

# Medisch Recht

## Gezondheidsrechtelijke bedenkingen bij ziekenhuisinfecties<sup>1 - 2</sup>

Stefaan CALLENS

Centrum voor Medische Ethiek en Recht, K.U.Leuven; advocaat, Brussel

- 
- <sup>1</sup> Interactief Postgraduaat Onderwijs in het kader van het "Pentalfa" -project georganiseerd door de Faculteit Geneeskunde K.U.Leuven (<http://www.med.kuleuven.be/pentalfa>); centrale moderator van deze sessie: prof. dr. A. Schuermans
  - <sup>2</sup> Deze bijdrage is reeds eerder verschenen in "Tijdschr. voor Geneeskunde, 62, nr. 2, 2006, pp. 123-130".



## I. Samenvatting

Steeds meer gehospitaliseerde patiënten krijgen te maken met een ziekenhuisinfectie. In dit artikel wordt kort de problematiek van de bewijslast besproken.

Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de wetgeving die direct of indirect verband houdt met ziekenhuisinfecties.

De Belgische rechtspraak en de Franse aanpak in geval van aansprakelijkheid bij een ziekenhuisinfectie komen eveneens aan bod.

Ten slotte wordt aandacht besteed aan een vrij recent Belgisch wetsvoorstel dat een systeem van foutloze aansprakelijkheid voor ziekenhuisinfecties bepleit.

## II. Inleiding

In België sterven jaarlijks tussen de 2500 en 3000 patiënten als gevolg van een ziekenhuisinfectie<sup>1</sup>. Het aantal ziekenhuisinfecties dat in België elk jaar voorkomt, zou ongeveer 110.000 bedragen<sup>2</sup>. De infecties die het vaakst optreden zijn urineweginfecties, postoperatieve wondinfecties, infecties van de luchtwegen en deze ten gevolge van het plaatsen van een intravasculaire katheter.

Sinds enige tijd besteedt de overheid aandacht aan deze ziekenhuisinfecties. Er bestaan campagnes voor de promotie van handhygiëne en voor het tegengaan van antibioticamisbruik. Er wordt aangenomen dat 30% van de infecties kan worden voorkomen als bepaalde hygiënische maatregelen zijn getroffen<sup>3</sup>. Dit heeft tot gevolg dat ziekenhuisinfecties zich op het raakvlak bevinden van een therapeutisch risico en minder goede of slechte medische praktijk<sup>4</sup>.

In deze juridische bijdrage komt dan ook de vraag aan bod wie kan worden aangesproken voor een ziekenhuisinfectie die aan een patiënt schade toebrengt. Deze bijdrage is beperkt tot de vorderingen op burgerrechtelijk vlak. De strafrechtelijke aspecten komen niet aan bod.

De vraag naar de bewijslast staat centraal in een eerste punt. Daarna volgt een kort overzicht van de wettelijke bepalingen die een patiënt kan inroepen indien hij een arts of een ziekenhuis aansprakelijk wil stellen naar aanleiding van een ziekenhuisinfectie. Vervolgens wordt nagegaan in welke mate de Belgische

<sup>1</sup> Voorstel van resolutie tot bestrijding van de ziekenhuisinfecties van 20 februari 2004. *De Kamer*; Doc 51 0836/001.

<sup>2</sup> Zie antwoord van Minister Demotte d.d. 10 mei 2005 op een parlementaire vraag van de heer Goutry L. (vraag nr. 6749).

<sup>3</sup> Memorie van Toelichting, wetsvoorstel van 20 januari 2005 tot uitvaardiging van veiligheids- en gezondheids- normen voor de verzorgingsinstelling en tot instelling van een vergoedingsregeling voor patiënten die het slachtoffer zijn van ziekenhuisinfecties. *De Kamer*; 2004-2005, 1565/001, 3.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

rechtspraak aandacht heeft besteed aan de problematiek van de ziekenhuisinfecties. Tevens wordt een kort overzicht gegeven van de wijze waarop de Franse wetgever de problematiek van de ziekenhuisinfecties heeft geregeld. Tot slot wordt stilgestaan bij een recent Belgisch wetsvoorstel om patiënten die het slachtoffer zijn van een ziekenhuisinfectie financieel te steunen.

### III. De burgerlijke vordering en de bewijslast van de patiënt

Er is sprake van een ziekenhuisinfectie wanneer de infectie niet aanwezig noch latent aanwezig was op het tijdstip van de ziekenhuisopname, alsook wanneer de opgelopen infectie zich pas manifesteert nadat de patiënt uit het ziekenhuis is ontslagen. Een cruciale vraag voor een patiënt die meent schade te hebben ondervonden naar aanleiding van een dergelijke ziekenhuisinfectie is dan ook, of er sprake is van een middelen- dan wel van een resultaatsverbintenis. Artikel 1137 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt dat de "verbintenis om voor het behoud van de zaak te zorgen verplicht hem die ermee belast is, daaraan alle zorgen van een goed huisvader te besteden, onverschillig of de overeenkomst een van de partijen of beide partijen gemeenschappelijk tot nut strekt". Hieruit kan worden afgeleid dat een ziekenhuis of een hulpverlener op grond van een *mid-delenverbintenis* geacht wordt te handelen als een zorgvuldig ziekenhuis of hulpverlener geplaatst in gelijkaardige omstandigheden. De arts of het ziekenhuis neemt dus enkel de verplichting op te proberen een bepaald resultaat te bereiken, maar zonder dat het zeker is dat dit resultaat ook zal worden bereikt. Bij een *resultaatsverbintenis* wordt volgens artikel 1147 BW de "schuldenaar, indien daartoe grond bestaat, veroordeeld tot het betalen van schadevergoeding, hetzij wegens niet-uitvoering van de verbintenis, hetzij wegens vertraging in de uitvoering, wanneer hij niet bewijst dat het niet nakomen het gevolg is van een vreemde oorzaak die hem niet kan worden toegerekend, en hoewel er zijnerzijds geen kwade trouw is". Een resultaatsverbintenis verplicht het ziekenhuis of de arts bijgevolg om een resultaat te bereiken.

Het gevolg hiervan is dat in geval van *een inbreuk op een middelenverbintenis de bewijspositie van de patiënt moeilijker ligt dan in geval van een schending van een resultaatsverbintenis*. Bij een middelenverbintenis dient de patiënt aan te tonen dat de arts of het ziekenhuis niet als een zorgvuldig arts of als een zorgvuldig ziekenhuis gehandeld heeft. Bij de niet-naleving van een resultaatsverbintenis volstaat het voor de patiënt om aan te tonen dat het beloofde resultaat niet is bereikt, dat er schade is en dat er tussen de miskenning van de resultaatsverbintenis en de schade een oorzakelijk verband is. Door de band genomen zijn de meeste verbintenissen van een arts of een ziekenhuis middelenverplichtingen<sup>5</sup>. Daar komt nog bij dat de schade die een patiënt ten gevolge van een verblijf in een ziekenhuis oploopt te wijten kan zijn aan het handelen (of niet-handelen) van een verschillend aantal personen. Voor een patiënt is het

<sup>5</sup> Bergen, 12 mei 1997. *T Gez.* / *Rev. Dr. Santé* 1998-1999: 216.

bijgevolg vaak vrij moeilijk om aan te tonen dat zijn schade te wijten is aan een fout van de arts of van het ziekenhuis<sup>6</sup>. Rechters hebben in het verleden rekening gehouden met die zware bewijslast van de patiënt. Zo is er in de rechtspraak een tendens waar te nemen om het foutbewijs soms vrij soepel te aanvaarden. Ten aanzien van de patiënt die een contractuele vordering tegen het ziekenhuis of de arts indient omdat er gebrekkig materiaal zou zijn gebruikt, zullen rechters vaak een contractuele fout aanvaarden alleen al omdat er een fout is gemaakt in de keuze van of bij de controle van het materiaal<sup>7</sup>.

Daar komt nog bij dat sommige rechters de verplichting voor een arts of ziekenhuis om veilig materiaal te gebruiken als een *veiligheidsverbintenis* beschouwen<sup>8</sup>. Deze veiligheidsverbintenis wordt dan als een resultaatverbintenis gecatalogeerd die krachtens artikel 1135 BW als een bijkomende verbintenis op het ziekenhuis of de arts rust. Die bijkomende verbintenis houdt in dat er veilig materiaal wordt gebruikt en dat het ziekenhuis of de arts de patiënt bijgevolg dient te vrijwaren van de risico's die zijn fysieke integriteit bedreigen. De toepassing van de veiligheidsverplichting is volgens de rechtspraak verantwoord vanwege het feit dat het ziekenhuis of de arts t.o.v. de patiënt in een feitelijke machtspositie staat<sup>9</sup>. Het hof van beroep te Antwerpen stelde het in een arrest van 22 februari 1999 als volgt: *"ten gevolge van de feitelijke machtspositie van de arts/het ziekenhuis t.o.v. de patiënt en diens beperkte handelingsvrijheid, rust op de arts/het ziekenhuis een veiligheidsplicht t.o.v. de patiënt"*<sup>10</sup>. *"De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat de door de arts gebruikte zaken (in casu een elektrocauter) de nodige veiligheid bieden. De veiligheidsplicht van de arts en het ziekenhuis m.b.t. de aangewende hulpmiddelen is een resultaatverbintenis"*<sup>11</sup>.

De impact van de Wet patiëntenrechten, de Ziekenhuiswet en de Wet productaansprakelijkheid op ziekenhuisinfecties

Eens een patiënt beslist heeft een burgerrechtelijke vordering in te stellen, rijst de vraag welke wettelijke bepalingen bij die vordering kunnen worden betrokken. Hieronder wordt kort verwezen naar wettelijke bepalingen die kunnen worden ingeroepen<sup>12</sup>.

<sup>6</sup> VANSWEEVELT T. *Op. cit.*, 630; LIERMAN S., *Voorzorg, preventie en aansprakelijkheid*. Antwerpen: Intersentia, 2004.

<sup>7</sup> VANDENBERGHE, H. Medische aansprakelijkheid. In: Vandenberghe, H. (ed.). *De professionele aansprakelijkheid*. Brugge: Die Keure, 2004: 86; VANSWEEVELT T. *Op. cit.*, 631.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> *Op. cit.*, 634; zie Luik, 29 september 1998. R.G.A.R. 2000: 13234.

<sup>10</sup> Antwerpen, 22 februari 1999. *T. Gez. / Rev. Dr. Santé* 1999-2000: 285.

<sup>11</sup> *Ibidem*

<sup>12</sup> In deze bijdrage wordt voor de weergave van het juridisch kader geen rekening gehouden met de concrete relatie waarin de patiënt zich tegenover het ziekenhuis of de arts bevindt (contactueel, buitencontractueel).

## IV. Wet patiëntenrechten

Eén van de rechten uit de Wet patiëntenrechten is het recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking (zie art. 5). In geval van een besmetting in een ziekenhuis spreekt het voor zich dat een patiënt zou kunnen argumenteren dat de besmetting het gevolg is van een gebrek aan een kwaliteitsvolle dienstverstrekking. Hiervoor zou hij het ziekenhuis zelf kunnen aanspreken. De Wet patiëntenrechten heeft immers een niet-onbelangrijke wijziging aangebracht in de Ziekenhuiswet<sup>13</sup>. Zo is nu in artikel 17 novies, lid 4 van de Ziekenhuiswet bepaald dat *"het ziekenhuis in principe aansprakelijk is voor de tekortkomingen, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars, in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde rechten van de patiënt, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door beroepsbeoefenaars"*. Op dit principe bestaat wel een uitzondering. Het valt in elk geval te verwachten dat - gelet op de formulering van art. 17 novies, lid 4 - ziekenhuiswet patiënten hun vordering meer nog dan vroeger tot het ziekenhuis in plaats van tot de arts (alleen) zullen richten<sup>14</sup>. Op de ziekenhuisbeheerder rust bovendien krachtens art. 11 Ziekenhuiswet de algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit, zowel op het vlak van organisatie als op het financiële vlak.

## V. Ziekenhuiswet en uitvoeringsbesluiten

Om het risico van ziekenhuisinfecties zo veel mogelijk te beperken, heeft de wetgever in de Ziekenhuiswet en de uitvoeringsbesluiten tal van bepalingen uitgewerkt waardoor de ziekenhuizen aan *ziekenhuishygiëne* de nodige aandacht moeten besteden. Een ziekenhuis dat deze normering niet goed naleeft, kan trouwens een fout in de zin van art. 1382 e.v. BW worden verweten. Een ziekenhuis dat het risico van een infectie en een eventuele vordering van een patiënt wil beperken, zal bijgevolg de toepasselijke bepalingen uit de Ziekenhuiswet en de uitvoeringsbesluiten strikt moeten naleven. Dit houdt o.a. in dat in het ziekenhuis conform art. 15 Ziekenhuiswet de medische activiteit kwalitatief moet worden getoetst, zowel extern als intern. Bovendien moet volgens het Koninklijk Besluit (KB) van 15 december 1987<sup>15</sup> de hoofdgeneesheer erover waken dat er maatregelen worden genomen om de ziekenhuishygiëne te bevorderen. Het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, bevat specifieke bepalingen voor ziekenhuishygiëne.

Zo moet een ziekenhuis beschikken over een geneesheer-ziekenhuishygiënist, een verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en een comité van ziekenhuishygiëne. De *geneesheer-ziekenhuishygiënist* hangt af van de hoofdgeneesheer van de

13 CALLENS S. Aansprakelijkheid van het ziekenhuis, *T Gez. / Rev. Dr. Santé* 2003-2004: 125.

14 *Ibidem*.

15 Koninklijk Besluit houdende uitvoering van artikelen 13 tot en met 17 van de wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het koninklijk besluit van 7 augustus 1987. *Belgisch Staatsblad*, 25 december 1987.

instelling en fungeert als raadgever in verschillende gebieden zoals het opzetten van en het toezicht houden over de aseptische technieken, het toezicht op de afzondering en de technieken toegepast op besmette zieken, de registratie van de ziekenhuisinfecties, het opsporen van de infectiebronnen, het opsporen van de kiemdragers onder het personeel en de patiënten, het bacteriologisch toezicht van het ziekenhuismilieu, de controle van de aangewende technieken van ontsmetting en sterilisatie in de verzorgingseenheden, het operatiekwartier en de sterilisatiedienst, de aanbevelingen voor de oriëntatie i.v.m. de antibioticumtherapie, het uitwerken van richtlijnen en het toezicht op tal van zaken zoals het huishoudelijk onderhoud en de ontsmetting van de oppervlakten, het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval, de bestrijding van het onge-dierte, het bouwen of verbouwen van de lokalen, het onderwijs en de bijscholing van het personeel op het gebied van ziekenhuishygiëne.

De *verpleegkundige-ziekenhuishygiënist* is een medewerker van de geneesheer-ziekenhuishygiënist en maakt deel uit van het comité voor ziekenhuishygiëne. Deze verpleegkundige rapporteert aan dit comité zijn werkzaamheden, bezorgt het comité inlichtingen en oefent de taken uit die het comité hem toevertrouwt. Hij neemt deel aan het onderwijs van het personeel inzake ziekenhuishygiëne en vervult eveneens een rol van supervisie door o.a. verzorgingstechnieken te bewaken, door de doeltreffendheid van het onderwijs, de gegeven inlichtingen en de nieuw ingevoerde methoden te evalueren.

*Het comité voor ziekenhuishygiëne* bestaat uit de ziekenhuisdirecteur, de hoofdgeneesheer, de geneesheer-ziekenhuishygiënist, de microbioloog, de apotheker, het hoofd van de verpleegkundige diensten, de verpleegkundigehygiënist en drie ziekenhuisartsen aangewezen door de Medische Raad. Dit comité is een adviesorgaan ten behoeve van de hoofdgeneesheer. Het is belast met het opzetten van en het toezicht houden over de aseptische technieken, verzorgingseenheden, het toezicht op de afzondering en de technieken toegepast op de besmette zieken, de registratie van de ziekenhuisinfecties, het opsporen van de infectiebronnen, het opsporen van de kiemdragers onder het personeel en de patiënten, het bacteriologisch toezicht op het ziekenhuismilieu, de controle op de technieken voor ontsmetting en sterilisatie, aanbevelingen voor de oriëntatie i.v.m. de antibioticumtherapie, het uitwerken van richtlijnen voor en het toezicht op o.a. het huishoudelijk onderhoud en de ontsmetting van de oppervlakten, het opstellen, in overleg met de betrokken diensthoofden, van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdeling en desgevallend de autopsielokalen.

## VI. Wetgeving inzake producten

Indien materiaal dat door een arts of een ziekenhuis wordt gebruikt om een patiënt te verzorgen (zoals een endoscoop, een chirurgisch mes, ...), schade berokkent aan de patiënt, zonder dat het materiaal aan de patiënt wordt verkocht, dan kan op grond van de Wet Productaansprakelijkheid een vordering in rechte

worden ingeleid<sup>16</sup>. Eigen aan deze wet is het regime van de foutloze aansprakelijkheid ten aanzien van de producent. Het is niet vereist dat het slachtoffer een fout van de producent bewijst om schadevergoeding te krijgen. Het slachtoffer of een derde moet echter wel aantonen dat het product gebrekkig was en dat hij daardoor schade heeft ondervonden. Een product is gebrekkig wanneer het, alle omstandigheden in acht genomen, niet de veiligheid biedt die men gerechtigd is te verwachten.

In geval een patiënt die zich in een buitencontractuele rechtsverhouding bevindt (hij is bijvoorbeeld bewusteloos opgenomen) tijdens zijn verblijf een ziekenhuisinfectie als gevolg van gebruik van gebrekkig materiaal oploopt, kan hij een vordering instellen die eventueel (ook) is gebaseerd op artikel 1384 lid 1 BW. Volgens dit artikel is men aansprakelijk voor de schade die men veroorzaakt door zijn eigen daad, maar ook voor die welke veroorzaakt wordt door de daad van personen voor wie men moet instaan, of van zaken die men onder zijn bewaring heeft. Dit artikel legt een objectieve aansprakelijkheid op de bewaarder van een schadeveroorzakende gebrekkige zaak. Het slachtoffer moet enkel bewijzen dat er schade was en dat er tussen het gebrek van de zaak en de schade een causaal verband bestaat. Het bewijs van een fout is niet vereist<sup>17</sup>. Een product heeft een gebrek wanneer het een abnormaal kenmerk heeft waardoor het onder bepaalde omstandigheden schade aan derden kan berokkenen<sup>18</sup>. Abnormaal is elk kenmerk dat ervoor zorgt dat een zaak ongeschikt wordt voor normaal gebruik. De rechtspraak aanvaardt naast het rechtstreeks bewijs van het gebrek, ook het bewijs van een gebrek indien het slachtoffer aantoonde dat de schade zich niet zou hebben voorgedaan indien de zaak niet met het gebrek was aangetast. Op de *bewaarder* rust een onweerlegbaar vermoeden van schuld waaraan hij zich enkel kan onttrekken door aan te tonen dat de zaak geen gebrek vertoonde of dat het gebrek niet in oorzakelijk verband stond met de schade, maar te wijten was aan een vreemde oorzaak zoals overmacht, toeval en daad van een derde of een slachtoffer<sup>19</sup>. Het ziekenhuis dat of de arts die als bewaarder wordt aangesproken, kan de aansprakelijkheid alleen ontlopen indien wordt aangetoond dat aan de toepassingsvoorwaarden van artikel 1384 lid 1 BW niet werd voldaan of dat de schade te wijten is aan een vreemde oorzaak. Vraag is dan wie als bewaarder van het niet-steriele materiaal in een ziekenhuisomgeving kan worden beschouwd. Uit de rechtspraak volgt dat de bewaarder *"de persoon is die voor eigen rekening van een zaak gebruikmaakt, het genot ervan heeft of voor het behoud ervan zorgt, met recht van toezicht, leiding en controle"*<sup>20</sup>. De bewaarder moet dus niet noodzakelijk de eigenaar van de zaak zijn. Het volstaat dat er een feitelijke mogelijkheid is om toezicht uit te oefenen op de zaak, al is het eigenaar zijn van materiaal wel

<sup>16</sup> In geval van verkoop kunnen de contractuele aansprakelijkheidsbepalingen voorzien in het burgerlijk wetboek omtrent een verkoop van een gebrekkig goed worden toegepast. Deze bepalingen blijven hier buiten beschouwing.

<sup>17</sup> Cass. 13 maart 1997. *J.L.M.B.* 1997: 1320.

<sup>18</sup> AERTS, I., *O.c.*, 75; Cass. 23 september 1971, Arr. Cass., 1972, 88; Luik, 3 april 1998, *T Gez. R./Rev. Dr. Santé* 1999-2000: 346.

<sup>19</sup> Zie ook AERTS, I. Het juridisch statuut van de ziekenhuisapotheker. Leuven: Acco, 2003: 74.

<sup>20</sup> Cass. 25 maart 1943, Arr. Cass., 1943, 68.



richtingaanwijzend. Uit de rechtspraak blijkt dat uit het eigendomsrecht op een zaak een feitelijk vermoeden van bewaring wordt afgeleid, zodat het ziekenhuis vaak als eigenaar en dus ook als bewaarder zal worden beschouwd.

## VII. Jurisprudentiële ontwikkelingen

Tot op heden is de gepubliceerde Belgische rechtspraak inzake ziekenhuisinfecties vrij schaars.

Een arrest van het hof van beroep van Brussel heeft op 29 september 1998 de problematiek van de nosocomiale infecties behandeld<sup>21</sup>. In casu onderging de patiënt een dubbele coronaire bypassoperatie. Bij het verlaten van het ziekenhuis de volgende dag had de patiënt hoge koorts. Na onderzoek heeft men bij de patiënt de aanwezigheid vastgesteld van *Staphylococcus aureus*, een multi-resistente bacterie. In eerste instantie vroeg de patiënt een schadevergoeding van het ziekenhuis dat hij verantwoordelijk stelde op basis van art. 1384 lid 1 BW. Het OCMW-ziekenhuis van Brussel was van oordeel dat de oorsprong van de multiresistente stafylokokkeninfectie niet in het ziekenhuis lag en dat een expertise hieromtrent zekerheid moest verschaffen. De eerste rechter besliste tot een expertise en ging er bijgevolg niet automatisch van uit dat het feit dat een patiënt na het verlaten van het ziekenhuis een multiresistente stafylokokkeninfectie heeft opgelopen, automatisch bewijst dat er een causaal verband was tussen het ziekenhuisverblijf en de infectie waardoor het OCMW als bewaarder van een gebrekkige zaak (art. 1384, al. 1 BW) onmiddellijk aansprakelijk kon worden gesteld. Dit vonnis werd in beroep bevestigd.

In een zaak van 7 januari 2002 voor de rechtbank van eerste aanleg van Luik verweet een patiënte die het slachtoffer zou zijn van een ziekenhuisinfectie het ziekenhuis om gebruik gemaakt te hebben van gebrekkig materiaal (art. 1384, lid 1 BW), foutief te hebben gehandeld bij de ontsmetting van het materiaal en bij de informatie over de op te lopen risico's (art. 1382 BW) en de contractuele veiligheidsverplichting niet te hebben nageleefd<sup>22</sup>. In casu was de patiënte opgenomen voor een aneurysmabreuk. Ze werd geopereerd. Na de operatie daalde haar gezichtsvermogen sterk en na enkele uren zag ze niks meer. Ze werd een tweede keer geopereerd, maar het gezichtsverlies bleef. De patiënte stelde een vordering in tegen het ziekenhuis voor de schade ten gevolge van de nosocomiale infectie. De rechtbank argumenteerde dat het bestaan van een ziekenhuisinfectie geloofwaardig was, maar dat het ziekenhuis niet als bewaarder van materiaal zomaar voor elke ziekenhuisinfectie op grond van art. 1384, lid 1 BW kon aansprakelijk zijn. De rechtbank was van oordeel dat, wanneer niet vaststaat dat de infectie het gevolg is van besmet medisch materiaal, het ziekenhuis toch nog kan worden aansprakelijk gesteld op grond van art. 1382

21 Brussel, 29 september 1998, *T. Gez./Rev. Dr. Santé* 1999-2000: 55.

22 Rb. Luik, 7 januari 2002, *R. G.A.R.* 2002: 13573.

BW, wanneer wordt vastgesteld dat niet alle hygiënemaatregelen eigen aan de strijd tegen nosocomiale infecties waren genomen<sup>23</sup>.

Een vordering ingeleid tegen een arts en een OCMW-ziekenhuis voor schade ten gevolge van een infectie van de knie met *Pseudomonas* werd gegrond verklaard door het hof van beroep te Antwerpen in een arrest van 12 december 2001. Uit het onderzoek bleek dat er in één maand in het ziekenhuis verschillende patiënten die een artroscopie ondergingen, geïnfecteerd waren met *Pseudomonas*. De deskundige stelde o.a. vast dat eenzelfde recipiënt met steriel water voor herhaalde spoelingen gedurende een volle dag werd gebruikt. De arts werd een contractuele fout verweten. Hij stond weliswaar niet in voor de desinfectie, maar had er toezicht over en kon zeggenschap uitvoeren. Het uitvoeren van een artroscopie onder ongewijzigde omstandigheden ondanks de eerdere besmettingen werd als een contractuele fout beschouwd. Het OCMW dat ten aanzien van het verontrustende karakter van het optreden van meerdere gevallen van *Pseudomonas*-infecties bij artroscopiepatiënten niet heeft ingegrepen, heeft volgens het hof foutief gehandeld in de zin van art. 1382-1383 BW<sup>24</sup>. Het nalaten van het nemen van onmiddellijke maatregelen op het gebied van desinfecties bij het zich voordoen van een ernstige problematiek van specifieke infecties bij patiënten die eenzelfde soort operatieve ingreep ondergaan maakt een foutieve onvoorzichtigheid uit.

In een arrest van 26 januari 2004 stelde het hof van beroep te Antwerpen vast dat bij een infectie door *Staphylococcus aureus* opgelopen bij een hartkatheterisatie, de exacte oorzaak van de acute *Staphylococcus*-endocarditis niet te achterhalen was<sup>25</sup>. Door de gerechtsdeskundigen was vastgesteld dat er kon worden van uitgegaan dat de gehersteriliseerde katheter steriel was. Het gebruik van de gehersteriliseerde katheter werd niet als een fout aanzien en de vordering van de erfgenamen van de overleden patiënt werd afgewezen.

Objectieve aansprakelijkheid van ziekenhuizen voor nosocomiale infecties in Frankrijk

In Frankrijk is inzake aansprakelijkheid voor ziekenhuisinfecties vanaf maart 2002 een duidelijke regeling uitgewerkt. Die wettelijke regeling bouwt in zekere mate voort op een ontwikkeling in de Franse rechtspraak. In een arrest van 21 mei 1996<sup>26</sup> oordeelde het Franse Hof van Cassatie dat in geval van nosocomiale ziekten een ziekenhuis wordt verantwoordelijk geacht voor een infectie, opgelopen door een patiënt ten gevolge van een ingreep in een operatiezaal, tenzij het ziekenhuis kan bewijzen dat het geen fout heeft begaan. Het ziekenhuis kan dus nog zijn aansprakelijkheid ontlopen door aan te tonen

23 In een vonnis van 26 maart 2002 oordeelde de Rechtbank van Eerste Aanleg te Luik naar aanleiding van de vordering van de ouders van een kindje dat aan leukemie leed en na een transfusie besmet raakte met *Pseudomonas putrida* waarna het overleed, dat een expert diende te worden aangesteld ten einde o.a. de oorzaak van de besmetting na te gaan en te onderzoeken of er sprake is van een zware of lichte fout (R.G.A.R. 2002: 13572).

24 Antwerpen, 12 december 2001 A.R. 1999/AR/1101 - 1999/AR/1303.

25 Antwerpen, 26 januari 2004, A.R. 1996/AR/2128 (niet gepubliceerd).

26 Cass. Fr., 21 mei 1996. *Dall*, 1997: 287.

dat het voldoende sterilisatie- en reinigingsprocedures had toegepast. Op het ziekenhuis rust een vermoeden van fout. Via drie arresten van 29 juni 1999 heeft het Hof van Cassatie de positie van slachtoffers van ziekenhuisinfecties versterkt. Ten aanzien van ziekenhuizen én artsen werd in het geval van een ziekenhuisinfectie een resultaatsverplichting toegepast waaraan slechts kon worden ontsnapt door het bewijs van een vreemde oorzaak. Het blijft wel nog aan de patiënt om aan te tonen dat de infectie waarvan hij het slachtoffer is wel degelijk een nosocomiale infectie is. Het bewijs van een fout is niet nodig. Een vermoeden van oorzakelijk verband tussen een ingreep en de infectie wordt niet aanvaard<sup>27</sup>.

Door de wetten van maart 2002 en december 2002 is het Franse Gezondheidswetboek in die zin gewijzigd dat nu is bepaald dat de ziekenhuizen verantwoordelijk zijn voor de schade als gevolg van een ziekenhuisinfectie, behalve indien zij een vreemde oorzaak kunnen aantonen. Via deze wettelijke bepaling is de jurisprudentiële regel volgens dewelke ook op artsen een resultaatsverbotenis ligt, niet in de wet overgenomen. Artsen kunnen evenwel in geval van een duidelijke fout wel nog aansprakelijk worden gesteld in Frankrijk.

Daarenboven is wettelijk voorzien dat wanneer het slachtoffer van een nosocomiale infectie de vergoeding van zijn schade niet vanwege het ziekenhuis of een andere actor kan verkrijgen (er is bijvoorbeeld bewijs van een vreemde oorzaak door het ziekenhuis of er is geen fout vanwege een arts), hij vergoeding kan verkrijgen via het systeem van nationale solidariteit, met name via bemiddeling van l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM). Deze instelling komt sowieso tussen in geval er sprake is van ziekenhuisinfecties die leiden tot een blijvende werkonbekwaamheid van 25% of in geval van overlijden van de patiënt. Dit bureau kan zich op zijn beurt verhalen tegenover de instelling of de hulpverlener in geval van fout, in het bijzonder in geval van duidelijk niet naleven van de verplichtingen opgelegd door de overheid in de strijd tegen nosocomiale infecties.

## VIII. Naar een foutloze aansprakelijkheid in België?

Het Franse systeem inzake aansprakelijkheid voor ziekenhuisinfecties, zoals ontwikkeld in de Franse rechtspraak en wettelijk verder uitgewerkt in een specifieke wet, is niet aanwezig in België. Belgische rechtsleer heeft in het verleden wel al duidelijk gewezen op de noodzaak om de positie van de patiënt die het slachtoffer is van een ziekenhuisinfectie te verstevigen via een tussenkomst vanuit een Fonds voor vergoedingen<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> BACACHE-GBIELLI M. Infections nosocomiales: website: <http://www.droit.univ-paris5.fr/>.

<sup>28</sup> DALCQ R.O. À propos des infections nosocomiales. *T Gez. / Rev. Dr. Santé* 1999-2000: 7; zie ook DIJKHOFF ZW. Ziekenhuisinfecties: de (h)aard van het beestje. *T Gez. R./ Rev. Dr. Santé* 2006.

Men kan er niet omheen dat met de huidige wetgeving een vergoeding voor een patiënt lang niet zeker is en in elk geval, indien het ziekenhuis betwist dat er sprake is van een ziekenhuisinfectie of van oordeel is dat het ziekenhuis zorgvuldig heeft gehandeld, de patiënt niet direct een vergoeding zal ontvangen. De patiënt die een ziekenhuis wil aanspreken op grond van bijvoorbeeld art. 1382 e.v. BW (foutief handelen), zal het bewijs van een fout moeten aantonen, wat niet evident is. Indien de vordering bv. gebaseerd is op art. 1384, al. 1 BW, moet het bewijs van een gebrek van de zaak worden aangetoond. Het is trouwens maar de vraag of de jurisprudentiële ontwikkelingen in Frankrijk inzake infecties zomaar in België zullen worden toegepast<sup>29</sup>.

Via een recent wetsvoorstel van 20 januari 2005 willen een aantal politici, naar het voorbeeld van Frankrijk, voor ziekenhuizen een systeem van objectieve aansprakelijkheid voor ziekenhuisinfecties creëren<sup>30</sup>. Ook wanneer de instelling geen schuld treft, zal zij verplicht worden patiënten te vergoeden die het slachtoffer zijn van een ziekenhuisinfectie die binnen het ziekenhuis is opgelopen. Het wetsvoorstel gaat uit van het principe dat de zorginstelling (ziekenhuis, bloedtransfusiecentrum, rusthuis enz.) aansprakelijk is, behalve als de instelling kan aantonen dat de oorzaak van de infectie buiten het ziekenhuis ligt. Als de zorginstelling kan aantonen dat zij aan alle door de Koning uitgevaardigde gezondheidsnormen heeft voldaan, vergoedt de zorginstelling de patiënt waarna de instelling van de Staat het bedrag van de aan de patiënt, uitgekeerde schadevergoeding zal ontvangen. Het toepassingsgebied van het wetsvoorstel is evenwel beperkt tot de zwaarste ziekenhuisinfecties, met name die infecties die tot het overlijden van een patiënt hebben geleid of die leiden tot een bij KB vast te leggen graad van arbeidsongeschiktheid. Van de patiënt of zijn rechthebbende wordt in elk geval verwacht dat hij het bewijs levert van de ziekenhuisinfectie, de daaruit voortvloeiende schade alsook het causaal verband tussen beide. Het wetsvoorstel voorziet ten slotte dat de koning, rekening houdend met de aanbevelingen inzake de preventie van ziekenhuisinfecties van de Hoge Gezondheidsraad bij een in ministerraad overlegd KB de normen inzake veiligheid en hygiëne waaraan de zorgstelling moet voldoen, vastlegt.

## IX. Besluit

Voor ziekenhuizen, rusthuizen en andere zorginstellingen, zorgverleners, patiënten enz. bestaat vaak onduidelijkheid omtrent de vraag wie opdraait voor de schade als gevolg van een ziekenhuisinfectie. Via verschillende wettelijke bepalingen streeft de overheid naar goede, kwaliteitsvolle zorg en naar het vermijden van ziekenhuisinfecties. Juridische procedures om schadevergoeding te

<sup>29</sup> Zie ook DALCQ R.O. À propos des infections nosocomiales. *T. Gez./ Rev. Dr. Santé* 1999-2000: 7. Zie in zekere zin ook HANNOSSET E. Réflexions critiques sur l'évolution de quelques questions de droit médical. *T. Gez. R. / Rev. Dr. Santé* 2000-2001: p. 133.

<sup>30</sup> Wetsvoorstel van 20 januari 2005 tot uitvaardiging van veiligheids- en gezondheidsnormen voor de verzorgingsinstellingen en tot instelling van een vergoedingsregeling voor patiënten die het slachtoffer zijn van ziekenhuisinfecties. *De Kamer*, doc 51 1565/001.

krijgen bij schade ten gevolge van een ziekenhuisinfectie zijn complex en tijdrovend.

In Frankrijk heeft de wetgever via een systeem van foutloze aansprakelijkheid uiteindelijk een regeling uitgewerkt die patiënten de mogelijkheid biedt om vrij vlug een vergoeding te kunnen verkrijgen in geval van schade ten gevolge van een ziekenhuisinfectie. Een algemeen systeem van foutloze aansprakelijkheid in België is nog niet aan de orde.

Op politiek vlak wordt er weliswaar aan een dergelijk systeem gedacht. Recent nog is in opdracht van het Kenniscentrum een studie uitbesteed naar de mogelijke kosten van een dergelijk systeem<sup>31</sup>. Uit het rapport opgesteld ten behoeve van het Kenniscentrum, dat weliswaar vertrekt van zeer beperkte en algemene gegevens, blijkt alvast dat een algemeen systeem van foutloze aansprakelijkheid dat eenzelfde tussenkomst per type schadegeval biedt als hetgeen nu door verzekeringsmaatschappijen wordt uitgekeerd, vrij duur kan uitvallen. In andere landen, zoals in Frankrijk, is men er niettemin al een aantal jaar terug in geslaagd om over te gaan tot het toepassen van foutloze aansprakelijkheid op het specifieke domein van de ziekenhuisinfecties. Het verdient aanbeveling om voorstellen tot toepassing van het Franse systeem te analyseren, te evalueren en spoedig uit te werken zonder voorbij te gaan aan het voortdurend belang van goede preventieve maatregelen op het vlak van ziekenhuisinfecties.

## X. Abstract

### *§1. Hospital infections and health law items*

Actually the number of hospitalised patients who become infected with a hospital infection, is increasing. In this article the issue of the burden of proof is reviewed. The legislation dealing directly or indirectly with hospital infections is briefly analysed. The Belgian jurisprudence and the French approach concerning liability in case of a hospital infection are described. Finally, attention is given to recent draft legislation which proposes a no-fault liability in case of hospital infections.

---

<sup>31</sup> <http://www.kenniscentrum.fgov.be/documents/N20041027303.pdf>