem Trauma	Rechtzeitiges Erkennen Ungewohnter Verlauf!	dennoch grober BF
11	OLG Hamm	25.01.99	3 U 142/98	AHRs 1873/133 2410/135	Spondylodiszitis nach Bandscheiben OP	Unterbliebene weitere Diagnostik nach postoperativem MRT	Kein BF, weitere Diagnostik nicht erforderlich
12	OLG Köln	12.6.91	27 U 25/90	HUR 45 a	Kniegelenksinfekt nach intraartikulärer Injektion	Fehlende bakteriologische Untersuchung	GF

					Infektionszeichen: Trübes Punktat		
13	OLG Köln	18.12.95	5 U 183/94	HUR 58	Wundinfekt nach OP Mittelfinger-Fraktur	Wegen Art der Verletzung erhöhte Inf-Gefahr, VW durch Pflegekräfte	GF
14	OLG Köln	21.7.04	5 U 145/03	HUR 126	Wundinfekt nach Venenentnahme	Fehlende Wundnachschaу	KF, nicht beweisbar
15	OLG München	25.04.96	24 U 19/93	AHRS 1873/115	Infekt nach Knie OP	Fehlende Gelenkpunktion zur Diagnosesicherung	Fehler
16	OLG München	24.09.98	1 U 5171/96	AHRS 1862/111 6562/172	Chronischer Infekt nach Bursektomie Ellbogen	Keine diagnostische Punktion	Grober BF
17	OLG Oldenburg	16.1.87	6 U 71/86	HUR 22	Infekt nach Meniskus-OP, Schmerzen und Fieber	Fehler wegen Unterlassen von Wundinspektion, Abstrich, AB	Grober BF
18	OLG Oldenburg	12.3.96	5 U 155/95	HUR 62	Wundinfekt nach OP einer Acromioclaviculargelenks-Sprengung	Keine weiterführende Diagnostik	BF
19	OLG Oldenburg	3.7.01	5 U 177/98	AHRS 1873/309	Sepsis (klinisch und Labor) nach Leistenbruch OP	Wundrevision notwendig?	Unterlassen = GF
20	OLG Stuttgart	02.09.93	14 U 7/93	AHRS 1876/106	Wundinfekt nach Operation einer Schenkelhalsfraktur	Es bestand eine schwere Allgemeininfektion – interpretiert als Harnwegsinfekt	Verkennung / fehlende Differentialdiagnostik war GF
21	OLG Stuttgart	29.07.97	14 U 20/96	AHRS 1876/136	Infekt nach Arthroskopie Symptome: Fieber, Schmerzen, Leukozytose	Fehlende weiterführende Punktion	BF
22	OLG Stuttgart	16.06.98	14 U 67/97	AHRS 1873/129 1815/115	Spondylodisitis nach Bandscheiben OP	MRT fehlinterpretiert??	Kein Fehler, da unspezifisches, vielgestaltiges Krankheitsbild
23	LG Aurich	14.2.03	4 O 630/99	HUR 164	Infekt an Periduralkatheter	Dokumentationspflicht zu regelmäßigen Verbandwechseln ?	GF, da kein regelmäßiger VW dokumentiert
<b>Tabelle 2:</b> Urteile zu „Infekt-Diagnostik“							

Lf Nr	Gericht	Urteil vom	AZ	Zit nach	Anamnese	Problem	Entscheid
1	BGH	28.5.02	VI ZR 42/01	HUR 101 AHRs 6551/313	Chronischer Infekt nach OP Sprunggelenksfraktur	Dg und Th unzureichend	BF (kein GF)
2	OLG Celle	25.6.01	1 U 48/00	2415/314	Serom nach Leistenbruch-OP	War alleinige Punktion ausreichend?	Ja Kein Fehler
3	OLG Celle	18.2.02	1 U 46/01	HUR 162	Infekt am Mittelfinger	Fehlende Antibiotika, fehlender Wundabstrich Beweiserleichterung wegen Dok-Pfölicht?	KF: Kein Fehlernachweis Keine Beweiserleichterung
4	OLG Dresden	19.12.02	4 U 1057/02	2415/321	Infekt nach offener Kniegelenksverletzung	Zu späte Revision ?	BF, da viele Wochen zu spät
5	OLG Düsseldorf	10.1.94	8 U 116/92	2415/102 2360/106	Kniegelenksinfekt nach Menishektomie. Antibiotische Behandlung	Fehlende operative Revision (z.B. Synovektomie)	Fehler (KF: Infektentstehung an sich)
6	OLG Düsseldorf	27.10.94	8 U 110/92	2440/119 6565/113	Infekt nach Kniepunktionen, klinische Infektzeichen Antibiotika	Revision ?	Falls keine Besserung unter AB ist der Verzicht auf Revision ein GF
7	OLG Düsseldorf	9.11.95	8 U 58/93	2440/127	Körperferner Unterschenkelbruch, OP, Infekt, Revision	Keine umfassende Nekrosenabtragung	Fehler
8	OLG Düsseldorf	7.11.96	8 U 185/95	2415/120	Wundinfekt nach Umstellungsosteotomie	Infektzeichen ab 4. Tag, AB ab 5. Tag, Revision 6. Tag	KF
9	OLG Düsseldorf	21.11.96	8 U 166/95	HUR 69 AHRs 1876/130 2440/142	Wundinfekt nach OP eines Oberschenkelbruchs	2 Wo Th-Verzögerung	BF s. auch Tab. 1, Zl. 12 und Tab. 2, Zl. 5
10	OLG Düsseldorf	15.6.00	8 U 99/99	HUR 95	Kniegelenksinfekt nach Injektion	Verzögerte Therapiemaßnahmen	BF
11	OLG Düsseldorf	24.8.00	8 U 107/99	2415/304	Wundinfekt nach OP Achillessehnenruptur Chronischer Infekt mit Sehnenteilnekrose	War das Unterlassen einer Revision fehlerhaft?	KF
12	OLG Hamburg	25.7.97	1 U 118/94	HUR 130	Wundinfekt nach Achillessehnenruptur	Zu wenig enge Wundnachschau	BF, s. auch Tab. 3, Zl. 8
13	OLG Hamm	27.4.98	3 U 164/97	2415/134	Diszitis nach Bandscheibenoperation	AB zu spät? (3 Wo nach Verdachtsdiagnose)	BF
14	OLG Hamm	26.8.98	3 U 201/97	2415/138 HUR 180	Infekt nach Hüft-TEP Antib und Revision	Erneute Revision zu spät?	Ja, aber keine sichere Verschlechterung dadurch



15	OLG Hamm	3.11.03	3 U 29/02	1873/312	Wundinfekt nach OP eines Schulterpfannenbruchs	Musste bei der Revision auch das Gelenk eröffnet werden?	Nein Kein Fehler
16	OLG Hamm	5.11.03	3 U 240/02	2420/306	Wundinfekt nach Bypass-OP	Zu späte Revision ?	Nein, KF
17	OLG Karlsruhe	24.6.01	7 U 239/98	HUR 200	Wundinfekt nach Hüfttotalprothese	Nachsorgepflicht ?	Endet mit stationärer Behandlung
18	OLG Koblenz	25.11.96	1 U 480/91	HUR 66	Wundinfekt nach OP Sprunggelenksfraktur	Fehlende chirurgische Therapie	GF
19	OLG Köln	4.12.96	5 U 68/96	HUR 70 AHRs 2415/121 4400/108	Wundinfekt nach OP Mittelfußfraktur. Revision unter Belassung des Metalls	Richtiges Vorgehen ?	Ja, KF
20	OLG Nürnberg	23.7.01	5 U 989/01	2415/315 6565/307	Kniegelenksempyem nach Arthroskopie. – Punktion und Spreizung	Keine Spülung / Saug-Spül-Drainage	GF
21	OLG Oldenburg	1.12.02	5 U 100/00	HUR 102	Wundinfekt nach Kaiserschnitt-OP	Unzureichende Th	BF
22	OLG Schleswig	6.1.93	4 U 204/90	AHRs 2415/100 2705/100	Schwere Weichteilquetschung Fuß, Gasbrand TYPISCHE Konstellation! Landwirtschaft!	Antibiotikum? Überdrucktherapie (HBO)?	KF bezgl AB und HBO, Risiko Gasbrand extrem selten
24	LG Hannover	7.4.94	19 O 230/92	HUR 51	Wundinfekt nach Oberschenkelnagelung Schüttelfrost, Fieber	Tage später Revision, kein Abstrich, zunächst keine AB	Zu spät, GF
25	LG Paderborn	6.1.93	4 O 193/92	2415/101 6565/101	Diabetische Gangrän, Nekrektomie, fortschreitender Infekt, US Amp	Halboffene statt offene Wundbehandlung, fehlendes AB	GF

**Tabelle 3:** Urteile zu „Infekt-Therapie“

Lf Nr	Gericht	Urteil vom	AZ	Zit nach	Anamnese	Problem	Entscheid
1	BGH	12.3.68	VI ZR 85/66	HUR 2 AHRS 6578/001	Abszess mit Todesfolge	a) Kanüle von Spritze nur mit Watte abgedeckt. Lange liegenlassen b) Kausalität SICHER ?	A = GF B nicht zu klären, wegen GF aber unbedeutend
2	BGH	10.11.70	VI ZR 83/69	AHRS 6330/001 5260/001 6578/002	Entbindung, infizierte Kratzwunden bei einem Neugeborenen, nachfolgend Sepsis, schwere Dauerschäden	Allgemeine hygienische Bedingungen waren schlecht (durch Gesundheitsbehörde bestätigt) deshalb Übernahmeverschulden	GF
3	BGH	14.7.81	VI ZR 35/79	HUR 12	Abszess mit Todesfolge	Rechtzeitige Diagnose? Unsichere Symptome bei tiefliegendem Abszess	Einfacher Fehler, Kausalität unsicher deshalb keine Haftung
4	BGH	03.11.81	VI ZR 119/80	AHRS	Septischer Schock nach Infusion	Organisationsmangel?	Ja, BF
5	BGH	8.1.91	VI ZR 102/90	AHRS 6330 /009	Wundinfekt nach Nephropexie	Hinweise für Hygienemängel?	KF
6	BGH	6.7.99	VI ZR 290/98	HUR 89a AHRS 6330/110	Wundinfekt nach OP einer Unterschenkelfraktur	Hygiene voll beherrschbar ?	Nicht zwingend, KF
7	BGH	20.03.07	VI ZR 158/06	AHRS 6330/310	Abszess Nackenbereich nach Infiltrationsbehandlung	Heuschnupfenkranke Mitarbeiterin, war Trägerin von Staphylococcus aureus	Fehler, voll beherrschbarer Bereich
8	OLG Bamberg	8.7.97	4 U 253/96	HUR 73	Infekt nach periartikulärer Infiltration	Anscheinsbeweis für Hygienefehler ?	Nein. Kein Fehler nachgewiesen
9	OLG Düsseldorf	4.6.87	8 U 113/85	AHRS 6578/006	Infekt nach schultergelenksnaher Infiltration	Keine vorangehende Händedesinfektion	GF
10	OLG Düsseldorf	5.8.04	I-8 U 17/04	AHRS 6330/303	Infekt nach Arthroskopie	Voll beherrschbar? Zur Zeit der OP gab es in der Klinik Bauarbeiten	KF
11	OLG Düsseldorf	28.6.01	8 U 171/00	HUR 115	Abszess	Hygienische Vorgaben eingehalten?	Ja – im einzelnen dargelegt
12	OLG Frankfurt	7.11.00	8 U 83/00	HUR 114	Spritzenabszess nach periartic Infiltr	Fehler prima facie ?	KF
13	OLG Hamburg	23.1.04	1 U 24/00	HUR 120	Spritzenabszess nach periartic Infiltr	Fehler Prima facie ?	KF
14	OLG Hamm	12.1.98	3 U 99/97	AHRS 6330/106	Infekt nach Bandscheiben OP. Angeblich Hygienestandard	Wurden laut Plänen etc eingehalten. – Voll beherrschbar: ja	KF

					(Desinfektionsmaßnahmen) im OP nicht eingehalten. Angeblich Häufung von Infektionen		
15	OLG Hamm	27.4.98	3 U 164/97	AHRS 2415/134	Diszitis nach Bandscheibenop	Lag mit infiziertem Pat im Zimmer	Kein Fehler, kein sicherer Zusammenhang
16	OLG Hamm	20.5.98	3 U 139/97	AHRS 6330/108	Infekt nach Kniegelenkspunktion	Voll beherrschbar?	Nein, nicht bei Gelenkpunktionen
17	OLG Hamm	20.8.07	3 U 274/06	HUR 170 AHRS 2790/317	Abszess nach paravertebraler Infiltration	LL „intraartikuläre Injektion“ analog anwendbar?	BF Kein GF
18	OLG Hamm	26.6.02	3 U 9/02	HUR 136	Gelenkinfekt Sprunggelenk nach intraartic. Injektion	Genügt <b>grundsätzliche</b> Unterweisung des Personals ?	Ja
19	OLG Hamm	26.11.03	3 U 265/02	AHRS 6410/313	Infekt nach Y-Prothese	Hygienefehler mit Beweiserleichterung?	Nein, KF
20	OLG Hamm	10.11.04	3 U 93/04	AHRS 3040/310 HUR 138	Nakrotisierende Fasciitis nach Lipom-Entfernung	Hygienefehler wegen fehlenden OP-Kittels?	Fehler, aber nicht bew. Kausalität s. auch Tab. 2, Zl. 24
21	OLG Hamm	13.12.04	3 U 135/04	HUR 109	Wundinfekt nach Kaiserschnitt. Mehrere Streptokokken-Infektionen und -Trägerschaften in der Klinik vorbestehend	Voll beherrschbar?	Nein, KF
22	OLG Karlsruhe	17.8.88	7 U 36/86	AHRS 6578/007	Infekt nach periartikulärer Infiltration	Keine Schutzkleidung, zu kurze Einwirkzeit des Desinfektionsmittels	GF
23	OLG Koblenz	20.3.91	1 U 31/87	HUR 44 b	Wundinfekt nach OP Schenkelhalsfraktur Unterbringung in Zimmer zusammen mit Pat mit eingewachsenem Großzehennagel und Pat mit Blinddarm-OP	Orga Fehler? (Unterschiedliche Keime !)	Ja, GF
24	OLG Koblenz	22.6.06	5 U 1711/05	HUR 143	Abszess	Hygienemängel ?	Zahlreiche einzelne Hygieneverstöße der Praxis <b>im allgemeinen</b> nachgewiesen und durch Gesundheitsbehörde bestätigt, deshalb im konkreten Falle Beweiserleichterung
25	OLG Köln	16.3.78	18 U 198/77	HUR 7	Wundinfektion nach Kniescheiben-	Allgemein schlechte Hyg Verhältnisse	BF (Organi-sation)

				AHRS 3010/011 5260/002 6578/004	OP	Laufende Bauarbeiten	
26	OLG Köln	22.1.87	7 U 193/86	HUR 23	Spritzenabszess, Spritze durch jungen Med-Studenten	Hygienefehler prima facie? Organisationsfehler?	Nachweisbar mangelhafte Übung. Deshalb Beweiserleichterung
27	OLG Köln	30.1.02	5 U 106/01	HUR 98	Harnwegsinfekt nach Blasenkatheterismus	Verfallsdatum des Kath. überschritten	GF
28	OLG Oldenburg	01.12.02	5 U 100/00	AHRS 3040/306 HUR 102	Infekt nach Kaiserschnitt-OP multiple Streptokokken-infektionen im Krankenhaus	vorangegangene vergleichbare Infektionen Fehlende Information	
29	OLG Oldenburg	20.12.06	5 U 108/05	AHRS 6330/308 3040/316	Infekt mit multiresistentem Keim	Lag eine Häufung von multiresistenten Keimen vor? Deshalb Organisations-Mangel ?	KF, nicht nachweisbar
30	OLG Saarbrücken	13.6.90	1 U 145/86	HUR 39	Wundinfekt nach Umstellungs-osteotomie Hüfte Veraltete räumliche Verhältnisse im OP	Kompensiert durch gute organisatorische Maßnahmen, belegt durch Infektionsstatistik	KF
31	OLG Zweibrücken	19.10.82	5 U 113/81	AHRS 6578/005	Tödliche Pseudomonadensepsis nach Herzkatheteruntersuchung	Instrumente desinfiziert statt sterilisiert	GF
32	OLG Zweibrücken	27.07.04	5 U 15/02	AHRS 3040/308 HUR 127	Wundinfekt nach Sprunggelenks-OP	Mangelhafte Hygiene? Kläger macht Inf Rate von 2,6 % geltend	KF
33	KG Berlin	17.4.80	20 U 4797/79	HUR 10	Mamma OP mit Wundinfekt	OP in einem OP, in dem zuvor eine Blinddarm OP gemacht wurde	GF
34	LG Bremen	20.12.01	6 O 2653/00	HUR 116	Abszess nach periartic Infiltr	Fehler prima facie ?	Nein, KF Darlegungspflichten, Bindung an LL
35	LG Freiburg	30.10.07	2 O 194/06	HUR 171	Abszess nach gelenknaher Infiltration	Fehlende Handschuhe, unzureichende Desinfektion	GF, auch da von LL abgewichen
36	LG Gießen	30.9.04	3 O 99/03	HUR 107	Aszess	Wischen statt sprühen vor Entnahme aus Flasche	BF
37	LG München	7.7.04	9 O 18834/00	HUR 125	Intraartikuläre Injektion, Infekt, Todesfolge	Mangelhafte Hygiene? Spritzen morgens en bloc aufgezo-gen	BF
<b>Tabelle 4:</b> Urteile zur Frage etwaiger Organisationsfehler							