

Martin L. Hansis

Organisationsmängel im Krankenhaus - Urteilssammlung

Einleitung

Die Ziele risikoaverser Krankenhausorganisation sind trivial: Es ist die Pflicht aller Beteiligten im Krankenhaus, Risiken für den Patienten nach Kräften zu vermeiden. Dies ergibt sich gleichermaßen aus dem mit den Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag wie aus den Grundsätzen der ärztlichen Berufsordnung. Die Risikovermeidung ist dabei ein dreistufiges Geschehen:

- a) Vor bzw. außerhalb der konkreten individuellen Behandlung werden im Sinne der Antizipation Arbeitsschritte, organisatorische Details o.a. identifiziert, die mutmaßlich risikobehaftet sind. Für diese werden risikoaverse Arbeitsabläufe etabliert (Risikovermeidung)
- b) Im Zuge des konkreten Tagesgeschehens besteht Aufmerksamkeit für **tatsächlich** risikobehaftete Situationen, beginnende Probleme o.a. – Zu diesem Zeitpunkt besteht das Ziel des Handelns darin, keinen tatsächlichen Schaden eintreten zu lassen, bzw. das Ausmaß konkreter Schäden zu minimieren (Risikoeingrenzung)
- c) Nach Abschluss des konkreten Vorgangs wird dieser aufgearbeitet, Fehleinschätzungen, Fehlhandlungen, ungeeignete Abläufe etc. werden als solche identifiziert und über eine Verbesserung der vorgesehenen Abläufe, über Schulungen, über grundsätzliche organisatorische Änderungen etc. wird die Wahrscheinlichkeit eines weiteren solchen Vorgangs verringert.

Risikomanagement im Krankenhaus ist damit im wesentlichen eine organisatorische Aufgabe: Es ist gemeinsame Aufgabe der Führungskräfte auf Krankenhausebene und der Führungskräfte auf Abteilungsebene die genannten Schritte laufend zyklisch abzarbeiten. Der Werkzeugkasten dazu ist gut gefüllt. Jede Führungskraft im Krankenhaus weiß, mit welchen Mitteln er diese Aufgaben erledigen kann. Das vorliegende Buch will deshalb auch keine weitere „Systematik des Risikomanagements“ hinzufügen.

Vielmehr stellt das Buch die Sichtweise der Rechtsprechung auf die Krankenhausorganisation dar: Welche Elemente der Risikominimierung stehen dort mit welchen Argumenten im Vordergrund? Hierzu wurden die dem Autoren zugänglichen Urteile der Instanzgerichte (BGH, Oberlandesgerichte) und andere einschlägige Urteile herangezogen, die einen vorgeworfenen Behandlungsfehler (oder einen anderen dem Patienten zugefügten Schaden) unter dem Aspekt eines „Organisationsfehlers“ beleuchteten. Als Fundstellen (Fundst.) fungierten schwerpunktmäßig:

- Arzthaftpflicht-Rechtsprechung (AHRs), digitale Rechtsprechungssammlung, E. Schmidt-Verlag, Berlin, Stand 31. August 2014
- Hygiene und Recht (HUR), digitale Rechtsprechungssammlung, mhp-Verlag Wiesbaden, Stand 31. August 2014
- Beck-online-Datenbank. Abfrage 31. August 2014

Hinweise zur Nutzung:

- Alle Urteile stellen zunächst Einzelentscheidungen zu konkreten Einzelsituationen dar. Sie sind deshalb vornehmlich bezogen auf ihre abstrakten Feststellungen und Monita zu lesen. Manchmal sind sogar die konkreten fachlichen Details überholt, und das Urteil hat dennoch auch heute in seiner übergeordneten Aussage Gültigkeit (z. B. OLG Koblenz, 20.3.1991 oder OLG Oldenburg, 27.7.1993). Wer mithin sein eigenes Krankenhaus-Risikomanagement an den zitierten Urteilen messen bzw. ausrichten will, muss deshalb stets nach den dort entwickelten abstrakten Grundsätzen suchen und nicht nach medizinischen, organisatorischen oder technischen Details.
- Die für eine konkrete Einzelfrage interessierenden Urteile findet man entweder über die Volltextsuche oder über die nachstehende Liste der Stichwörter.
- Aus den Urteilen werden sowohl einzelne Passagen als auch Leitsätze (LS) der Herausgeber zitiert. Ergänzungen des Autors sind in [] gesetzt.

Zu folgenden Stichworten finden sich Urteile

Anleitung

Arbeitsanweisung

Aufklärung

Bauliche Sicherheit

Bauliche Sicherheit

Baumaßnahmen

Behandlungsführung

Bestrahlungsprotokoll

Blutsperre

Chirurgische Weiterbildung

Dekubitus

Desinfektionsmittel

Facharztstandard

Fremdbluttransfusion

Geburtshilfe

Hautdefekt
Holschuld
Hygiene
Infektionsstatistik
Injektion
Kettendelegation
Laborergebnisse
Lagerungsfehler
Medikation
Medizinische Komplikation
Medizinischer Notfall
Mitgebrachtes Gerät
Nachbetreuung nach OP
Nachtdienst
Nachtdienst
OP-Nachsorge
OP-Schleuse
OP-Vorbereitung
Organisationsmangel
Outsourcing
Parallelnarkose
Personaleinsatzplanung
Remonstration
Schulung
Strahlenschutzverordnung
Sturzprophylaxe
Technische Sicherheit
Telefonische Anordnung
Thermokauter
Übernahmeverschulden
Überwachung
Umbettung
Vertikale Delegation
Vertretungsregelung
Wundinfekt
Zuständigkeiten

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Nürnberg	4. 2. 1955	4 U 7/54	AHRS 3080/1

Med. Sachverhalt Ein Inhaliergerät fällt auf der Station um, dadurch erleidet eine Patientin Verbrennungen

Urteil **LS:** „Zu den Aufgaben des leitenden Krankenhausarztes gehört es auch, daß er über die vorhandenen Geräte und ihre Eignung im Bilde ist sowie daß er die Art ihrer Verwendung allgemein und notfalls auch im Einzelfall bestimmt und beaufsichtigt.“

Stichwort Technische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	22. 6. 1955	VI ZR 267/54	AHRS 3080/2

Urteil **LS:** „Der Arzt, der bei der Operation einen Thermokauter benutzt, ist verpflichtet, die Bedienungsvorschriften und die Hinweise zur Benutzung im medizinischen Schrifttum sorgfältig zu beachten und einzuhalten.“

Stichwort Technische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	30. 6. 1959	VI ZR 181/58	AHRS 3020/1

Med. Sachverhalt Ischiadicusläsion nach intraglutäaler Injektion durch eine Krankenschwester.

Urteil **LS:** „Intramuskuläre Injektionen dürfen einer Krankenschwester nur überlassen werden, wenn der leitende Arzt sich vergewissert hat, daß sie dieser Aufgabe gewachsen ist, und wenn daneben für ihre Überwachung und Beaufsichtigung durch die vorhandenen Ärzte Sorge getragen wird.“

„Steht hiernach für den Senat bindend fest, daß entweder Schwester G. oder der Assistenzarzt Dr. H. den Schaden des Kl. durch eine objektiv falsche Injektionstechnik und daher widerrechtlich verursacht hat, so ist die Bekl. [Krankenhaus] nach § 831 BGB schadensersatzpflichtig, wenn sie nicht nachweist, daß sie bei der Auswahl sowie bei der Überwachung und Leitung beider Verrichtungsgehilfen die erforderliche Sorgfalt beobachtet hat oder daß der Schaden auch bei Anwendung dieser Sorgfalt entstanden wäre“

Kommentar Der „Klassiker“ der Organisationspflichten im Rahmen der vertikalen Delegation: Auswahl der Person, Anleitung, Überwachung.

Stichwort Injektion, vertikale Delegation, Überwachung, Schulung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	22. 1. 1960	VI ZR 121/58	AHRS 3040/1

Med. Sachverhalt Ein fünfjähriger Junge wird (im Jahre 1951) wegen Scharlachs in einem Krankenhaus auf der Infektionsstation aufgenommen. Dort kommt er in Kontakt mit einem Tuberkulosekranken, welcher (bekanntermaßen) schwierig zu führen ist und sich ständig über Anweisungen hinwegsetzt. In der Folge erkrankt der Junge an einer Meningitis tuberculosa und verstirbt an dieser.

Urteil „Der bekl. Landkreis hat, wie das Berufungsgericht zutreffend darlegt, unter Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt eine Bedingung dafür gesetzt, daß das Kind der Kl. von F. mit Tuberkulose angesteckt wurde, und dadurch seine Ansteckung fahrlässig mitverursacht... Daher hätte schon die Unterbringung des Kindes so eingerichtet werden müssen, daß es vor jeder Ansteckung nach Möglichkeit geschützt wurde. Diesem Erfordernis entsprach die bauliche Einrichtung der Isolierstation, in der hochgradig tuberkuloseanfällige Kinder neben Erwachsenen mit offener Tuberkulose in benachbarten Zimmern ohne jede räumliche Trennung untergebracht waren, nicht.“

Kommentar Die Vorstellungen dazu, welche baulichen Bedingungen für welches Hygieneproblem die angemessenen seien, wandeln sich bekanntlich stetig. Das Urteil ist deshalb nicht etwa als „infrastruktureller Organisationsplan“ zu lesen. Es ist jedoch wohl ohne Zweifel zeitlos, was die klare Zurechnung von baulichen Bedingungen betrifft, die zum jeweiligen Zeitpunkt als unzureichend angesehen werden.

Stichwort Infektionsstation, bauliche Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	26. 9. 1961	VI ZR 225/60	AHRS 3010/1

Med. Sachverhalt Im Zuge einer Kropfoperation kommt es zur (bleibenden) Stimmbandlähmung und zu weiteren Komplikationen. Es wird festgestellt, dass der Patient über die möglichen Risiken der Operation nicht ausreichend aufgeklärt war.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger muß durch geeignete Maßnahmen sicherstellen, daß der Patient vor einer Operation ordnungsgemäß aufgeklärt wird“
„Die Aufklärung der Patienten sei im Krankenhaus der bekl. Stadt nicht so geordnet gewesen,

daß eine zuverlässige Erfüllung der Erfordernisse gewährleistet gewesen sei.“

Kommentar Bemerkenswert ist, dass bereits 1961 eine unzureichende Aufklärung als Organisationsmangel des Krankenhauses eingeschätzt wird.

Stichwort Aufklärung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	16. 10. 1962	VI ZR 198/61	AHRS 3010/2

Med. Sachverhalt Neomycin-Therapie mit nachfolgender Ertaubung.

Urteil **LS:** „Die dem Vorstand einer Klinik obliegende Leitungs- und Aufsichtspflicht bezieht sich auch darauf, daß im Krankenhausbetrieb die ärztliche Aufklärungspflicht beachtet und ihren Erfordernissen genügt wird“
Wenn es regelmäßig auch im eigenverantwortlichen Ermessen der behandelnden Ärzte steht, darüber zu befinden, welche therapeutischen Mittel zur Anwendung gebracht werden sollen, so hat sich die Krankenhausleitung doch in geeigneter Weise vergewissert zu halten, daß auch bei medikamentöser Behandlung eine notwendige Aufklärung der Patienten nicht verabsäumt wird. Was der Krankenhausvorstand tun muß, um seiner Leitungs- und Aufsichtspflicht in dieser Hinsicht zu genügen, läßt sich nicht allgemein sagen; es hängt von den jeweiligen Verhältnissen des betreffenden Krankenhauses, der Größe und Ordnung des Krankenhausbetriebes, der personellen Zusammensetzung des ärztlichen Dienstes usw. ab, durch welche Maßnahmen die Krankenhausleitung dafür zu sorgen hat, daß die beim Krankenhaus tätigen Ärzte der Notwendigkeit ärztlicher Aufklärung gerecht werden.

Kommentar Bemerkenswert ist, dass bereits 1962 eine unzureichende Aufklärung als Organisationsmangel des Krankenhauses eingeschätzt wird.

Stichwort Organisation der Aufklärung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	LG Berlin	7. 4. 1966	7 O 7/66	AHRS 3010/3

Med. Sachverhalt Intraarterielle Injektion eines Narkotikums mit nachfolgender Oberarmamputation

Urteil **LS:** „Der Leiter der Anästhesieabteilung des Krankenhauses haftet für die Folgen eines Behandlungsfehlers bei einer Estil-Injektion, wenn er den behandelnden Assistenzarzt über die dabei zu beachtenden Vorsichtsmaßnahmen nicht ausreichend belehrt und überwacht hat.“

„Ihm [dem Leiter der Anästhesieabteilung] war seit dem Anästhesie-Kongreß in Genf bekannt, welche schweren Schäden durch die arteriellen Injektionen des Präparates entstehen.... Der

sich unter diesen Umständen selbstverständlich ergebenden Pflicht, seinen Assistenten die Injektion von "Estil" in die Ellenbeugenvene zu untersagen, ist der Bekl. nicht nachgekommen... Hat er schon damit gegen die ihm ... obliegende Amtspflicht verstoßen, so tritt noch hinzu, daß er nicht einmal für ein allgemeines Bekanntwerden seiner an sich schon unzureichenden Belehrung gesorgt hat. Weder hat er sich darum gekümmert, ob alle Assistenten bei der Besprechung zugegen waren, noch hat er dafür gesorgt, daß etwa nicht anwesende Assistenten über seinen Hinweis unterrichtet wurden.

Kommentar Es sind hier alle Elemente einer sorgfältigen Organisation benannt: Wissen um die Problematik, Information und Überwachung der Mitarbeiter

Stichwort Belehrung und Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Oldenburg	26. 5. 1970	4 U 241/69	AHRS 3040/3

Med. Sachverhalt Nach einer Periduralanästhesie kommt es zum Abszess, welcher gesondert behandelt werden muss.

Urteil **LS:** „Die Durchführung einer Periduralanästhesie, bei der unsterile Spritzen angereicht werden, ist ein (grober) Behandlungsfehler.“

„Danach steht fest, daß die Zeugin C. dem Oberarzt Dr. W., der die Periduralanästhesie bei der Kl. ausführte, unsterile Spritzen angereicht hat. Die Zeugin hatte zwar zunächst ordnungsgemäß jeweils den Spritzenkörper mit einer sterilen Kornzange aufgenommen, um ihn dann aber unmittelbar darauf in ihre unsterile Hand zu nehmen, als sie den Stempel der Spritze mit der Kornzange aufnehmen und in den Spritzenkörper einführen mußte. Ebenso setzte die Zeugin die Aufzugskanülen zwar zunächst ordnungsgemäß mit der Zange auf, um sie dann aber mit der ungeschützten, unsterilen Hand festzudrücken....Weiter hat die Demonstration der Zeugin aufgezeigt, daß die Zeugin dem Arzt Dr. W. unsterile Watteträger zum Jodieren der Einstichstelle sowie die verschlossene Diozolf Flasche angereicht hat, von der er selbst den unsterilen Stopfen entfernen mußte.“

Kommentar Das Urteil ist insofern besonders, als hier ausnahmsweise ein nicht hygienegerechtes Verhalten nachweisbar war. Bei der Vielzahl der Beteiligten lag es auch hier nahe, den Krankenhausträger verantwortlich zu machen.

Stichwort Hygieneverhalten, Schulung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Nürnberg	10. 6. 1970	4 U 178/68	AHRS 3080/6

Urteil **LS:** „Ein Chirurg, der mit elektrischen Geräten arbeitet (hier: Ultrathermgerät), ist verpflichtet, die Bedienungsanleitung genau einzuhalten und die einschlägigen Hinweise im medizinischen

Schrifttum zu beachten. Die Leitung eines Krankenhauses, die dem Belegarzt für Zwecke der Elektrochirurgie ein Gerät zur Verfügung gestellt hat, hat das mit dem Gerät arbeitende Personal mit ausreichenden Anweisungen zu versehen und sicherzustellen, daß jede Gefährdung des behandelten Patienten vermieden wird.“

Stichwort Technische Sicherheit ¹

	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
Quelle	BGH	10.11.1970	VI ZR 83/69	AHRS 6330/1 5260/1 6578/2

Med. Sachverhalt Nach einer Entbindung kommt es beim Neugeborenen zu infizierten Kratzwunden, nachfolgend Sepsis, schwere Dauerschäden

Urteil „Daß die allgemeinen hygienischen Bedingungen in dem wiederholt von der Gesundheitsbehörde beanstandeten Krankenhaus nicht günstig, sondern höchstens noch an der Untergrenze des Tragbaren waren, ist auch dem medizinisch nicht Sachkundigen offensichtlich. Das bedeutet, daß außerordentliche Anstrengungen zur Verhütung der damit begünstigten Infektionsgefahr erforderlich waren.“

Kommentar Bei allgemein schlechten hygienischen Bedingungen sind „außerordentliche Anstrengungen“ zur Infektionsverhütung erforderlich.

Stichwort Hygiene, Gesundheitsbehörde

	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
Quelle	BGH	24. 11. 1970	VI ZR 215/68	AHRS 3010/4

Med. Sachverhalt In Zusammenhang mit einer Frakturversorgung in Vollnarkose kommt es zur Aspiration und zum Tod des Patienten

Urteil **LS:** „Der Chefarzt einer chirurgischen Privatklinik hat für den Fall, daß bei der Einlieferung eines Unfallverletzten nur ein Assistenzarzt anwesend ist, Anweisungen zu erteilen, daß er oder sein Oberarzt verständigt werden, um über die zu treffenden Maßnahmen zu entscheiden oder Behandlungsmaßnahmen zu überprüfen. Erforderlich sind ferner Anweisungen an die Assistenzärzte und das Pflegepersonal für den Fall einer Notoperation mit vollem Magen des Patienten und für das Auftreten von Komplikationen nach der Operation.“

Kommentar Vorgehalten wird dem Chefarzt sowohl, dass unklar geblieben war, welche Narkoseform bei

¹ Neben 3080/1, 3080/2 und 3080/6 finden sich zahlreiche weitere analoge Urteile, die (da überwiegend unter technischen Bedingungen nicht mehr zeitgemäß) nicht einzeln zitiert werden.

einem Notfall anzuwenden sei, und dass unklar geblieben war, unter welchen Bedingungen über einen derartigen Vorfall dem diensthabenden Oberarzt zu berichten sei.

Stichwort Medizinischer Notfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	16. 5. 1972	VI ZR 7/71	AHRS 3010/5

Med. Sachverhalt Arsenvergiftung im Rahmen einer Lues-Behandlung (durchgeführt durch einen Assistenzarzt)

Urteil **LS:** „Zur Verpflichtung, einen unerfahrenen Assistenzarzt, dem eine Arsenbehandlung übertragen wird, zu überwachen.“

Kommentar Unzureichende Überwachung des Arztes

Stichwort Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG München	1. 4. 1975	1 U 1190/74	AHRS 3010/6

Med. Sachverhalt Nach protrahierter Geburt spastische Tetraplegie mit statomotorischem und cerebralen Entwicklungsrückstand. Die Entbindung wurde durch einen Assistenzarzt (Ende des ersten Weiterbildungsjahres) durchgeführt. Krankenhausaufnahme um 9.30 Uhr. Bereits Tage zuvor war für 17.00 Uhr des Tages eine Schnittentbindung geplant; diese konnte nicht durchgeführt werden, da der zuständige Facharzt verreist war. 12 Std nach Krankenhausaufnahme (21.00 Uhr) erste fachärztliche Untersuchung, 1 Std später Beginn einer Vakuumextraktion, weitere 30 min später Kind entbunden.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger haftet dem bei der Geburt geschädigten Kind aus Organisationsverschulden, wenn der Chefarzt der Geburtsabteilung nicht für ordnungsgemäße Vertretung in seiner Abwesenheit gesorgt hat und deswegen nicht rechtzeitig ein Kaiserschnitt gemacht werden konnte.“

„Unter die dem ... Chefarzt (leitender Arzt) zustehenden Verrichtungen fiel es, ... für die Zeit seiner Abwesenheit für eine ordnungsgemäße Vertretung zu sorgen.“

Stichwort Vertretungsregelung, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Würzburg	29. 6. 1976	1 O 611/76	AHRS 3010/8

Med. Sachverhalt Verbrennungen im Rahmen von Untersuchungen im Rahmen einer Doktorarbeit

Urteil **LS:** „Gestattet der Krankenhausträger durch seine Organe einem Medizinstudenten, an Patienten nicht unmittelbar der Heilbehandlung dienende Versuche vorzunehmen, muß er organisatorisch sicherstellen, daß die Patienten dabei keinen Schaden erleiden und daß ihr Selbstbestimmungsrecht gewahrt bleibt.“

„Der Umstand, daß der von dem Studenten vorgenommene Versuch ausschließlich seiner (privaten) Doktorarbeit diene, ändert somit nichts daran, daß der Zeuge T. als Erfüllungsgehilfe des Bekl. in bezug auf dessen Sorgfalts- und Obhutspflichten gegenüber den Patienten anzusehen ist, soweit der Doktorand klinikeigene Einrichtungen befugtermaßen benutzte. Der Bekl. haftet in diesem Rahmen für ein Verschulden des Doktoranden nach Maßgabe des § 278 BGB.“

Stichwort Vertikale Delegation, Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	22. 7. 1976	8 U 47/76	AHRS 3020/4

Med. Sachverhalt Eine 83-jährige Patientin stürzt beim Versuch, das Krankenhausbett am 2. Postoperativen Tag nach Katarakt-OP zu verlassen und zieht sich Frakturen zu. Sie begründet ihren Sturz mit einem ungewöhnlich hohen Bett und mangelnder Sehfähigkeit früh-postoperativ.

Urteil „Die Frage, ob das Bewußtsein der Kl. z. Z. des Unfalls getrübt oder gestört gewesen ist, kann für die Entscheidung des Rechtsstreits dahinstehen. Selbst wenn man davon ausgeht, die Kl. habe sich in einem Zustand der Bewußtseinsstörung befunden, käme eine Ersatzpflicht der Bekl. wegen unterlassener Sicherungsmaßnahmen nur in Betracht, wenn sie bzw. ihr Personal mit einer solchen Störung hätten rechnen müssen... Allein die Tatsache, daß die betagte Kl. zwei Tage vor dem Unfall an einem Auge operiert worden und auf dem anderen Auge infolge einer früheren Staroperation stark sehbehindert war, gebot es noch nicht, durch Anbringen eines seitlichen Brettes oder Gitters am Bett der Kl. oder in anderer Weise Vorkehrungen gegen ein Herausfallen oder Aufstehen zu treffen... Die Sicherungsmaßnahmen (Anbringung seitlicher Gitter oder Bretter) würden im übrigen die täglichen Pflegearbeiten erheblich erschweren und darüber hinaus wohl auch von der Mehrzahl der Patienten als unnötige Einschränkung empfunden werden.“

Kommentar Das Gericht sieht also keinen Organisationsmangel beim Krankenhaus, obwohl die Patientin noch sehbehindert war und die Klinikumgebung ungewohnt.

Stichwort Technische Sicherheit, Sturzprophylaxe

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
--------	---------	------------	----	---------

	OLG Frankfurt	26. 4. 1977	22 U 218/75	AHRS 3010/9
--	---------------	-------------	-------------	----------------

Med. Sachverhalt Fehlintubation mit Ösophagusperforation und weiteren Komplikationen

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger haftet für einen Narkosezwischenfall (hier: Speiseröhren-Perforation bei Intubation), wenn er nicht organisatorisch sichergestellt hat, daß ein ausgebildeter Fachanästhesist zur Verfügung steht, der etwaige Komplikationen erkennen und rechtzeitig beheben kann.“

„Der Bekl. Zu 1) [Krankenhaus] wird dabei nicht zum Vorwurf gemacht, daß die Bekl. zu 2) [behandelnde Ärztin] überhaupt die Intubationsnarkose bei Frau X. ausführen sollte. Hierzu war sie aufgrund der inzwischen gewonnenen Erfahrung und der fortgeschrittenen Ausbildung sicher berechtigt und in der Lage. Vorzuwerfen ist der Bekl. zu 1) allein, daß zum Zeitpunkt der Operation kein Fachanästhesist zur Verfügung stand, der bei Komplikationen eingreifen konnte und die Folgen einer Fehlintubation übersah und vollständig würdigen konnte.“

Stichwort Personaleinsatzplanung, medizinischer Notfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	11. 7. 1977	3 U 273/76	AHRS 3010/10

Med. Sachverhalt OP einer Steißbeinfistel in Bauchlage. Gegen OP-Ende Beatmungsprobleme. Nach Umlagerung in Rückenlage erneut Spontanatmung. – In der nachfolgenden Analyse wird rekonstruiert, dass offenbar ein 8-minütiger Atemstillstand bestanden hat. Narkoseführung durch einen Medizinalassistenten. Der anästhesiologische Oberarzt „war nicht während der ganzen Operation anwesend, sondern wechselte zu einer anderen Operation in einen Nebenraum“.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger haftet für einen Narkoseschaden, den ein als Anästhesist eingesetzter unbeaufsichtigter Medizinalassistent verursacht.“

„Hätte Dr. B. die Ateminsuffizienz sofort gemeldet, so wäre sie bereits vor 12.27 Uhr behoben gewesen. Eine Ateminsuffizienz bis zu 5 Min. hätte nicht zu den Schäden geführt... Die Ateminsuffizienz war für einen Anästhesisten mit mindestens einjähriger Erfahrung – sei es ein Arzt, der nicht Facharzt für Anästhesie zu sein brauchte, sei es eine Krankenschwester – rechtzeitig erkennbar... Dr. F. hat die Narkose während der Zeit von 12.22 Uhr bis nach 12.25 Uhr entweder überhaupt nicht oder nicht genügend überwacht.“

Kommentar Das Urteil versucht eine Grenzziehung, dahingehend, wie viel Überwachung bei einer derartigen Narkose erforderlich sei. Die Abgrenzung befriedigt indes nicht. Eine Überwachung zwar zuzulassen, dann jedoch eine Lücke in der Überwachung von 3 Minuten vorzuwerfen, macht nach unseren Vorstellungen wenig Sinn.

Stichwort Personaleinsatzplanung, medizinische Notfälle

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	16. 3. 1978	18 U 198/77	AHRS 3010/11

Med. Sachverhalt Orthopädischer Wahleingriff (bei habitueller Patellaluxation) mit nachfolgendem Infekt. Gleichzeitig fanden im Krankenhaus Bauarbeiten statt.

Urteil „Der Anspruch der Kl. ist im erkannten Umfang begründet, weil die Bediensteten des bekl. Landes die Kl. bei der Aufnahme nicht auf die noch nicht abgeschlossenen Bauarbeiten und die hiermit verbundene zusätzliche Infektionsgefahr hingewiesen und aufgeklärt haben... Wie aus der Bekundung des behandelnden Arztes Dr. G. hervorgeht, stellten die Bauarbeiten in der Klinik ein erhöhtes Risiko dar.“

Kommentar Die Pflicht zum Hinweis auf die Bauarbeiten setzt voraus, dass die Bauarbeiten tatsächlich das Risiko der Wundinfektion erhöht haben!

Stichwort Bauliche Sicherheit, Aufklärung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Bamberg	17. 4. 1978	4 U 132/76	AHRS 3010/12

Med. Sachverhalt Anlässlich Blinddarmoperation Intubationsprobleme, Aspiration, nachfolgend Hirnschädigung. Narkoseführung zunächst bei einer Assistenzärztin, die Oberärztin wurde gerufen und kam noch während der Intubationsversuche dazu.

Urteil **LS:** „Zur Frage, unter welchen Umständen der Chefarzt der Anästhesiologie eine in der Facharztausbildung befindliche Ärztin zur eigenverantwortlichen Durchführung von Narkosen einteilen darf (hier: Anästhesie-Versorgung in einem kleineren Krankenhaus im Jahre 1974). - Die Anordnung, in Risikofällen den rufbereiten Facharzt herbeizuholen, reicht im allgemeinen aus.“

„Er [der Chefarzt] durfte die Bekl. zum Dienst und damit zur grundsätzlich eigenverantwortlichen Durchführung von Narkosen einteilen.. Bei der hier gegebenen Personallage war die organisatorische Einteilung durch den Bekl. in Ordnung... Auch seine mündliche Anweisung, in Risikofällen den rufbereiten Facharzt herbeizuholen, war genügend. Zwar hält Prof. D. schriftliche Festlegungen für zweckmäßig; aber nicht etwa, um die Fälle notwendiger Verständigung im einzelnen eingehender darzulegen, sondern um sicherzustellen, daß beim Eintritt neuer Ärzte in die Abteilung nicht vergessen wird zu belehren.. Auch inhaltlich reichte die Belehrung aus. Denn dem approbierten Arzt ist ein Spielraum eigener Verantwortung bei Beurteilung der Frage zuzubilligen, – und zuzutrauen –, ob er den Facharzt zu rufen hat.“

Kommentar Das Gericht hat sich mit der Frage der Überwachung sehr differenziert auseinandergesetzt. Auch wenn die Frage der Narkoseführung durch einen nicht-Facharzt je nach Situation im Detail anders bewertet werden sollte – die o.a. allgemeinen Überlegungen scheinen allgemeingültigen Charakter zu haben.

Stichwort Personaleinsatzplanung, medizinischer Notfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	9. 5. 1978	VI ZR 81/77	AHRS 3040/4

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer gynäkologischen Behandlung kommt es zu schwerem Hautschäden mit systemischer Beteiligung. Als Grund sieht man eine Verunreinigung des zur Hautdesinfektion verwendeten Alkohols

Urteil **LS:** „Im Krankenhausbetrieb darf es nicht vorkommen, daß die zur Krankenbehandlung bestimmten Desinfektionsmittel mit anderen, sie zersetzenden Stoffen vermischt werden.“

Stichwort Desinfektionsmittel

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Bremen	21. 3. 1979	3 U 24/77 (c)	AHRS 3010/13

Med. Sachverhalt Problematische Entbindung mit nachfolgender Erb'scher Lähmung. Die Hebamme hat trotz mehrfachen Versuchs keinen Arzt erreicht

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger haftet für Geburtsschäden des Kindes, wenn er keine hinreichende organisatorische Vorsorge dafür getroffen hat, daß bei jeder Entbindung ein Arzt anwesend ist oder jedenfalls auf ein Rufzeichen der Hebamme sofort eintrifft, um etwaige notwendige ärztliche Maßnahmen zu ergreifen und die Diagnose zu sichern.“

Stichwort Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	19. 3. 1980	3 U 247/79	AHRS 3010/14

Med. Sachverhalt Übersehene Stirnbeinfraktur nach Sturz; nachfolgend Meningitis und Tod.

Urteil **LS:** „Ein unfallchirurgisches Krankenhaus muß einen Organisationsplan haben, der bestimmt, wie bei Einlieferung von Unfallopfern zu verfahren ist, und der sicherstellt, daß eine dem Standard der ärztlichen Kunst entsprechende Versorgung der Patienten auch nachts und an dienstfreien Tagen stattfindet.“

„Die Bekl. zu 1) [Krankenhaus] haftet den Hinterbliebenen des Otto H. ferner gemäß §§ 823 Abs. 1, 89, 31 BGB. Ihr ist ein Organisationsverschulden anzulasten. Ein unfallchirurgisches Krankenhaus muß einen Organisationsplan haben, der bestimmt, wie bei der Einlieferung von Unfallopfern zu verfahren ist. Dies hat der Sachverständige Prof. Dr. H. dem Senat bei seiner Vernehmung bestätigt. Die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme ergibt sich schon daraus, daß während der Nacht, an Sonn- und Feiertagen und sonstigen "dienstfreien" Tagen ein Krankenhaus im Regelfall mit einem "Notdienst" auskommen muß. Da zu diesen Zeiten nicht alle Fachärzte anwesend sein können, muß in geeigneter Weise sichergestellt werden, daß gleichwohl eine den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Versorgung der Patienten erfolgt. An Anweisungen für diesen Fall fehlt es offensichtlich; jedenfalls ist insoweit von den Bekl. nichts vorgetragen worden. Sie wären umso dringlicher gewesen, weil im Krankenhaus der Bekl. zu 1) auf der unfallchirurgischen Abteilung im Nachtdienst auch junge Ärzte eingesetzt wurden, denen es – wie dem Bekl. zu 2) [diensthabender Arzt] – an jeder Erfahrung in der Diagnose und Therapie von Unfallverletzungen fehlte.“

Kommentar Das Gericht hat sowohl auf Seiten des Krankenhauses als auch des diensthabenden Arztes einen Fehler festgestellt.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Notfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	KG Berlin	15. 4. 1980	9 U 2477/79	AHRS 3010/15

Urteil **LS:** „Schon im Jahre 1972 traf den Krankenhausträger der Vorwurf eines Organisationsverschuldens, wenn für den umfangreichen Operationsbetrieb der Chirurgie nur ein Fachanästhesist zur Verfügung stand, der nicht einmal ständig abrufbereit sein konnte.“

Kommentar Es geht unter anderem um die Frage, ob eine unzureichende Ausstattung mit Anästhesisten dem Chefarzt oder dem Träger anzulasten sei:
 „Im Unfallzeitpunkt war der ärztliche Dienst im Krankenhaus S., was den Anästhesiebetrieb betrifft, nicht ordnungsgemäß organisiert...Im damaligen Zeitpunkt war es völlig unzureichend und dem Bekl. vorzuwerfen, daß für den umfangreichen Operationsbetrieb des chirurgischen Bereichs im Krankenhaus S., Abteilung L, nur ein einziger ausgebildeter Anästhesist, die Zeugin K., zur Verfügung stand, die überdies neben dem eigentlichen chirurgischen Bereich mit tagtäglich in mehreren Sälen und zeitlich nebeneinander durchgeführten Operationen die Unfall- und die Wachstation anästhesiologisch zu versorgen und zu betreuen hatte.“

Stichwort Personaleinsatzplanung, Parallelnarkose

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Frankfurt	4. 12. 1980	1 U 173/77	AHRS 3010/16

Med. Komplexer korrigierender Eingriff am Unterkiefer, dessen Nachbehandlung nicht ausreichend

Sachverhalt koordiniert wurde und deshalb zum ungünstigen Ergebnis führte.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger bzw. seine verfassungsmäßig berufenen Vertreter haben durch ausreichende Anordnungen sicherzustellen, daß die Nachbehandlung eines Patienten nach Unterkieferteilresektion ärztlich kontrolliert wird.“

„Auch der Sachverständige Prof. Dr. Sch. hat hervorgehoben, daß für eine derart schwierige postoperative Behandlung, wie sie bei der Kl. geboten gewesen sei, zahnärztliche Kenntnisse erforderlich gewesen seien, die von einem Zahntechniker ausbildungsmäßig nicht hätten erwartet werden können, und daß die Maßnahmen zur Wiederherstellung einer eugnathen Okklusion vom Operateur veranlaßt und kontrolliert werden sollten... Zu Unrecht beruft sich der Bekl. zu 2) [Operateur] demgegenüber darauf, daß eine Anordnung, die seine Verantwortlichkeit auf die ambulante Nachbehandlung erstreckt habe, nicht bestanden habe und es ihm nicht einmal möglich gewesen sei, den nachstationären Bereich zu beeinflussen. Einer Anordnung des vom Bekl. zu 2) vermißten Inhalts bedurfte es nicht; seine Handlungspflicht folgte aus seiner Stellung als Operateur. Es geht auch nicht darum, ob er etwa berechtigt gewesen wäre, eine eigene Sprechstunde für von ihm operierte Patienten einzurichten oder ob er die Befugnis gehabt hätte, auf die ambulante Nachbehandlung durch Anordnungen einzuwirken. Der Bekl. zu 2) hätte seiner Verpflichtung genügt, wenn er den in der Ambulanz zuständigen Arzt unter Darlegung der besonderen Situation der bei der Kl. Erforderlichen Nachbehandlung gebeten hätte, sich in diese einzuschalten. Der Erfüllung dieser Verpflichtung hätte nichts entgegengestanden... Mithin hat der Bekl. zu 2), indem er sich pflichtwidrig um die ambulante Nachbehandlung der Kl. nicht in der vorbezeichneten Weise gekümmert hat, (durch Unterlassen) zu Lasten der Kl. den Tatbestand einer unerlaubten Handlung (§ 823 Abs. 1 BGB) erfüllt.“

Kommentar Bemerkenswert sind vor allem die Ausführungen zu den Pflichten des Operateurs auch jenseits der eigenen unmittelbaren Zuständigkeit für die ambulante Behandlung.

Stichwort Nachbetreuung nach OP, Behandlungsführung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	24. 11. 1982	1 U 66/82	AHRS 3020/7

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer Kobalt-60-Bestrahlung (Eizeldosis 200 rad, Herddosis 5000 rad) abdomineller Lymphknoten kommt es zu Lähmungserscheinungen beider Beine. Das Therapieprotokoll ist durch den Chefarzt der Strahlenklinik aufgestellt worden, die Folgeeinstellungen und Bestrahlungsvorgänge selbst ohne ärztliche Aufsicht durch einen Röntgenassistenten.

Urteil **LS:** „Eine Strahlentherapie darf nur "unter Aufsicht eines Arztes" vorgenommen werden. Zur ordnungsgemäßen Überwachung des Röntgenassistenten gehört es danach, daß ein entsprechend ausgebildeter Arzt jederzeit verfügbar ist, um bei während der Behandlung auftretenden Problemen eingreifen und Fragen des Patienten beantworten zu können.“

„Der Bekl. zu 2) [Chefarzt] hat seine Berufspflichten dadurch verletzt, daß er den Zeugen A. die einzelnen Bestrahlungen ohne ärztliche Überwachung hat durchführen lassen. Das ist ein Verstoß gegen § 42 II der Strahlenschutzverordnung vom 13. 10. 1976 (Strahlenschutz VO). Nach der erwähnten Vorschrift dürfen Behandlungen von Patienten mit einer Gammabestrahlungsanlage nur von einem Arzt oder "unter Aufsicht eines Arztes" durchgeführt werden.“

Kommentar Das Urteil stützt sich vornehmlich darauf, dass eine Bestimmung der Strahlenschutzverordnung nicht eingehalten wurde.

Stichwort Bestrahlungsprotokoll, Strahlenschutzverordnung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	30. 11. 1982	VI ZR 77/81	AHRS 3010/17

Med. Sachverhalt Bei einer Narkose einer OP in Bauchlage kommt es zur mangelhaften Sauerstoffzufuhr und zur schweren Hirnschädigung. – Organisatorische Ausgangsbedingungen: Der Chefarzt (Erstbeklagter) delegiert die Narkoseführung an einen erfahrenen nicht-fachärztlichen Anästhesisten (Zweitbeklagter), und dieser (im Rahmen von Parallelnarkosen) an einen unerfahrenen Assistenzarzt (nicht-Facharzt).

Urteil „Nach Auffassung des Berufungsgerichts haben beide Bekl. dem Grunde nach als Gesamtschuldner für die materiellen und immateriellen Schäden Ersatz zu leisten... Dr. T., der bis dahin noch nicht an einem derartigen Eingriff ohne Anleitung mitgewirkt gehabt habe, hätte zur Überwachung der Narkose allenfalls eingesetzt werden dürfen, wenn ihm während der Narkose ein jederzeitiger Kontakt mit dem Zweitbekl. möglich gewesen wäre. Das sei jedoch nicht sichergestellt gewesen. Sein Platz sei rund 17 m von dem Operationstisch entfernt gewesen, an dem der Zweitbekl. tätig gewesen sei. Um zu diesem zu gelangen, habe Dr. T. den Operationsraum verlassen und über einen Flur sowie durch zwei Türen, von denen mindestens eine nicht offengestanden habe, in den Operationssaal I gehen müssen... Auszugehen ist mit dem Berufungsgericht davon, daß der Zweitbekl. aufgrund der von ihm übernommenen Aufgabe des narkoseführenden Fachanästhesisten in erster Linie die gefahrlose Durchführung der Narkose des Kl. sicherstellen mußte... Seine Verantwortung für die Gesundheit des ihm anvertrauten Patienten verlangte von ihm, sich über die Richtigkeit solcher Vorstellungen bezüglich des ihm kaum bekannten Arztes durch Rückfragen zu vergewissern.“

Kommentar Das heißt: Sowohl den Chefarzt als Fachverantwortlichen wie auch den eingeteilten Assistenzarzt treffen Vorwürfe wegen mangelhafter Organisation. Diese liegen beim Chefarzt darin, sich nicht im Detail Kenntnis über den jeweiligen Weiterbildungsstand der Mitarbeiter gemacht zu haben, bzw. ungeeignete Personen eingeteilt zu haben. Und beim eigentlich zuständigen Assistenzarzt darin, sich zu weit von „seiner“ Narkose entfernt zu haben (um Parallelnarkosen zu führen).

Stichwort Personaleinsatzplanung, Kettendelegation

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Celle	27. 6. 1983	1 U 60/82	AHRS 3020/8

Med. Sachverhalt Alkoholentzugsbehandlung mit mehrwöchiger Bewusstlosigkeit, Harn- und Stuhlinkontinenz. Nachfolgend schwere (Teil-) Versteifung mehrerer großer Gelenke, rollstuhlpflichtig. Behandlung in einer internistischen Belegabteilung. Beklagt ist deren Chefarzt.

Urteil LS: „Der behandelnde Belegarzt hat durch Anordnungen an das Pflegepersonal zur Vermeidung eines Dekubitus und anderer Verletzungen dafür zu sorgen, daß bei einem bewußtlosen Patienten (hier: Delirium tremens) alsbald ein Dauerkatheter gelegt wird, daß der Patient ausreichend oft umgebettet wird und daß rechtzeitig die erforderliche heilgymnastische Behandlung eingeleitet wird. Die unzureichende personelle Besetzung des Krankenhauses mit

Pflegekräften entlastet den Arzt nicht, wenn er nicht darlegt, daß er sich beim Krankenhausträger erfolglos um zusätzliche Pflege kräfte bemüht oder erfolglos eine Verlegung des Patienten in eine ausreichend ausgestattete andere Klinik versucht hat.“

„Freilich war es insoweit mit bloßen Anordnungen nicht getan, denn der Kl. konnte aufgrund der knappen Besetzung der Inneren Abteilung mit Pflegepersonal vermutlich gar nicht ausreichend oft umgebettet werden... Er [der beklagte Leiter der internistischen Belegabteilung] hätte also schon lange vor der Einlieferung des Kl. bei der Stadt W. als der Trägerin des Krankenhauses intervenieren und wenigstens den Versuch unternehmen müssen, um für Abhilfe zu sorgen, damit gesichert war, daß genügend Pflegepersonal zur Verfügung stand. Der Bekl. hat jedoch auf eine diesbezügliche Frage in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat erklärt, er habe den Krankenhausträger nicht auf die personelle Unterbesetzung hingewiesen. Ob eine solche Intervention des Bekl. Erfolg gehabt hätte, ist ungewiß. Diese Ungewißheit geht jedoch zu Lasten des Bekl.“

Kommentar Das Urteil stellt nicht nur (erwartet) die Verpflichtung des Abteilungsleiters / Chefarzts zur Schadensvermeidung fest. Es erlegt ihm auch noch eine Pflicht zur Remonstration gegenüber dem Träger des Belegkrankenhauses auf.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Remonstration, Dekubitus

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	KG Berlin	22. 8. 1983	20 U 12/82	AHRS 3010/18

Med. Sachverhalt Während der Nachbeobachtung nach einer Vollnarkose im Nebenraum des Eingriffsraums besteht für etwa 5 Minuten kein Sicht- und Rufkontakt der Patientin zur zuständigen und (eigentlich) anwesenden Ärztin. Atem- und Kreislaufstillstand, der behoben werden kann, jedoch unter Residuen.

Urteil „Die Organisation der Arbeitsabläufe und Vorsorgemaßnahmen im Krankenhaus der Bekl. war bei Untersuchungen der hier in Frage stehenden Art unzureichend. Der Krankenhausträger schuldet... die nach den gegebenen Möglichkeiten sicherste Form der Behandlung, ihn trifft die durch seine Ärzte zu erfüllende Verpflichtung, sich in der kritischen Zeit um den Zustand des operierten Patienten zu kümmern und diesen wirksam unter Kontrolle zu halten... Dem somit bestehenden Überwachungsbedürfnis ist die seinerzeitige Organisation der Bekl. für die Arbeitsabläufe und Vorsorgemaßnahmen nicht gerecht geworden.“

Stichwort Personaleinsatzplanung, Parallelnarkose

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	27. 9. 1983	VI ZR 230/81	AHRS 3010/19

Med. Sachverhalt Schädigung des N. accessorius nach Lymphknotenexstirpation am Hals. – Folge: Bewegungseinschränkung des Armes.

Urteil **LS:** „Die Übertragung einer selbständig durchzuführenden Operation auf einen dafür noch

nicht ausreichend qualifizierten Assistenzarzt ist ein Behandlungsfehler“

„Wird indessen wie im Streitfall die Operation einem noch in der Facharztausbildung stehenden, unerfahrenen Assistenzarzt zur selbständigen Durchführung übertragen, steht im Vordergrund nicht die mangelnde Aufklärung des Patienten über sein dadurch gesteigertes Operationsrisiko. In erster Linie liegt vielmehr in einer solchen Maßnahme ... ein Verstoß gegen die bei der Behandlung des Patienten geschuldete ärztliche Sorgfaltspflicht... Er [der Operateur] hatte eine Lymphknotenexstirpation am Hals noch nicht vorgenommen und vergleichbare Operationen an anderen Körperpartien erst ein- oder zweimal.“

Stichwort Chirurgische Weiterbildung, Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	10. 1. 1984	VI ZR 158/82	AHRS 3020/10

Med. Sachverhalt Bei einem viermonatigen Säugling wird mangels anderer venöser Zugangsmöglichkeiten in die A. subclavia eine Venenverweilkanüle (Abbocath) gelegt und über diese sowohl (ohne Komplikationen) die Narkose gefahren als auch die mehrtägige postoperative Betreuung. Am Abend des 2. Postoperativen Tags wird das Infusionssystem dekonnektiert aufgefunden, es ist zu einem erheblichen Blutverlust gekommen, nachfolgend schwerer hypoxischer Hirnschaden.

Urteil **LS:** „Es ist Sache des die Behandlung führenden Arztes, dem Pflegepersonal die erforderlichen Anweisungen für die Behandlungspflege zu geben, wenn es einer besonderen Überwachung des Patienten bedarf.“

Kommentar Vorgeworfen wird dem Abteilungsleiter unter anderem: Er habe die Mitarbeiter auf die besondere Gefährlichkeit dieser Form des venösen Zugangs hinweisen müssen, er habe wissen müssen, dass seine Mitarbeiter mit dieser „verhältnismäßig neuen Art des venösen Zugangs“ nicht vertraut seien. Er hätte das Kind auf die Wachstation (anstatt auf das Säuglingszimmer) verlegen müssen. Er hätte prüfen müssen, ob überhaupt die parenterale Flüssigkeitszufuhr noch indiziert gewesen sei.

Stichwort Arbeitsanweisung, Schulung, Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	24. 1. 1984	VI ZR 203/82	AHRS 3010/20

Med. Sachverhalt Armplexusparese beidseits nach Bandscheiben-OP in Knie-Ellenbogenlage

Urteil **LS:** „Das Fehlen genereller Anweisungen über die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und das Fehlen deren Kontrolle ist ein Organisationsfehler. Werden mündliche und ausreichende Anweisungen befolgt, ist das Fehlen einer schriftlichen Anweisung unschädlich“

Das Fehlen einer generellen Anweisung der verantwortlichen Chefärzte über Einzelheiten der

Lagerung der Patientin und deren Kontrolle ist sicherlich ein Organisationsfehler, der zu einer Haftung des bekl. Landes für den Körperschaden der Kl. führen könnte. Den Feststellungen des Berufungsgerichts ist aber nicht zu entnehmen, daß sich eine solche Unterlassung zuungunsten der Kl. ausgewirkt hat...Das Berufungsgericht, das die entsprechenden Bekundungen der Ärzte wiedergibt, folgt deren Darstellung – wie ausgeführt – insoweit, als sie bekundet haben, sie kontrollierten die Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch vor Beginn der Operation, wenn der Patient abgedeckt werde. Nichts anderes hätte aber inhaltlich in entsprechenden allgemeinen Anweisungen stehen können. Daß die Ärzte im Streitfall nicht gewußt haben, was zu kontrollieren war, hat die Kl. nicht einmal behauptet. ..Die Wahl der Lagerungsmethode entsprach den Anweisungen des Chefarztes der Neurochirurgischen Abteilung, die er mündlich generell gegeben hatte. Das Fehlen einer schriftlichen Anweisung ist angesichts dessen, daß die mündlichen Anweisungen befolgt worden sind, unschädlich.“

Kommentar Aus dem Urteil geht zweierlei hervor: Die Notwendigkeit, klare organisatorische Regeln vorzugeben und der Umstand, dass diese Regelungen nicht zwingend schriftlich erfolgen müssen. Kenntnis der Regelungen und das Überwachen deren Einhaltung sind wichtiger.

Stichwort Lagerungsfehler, Anleitung, Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	22. 3. 1984	8 U 192/81	AHRS 3010/21

Med. Sachverhalt Knöcherner Verletzung am Mittelfinger rechts mit konservativer Behandlung und nachfolgender schwerer Bewegungseinschränkung.

Urteil **LS:** „In der Übertragung der Behandlung (hier: Versorgung einer Unfallverletzung des rechten Mittelfingers) auf nicht qualifizierte Kräfte in eigener Verantwortung oder der Duldung einer solchen Behandlung sind Organisationsfehler zu sehen, die die Haftung des Krankenhausträgers begründen.“

„Ob den Personen, die den Kl. am 9. 6. 1978 behandelt haben und von denen nicht einmal feststeht, ob sie eine ärztliche Qualifikation besaßen, ein (grober) Diagnosefehler und ein Fehler bei der Durchführung der Behandlung zur Last fällt, kann dabei offen bleiben. Der Behandlungsfehler, an den die Haftung hier anknüpft, liegt in der Übertragung der Behandlung auf nicht qualifizierte Kräfte in eigener Verantwortung...“

Kommentar Entscheidend für die Feststellung eines Behandlungsfehlers hier ist ausdrücklich die Binnenorganisation der Abteilung

Stichwort Facharztstandard, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Frankfurt	5. 4. 1984	1 U 184/83	AHRS 3020/12

Med. Sachverhalt Ein Krankenpflegeschüler (2. Ausbildungsjahr) nimmt bei einem Patienten (nach Apoplex) unter Aufsicht einen Einlauf zur Anregung des Stuhlgangs vor. Da dies erfolglos bleibt, nimmt er – ohne Kenntnis anderer – den Patienten ins Bad, „drehte das Sieb von der Brause ab, verband diese mit einem Einlaufschlauch und dem daran angesetzten Einlaufrohr und ließ ca. 1,5 bis 2 Liter kalt-warmes Wasser in den Enddarm des Patienten einlaufen.“ Es kommt zur Sigmaperforation und zum Tod des Patienten.

Urteil „Der Kl. stehen Schadensersatzansprüche gegen die Bekl. zu 1) [Krankenhausträger] nicht zu... sie trifft weder ein Auswahl- oder Überwachungsverschulden noch liegt ein ihr anzulastender Organisationsmangel vor... Das Verabreichen von Einläufen stellt grundsätzlich keine schwierige und mit Gefahren verbundene Tätigkeit dar... Der Krankenpflegeschüler S. war zudem mit dem erforderlichen theoretischen Wissen ausgestattet ... Auch ein Überwachungsverschulden der Bekl. zu 1) ist nicht ersichtlich. Aus den dargelegten Umständen geht hervor, daß die Arbeit des Krankenpflegeschülers S. bis zu seinem tragischen Fehlverhalten ... keinen Anlaß zu Beanstandungen, und zwar auch nicht in moralischer Hinsicht oder in Ansehung seines Verantwortungsbewußtseins, gegeben hatte.“

Kommentar Das Urteil überrascht und fügt sich in andere vorstehend und nachstehend zitierten Urteile nicht nahtlos ein. Offenbar war das Gericht der Meinung, das abstruse Verhalten des Krankenpflegeschülers sei nicht vorhersehbar gewesen.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Celle	25. 6. 1984	1 U 44/83	AHRS 3020/14

Med. Sachverhalt Etwa 5 Wochen nach der Neu-Implantation eines Spitz-Holter-Ventils zur Entlastung eines Hydrozephalus (welche komplikationsbelastet verlaufen war) wird der Patient mit Kopfschmerzen erneut stationär aufgenommen (1.5.73). Es erfolgt eine Behandlung auf Normalstation; keine spezielle Überwachung. Ca 24 Std nach stationärer Aufnahme Diagnose einer Hirnstammeinklemmung, Revisionsoperation. In der Folge schwerer Hirnschaden.

Urteil „Indessen spielt das nicht optimale Operationsergebnis vom ... [Neu-Implantation des Ventils] für die Beurteilung der zeitlich folgenden Vorgänge eine Rolle. Nach dem Gutachten des Sachverständigen ist mindestens zu vermuten, daß das nicht optimale Ergebnis des Eingriffs vom 30. 3. 1973 die beim Kl. einen Monat später eingetretenen Komplikationen ausgelöst hat. Weil deshalb die erhöhte Gefahr für einen Hirndruck bestand, mußte bei dem medizinischen Personal in der Universitätsklinik G. ein Anlaß zu besonderer Sorgfalt bestehen, als der Kl. am Morgen des 1. 5. 1973 erneut eingeliefert wurde. Der damalige Oberarzt ... erkannte auch, wie sein Vermerk zu den Krankenakten zeigt, daß am Vortage erneut Hirndruck mit Kopfweh und Erbrechen eingetreten war ... Der Umstand, daß der Zustand des Kl. (möglicherweise) im Verlauf des gesamten 1. 5. 1973 unauffällig war, konnte und durfte für die Ärzte nicht bedeuten, daß nicht schon in der folgenden Nacht erneut Hirndruck auftreten konnte, wie es ja dann auch geschehen ist. Dies war schon für die Ärzte Anlaß zu besonders eingehenden und sorgfältigen Hinweisen an das Nachtpersonal über die Gefahren, denen der Kl. ausgesetzt war.“

Kommentar Hier wäre also in Kenntnis der Probleme beim vorangehenden Eingriff besondere Aufmerksamkeit notwendig gewesen. Statt dessen reihte sich am Morgen des 2.5.73 eine Fehlbeurteilung an die andere. Als wesentlich ursächlich sieht das Gericht die mangelnden

Kenntnisse der damals Tätigen an und die fehlenden Hinweise auf die besondere Gefährdung des Patienten.

Stichwort Medizinische Komplikation

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	28. 6. 1984	8 U 112/83	AHRS 3010/22

Med. Sachverhalt Bei einer bimalleolären Sprunggelenksfraktur (Weber B) wird eine konservative Behandlung eingeleitet. Im Rahmen der Erstbehandlung wird festgelegt, dass für 4 Wochen ein Unterschenkelgips angelegt werden soll. – Zu einem späteren Zeitpunkt (nach 3 Monaten) wird dem Patienten wegen einer Sekundärdislokation eine korrigierende Operation empfohlen.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger haftet wegen eines Organisationsmangels, wenn ein unerfahrener Assistenzarzt ohne Beaufsichtigung eines Facharztes endgültig über die Behandlung einer komplizierten Gelenkverletzung (hier: Malleolarfraktur) entschieden hat und dem Patienten dadurch ein Gesundheitsschaden entstanden ist.“

Kommentar Der unstrittige Ersteintrag in der Akte, für 4 Wochen eine Gipsbehandlung vorzunehmen, ist für das Gericht Anlass, einen Organisationsfehler: „Denn es kann nicht angehen, daß ein noch unerfahrener Assistenzarzt ohne Beaufsichtigung durch einen Facharzt in alleiniger Zuständigkeit endgültig über die Behandlung einer komplizierten Gelenkverletzung entscheidet.“

Stichwort Behandlungsführung, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	29.10.1985	VI ZR 85/84	NJW 1986, 776

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger ist zum Schutz der Patienten verpflichtet, durch geeignete Organisationsmaßnahmen sicherzustellen, daß keine durch einen anstrengenden Nachtdienst übermüdeten Ärzte zu Operationen eingeteilt werden. - Der Krankenhausträger kann sich von seiner Geschäftsherrhaftung entlasten, wenn er nachweist, daß das Fehlen solcher Organisationsmaßnahmen sich auf den Einsatz des fehlerhaft operierenden Arztes nicht ausgewirkt hat.“

Stichwort Personaleinsatzplanung, Nachtdienst

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Frankfurt	2. 10. 1986	1 U 211/85	AHRS 3020/15

Med. Sachverhalt Bei einem Patienten wird wegen eines Nierenkelchsteins eine Harnleiterschleife eingesetzt. Diese soll nach 10 Tagen entfernt werden. Die Entlassung erfolgt am 3. postoperativen Tag. Der Arztbrief (datiert am 10. postoperativen Tag) an den einweisenden Facharzt weist darauf hin, dass die Schleife am 10. Tag entfernt werden soll. Die Schleife kommt in Vergessenheit und wird erst knapp zwei Jahre nach dem Eingriff entfernt.

Urteil „Die Haftung der Bekl. zu 3) [Klinikträger] ist deswegen gegeben, weil die in der Abteilung für Urologie übernommene und mit der Operation und der stationären Versorgung auch weitgehend durchgeführte ärztliche Behandlung nicht zu dem erforderlichen Abschluß gebracht worden ist. Es geht im Falle des Kl. nicht um die Frage einer Nachsorge durch Überprüfung oder Ergänzung eines ärztlichen Eingriffs. Vielmehr steht hier der ärztliche Eingriff selbst zur Beurteilung. Die urologische Behandlung des Kl. wäre erst dann fachgerecht beendet gewesen, wenn auch die Harnleiterschleife entfernt worden wäre.“

Kommentar Es handelt sich hier also nicht um den Fall einer gewöhnlichen Sicherungsaufklärung. Das heißt, dem Gericht geht es nicht um die Maßnahmen, die **nach Ende** der stationären Behandlung erforderlich sind. Es sieht vielmehr die (ambulante) Entfernung der Schleife als **integralen Bestandteil** noch der in der Klinik begonnenen Behandlung an. Diese sei überhaupt erst mit dem Entfernen der Schleife zu Ende. Dies zu organisieren sei Aufgabe der Klinik / des Trägers. – Die beiden behandelnden Ärzte werden freigesprochen, da sie offenbar ihren persönlichen Anteil an der Vervollständigung der Behandlung geleistet hatten.

Stichwort OP-Nachsorge, Behandlungsführung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	22. 9. 1987	VI ZR 238/86	AHRS 3030/1

Med. Sachverhalt Im Jahre 1980 wird eine Tubensterilisation unter Verwendung monopolarer Elektrokoagulation vorgenommen. Es kommt zur Darmperforation, die einen Zweiteingriff nötig macht.

Urteil **LS:** „Auch in mittleren und kleineren Krankenhäusern muß die Grundausrüstung modernen medizinischen Anforderungen entsprechen (hier: Zeitpunkt der Anschaffung eines Elektrokoagulators mit bipolarem statt monopolarer Hochfrequenzstrom). Erst eine deutliche Unterausstattung mit medizinischen Geräten führt zur Haftung, wenn es deswegen zu vermeidbaren Schädigungen eines Patienten kommt.“

„Es bestand in Fachkreisen Einigkeit darüber, daß Sterilisationen mittels Elektrokoagulation, eben wegen des erhöhten Risikos einer Darmverletzung, nicht mehr mit monopolarer, sondern nur noch mit bipolarem Hochfrequenzstrom durchgeführt werden sollten... Anders als in den Fällen, in denen neue Therapiemöglichkeiten entwickelt worden sind, die jeweils verschiedene Komplikationen und Erfolgchancen gegenüber den bisherigen Verfahren aufweisen, ist im Streitfall die Behandlungsmethode der Elektrokoagulation nicht geändert worden. Sie ist nur durch technische Verbesserung unter Herabsetzung gleichgearteter Risiken fortentwickelt worden. Das gehört zu den Neuerungen und Verbesserungen, die im

Medizinbetrieb an der Tagesordnung sind und die nicht überall gleichzeitig eingeführt und übernommen werden können. Die Verbesserung ist freilich durchaus nicht von untergeordneter Bedeutung.“

Kommentar Das Gericht hat sich (neben Fragen zur Aufklärungspflicht) eingehend mit der Frage beschäftigt, ob eine Klinik einen Organisationsfehler begeht, wenn sie (1980) noch mit monopolarer Koagulation arbeiten lässt. In **diesem Fall** ist die Frage verneint worden.

Stichwort Technische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Zweibrücken	7. 10. 1987	2 U 16/86	AHRS 3400/5

Urteil **LS:** „Den Assistenzarzt, der erst etwa 7 Wochen lang erste Erfahrungen in der Anästhesieabteilung gesammelt hat, trifft der Vorwurf des Übernahmeverschuldens, wenn er sich widerspruchslos zum anästhesistischen Bereitschaftsdienst einteilen läßt.“

Kommentar Zu „persönlichem Übernahmeverschulden“ – welche Aufgaben können in welchem Stadium der Facharztweiterbildung übernommen werden – existiert eine Vielzahl von Einzelentscheidungen.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Remonstration

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	29. 2. 1988	3 U 44/87	AHRS 3020/19

Med. Sachverhalt Nach einer Tonsillektomie und Adenektomie kommt es bei einem Kind zur Nachblutung. Der Operateur wird zu hause telefonisch informiert. „Der Bekl. zu 1) [Operateur] gab der Zeugin W. die Weisung, eine Eiskrawatte anzulegen, das blutstillende Medikament Reptilase zu spritzen, die Kl. verschärft zu beobachten und wieder anzurufen, wenn es nicht besser werde. Dazu kam es nicht.“ In der Folge verzögerte Blutstillung und schwere hypoxische Hirnschädigung.

Urteil „Einen die Klage tragenden Behandlungsfehler des Bekl. zu 1) sieht der Senat jedoch darin, daß dieser Bekl. nach dem Anruf der Zeugin W. nicht unverzüglich in die Klinik zur Kl. gekommen ist und es zugleich unterlassen hat, der Zeugin W. die Anweisung zu erteilen, sofort den diensthabenden Arzt herbeizurufen.
Eine Entlastung ... gelingt der Bekl. zu 2) [Krankenhaussträger] nicht. Sie ist für die unzureichende personelle Ausstattung des Nachtdienstes der Klinik verantwortlich ... Die Zeugin W. gab bei ihrer Vernehmung an, sie sei auf dem Gebiet der Nachblutung nach Tonsillektomie unerfahren und zuvor insoweit noch nie zum Handeln aufgerufen worden. Da es sich hierbei um die wichtigste und gefährlichste Komplikation auf einer HNO-Station mit

frischoperierten Patienten handelt, hatte das verantwortliche Organ der Bekl. zu 2) den Nachtdienst falsch besetzt. Dafür haftet die Bekl. zu 2)...“

Kommentar Es handelt sich also um ein doppeltes Problem: Die zunächst nur telefonisch erteilten Anweisungen des behandelnden Arztes und die nicht ausreichende Ausstattung mit erfahrenen Pflegekräften seitens des Klinikträgers.

Stichwort Medizinische Komplikation, telefonische Anordnung, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG München	29. 9. 1988	24 U 806/87	AHRS 3020/20

Med. Sachverhalt Bei einer erwachsenen Frau wird eine Tonsillektomie in einer HNO-Belegabteilung durchgeführt. Nachbetreuung auf der chirurgischen Station. Nachblutung, verzögerte Reaktion, in der Folge Tod der Patientin.

Urteil **LS:** „Der Belegarzt (hier: HNO-Facharzt) hat dem Pflegepersonal der Belegklinik klare Anweisungen zu erteilen, ihn stets unverzüglich zu verständigen, wenn sich bei einem Patienten in der postoperativen Phase Auffälligkeiten zeigen, insbesondere sich sein Zustand verschlechtert. Er hat die Anweisungen in angemessenen Abständen zu wiederholen und ihre Einhaltung zu überwachen.“

Auch der Träger des Belegkrankenhauses muß organisatorisch sicherstellen, daß sein Pflegepersonal vom zuständigen Belegarzt ausreichende Anweisungen erhält und erforderlichenfalls insoweit auf den Belegarzt einwirken.“

Kommentar Also Zuteilung der Organisationsverantwortung – Belegarzt (Operateur) und Klinikträger.

Stichwort Personaleinsatzplanung, medizinischer Notfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	17. 11. 1988	8 U 101/87	AHRS 3020/21

Med. Sachverhalt Nach erfolgter Umlagerung in der OP-Schleuse stürzt eine Patientin vom OP-Tisch und bricht sich das Schlüsselbein.

Urteil **LS:** „Ohne das Hinzutreten gefahrerhöhender Umstände ist es kein Organisationsmangel, wenn das Umlagern einer (sedierte) Patientin vom Bett auf den Operationstisch von einer Pflegekraft allein vorgenommen wird; mit der Möglichkeit eines unkontrollierten Verhaltens der Patientin mit der Folge eines Sturzes vom Operationstisch muß dann nicht gerechnet werden.“

„Weder das Körpergewicht der Kl. noch ihre körperliche und geistige Verfassung ergaben die Notwendigkeit, bei der Umlagerung weiteres Pflegepersonal hinzuzuziehen, wie es die Kl. meint. Angesichts der Tatsache, daß die vorhandenen technischen Einrichtungen es ermöglichten, den Operationstisch der Höhe des Bettes anzugleichen und unmittelbar neben

das Bett zu bringen, stellt es sich nicht als ein Organisationsmangel dar, daß die Bekl. zu 3), wie in entsprechenden Fällen üblich, die Umlagerung allein vorgenommen hat... Die Beweisaufnahme hat nicht ergeben, daß im Falle der Kl. Umstände vorlagen, die die Möglichkeit eines unvorhergesehenen unkontrollierten Verhaltens der Kl. mit der Folge eines Sturzes vom Operationstisch befürchten ließen.“

Kommentar Hier wird plastisch ausgeführt, dass die Frage, wie viele bzw. welche Personen für eine klinische Tätigkeit (hier Umlagern in der OP-Schleuse) eingesetzt werden müssen, vom konkreten Einzelfall abhängig ist.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Umbettung, OP-Schleuse

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	11. 1. 1990	8 U 179/88	AHRS 3080/15

Urteil **LS:** „Bei dem Einsatz eines Elektrokoagulators zur Kniegelenkoperation sind die damit verbundenen technischen Risiken auszuschalten. So ist zu kontrollieren, ob der Druck der Blutsperremanschette nicht überhöht ist. Vor allem aber muß eine Durchfeuchtung der Wattepolsterung mit dem Desinfektionsmittel (hier: Dibromol) durch geeignete Vorkehrungen vermieden werden, damit es nicht zu Verbrennungen kommt.“

Kommentar Der „Klassiker“ bei der Verwendung von Blutsperremanschetten: Unter die Manschette läuft anlässlich der Hautdesinfektion Desinfektionsmittel. Während der folgenden Druckanlage (bis zu 2 Stunden) kommt es durch Druck und Feuchtigkeit gemeinsam zu Hautschäden.

Stichwort Blutsperre, Hautdefekt, technische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG München	15. 2. 1990	1 U 2016/87	AHRS 3010/38

Med. Sachverhalt Nach einer komplikationsreich verlaufenden Entbindung verbleibt beim Neugeborenen ein schwerer hypoxischer Hirnschaden. Als wesentlich ursächlich ergab sich eine zu spät indizierte / begonnene Schnittentbindung. An der Behandlung direkt beteiligt waren zwei Hebammen, ein Oberarzt, eine Assistenzärztin.

Urteil „Das LG hat der Klage gegen den Bekl. zu 1) [Klinikträger] im Wesentlichen stattgegeben und die Klage gegen die übrigen Bekl. abgewiesen... Insgesamt sei zu sagen, daß hier spätestens ab der zweiten Deceleration zu langsam gearbeitet worden sei... Da der Bekl. zu 1) für alle seine Bediensteten gemäß § 278 BGB einzustehen hat, braucht im Rahmen dieses Verfahrens nicht weiter darauf eingegangen zu werden, welcher konkreten Person dieses Fehlverhalten anzulasten ist. Da ein schwerer Behandlungsfehler vorliegt, kommt dem geschädigten Kind

eine Umkehr der Beweislast zugute.“

Kommentar Das Gericht verzichtet darauf, auszuloten, welchem der weiteren fünf Beklagten (Beteiligte wie oben, zzgl. Leiter der Abteilung) ein individueller Vorwurf zu machen ist und sieht vorrangig die Gesamtverantwortung des Hauses gegeben.

Stichwort Organisationsmängel, Zuständigkeiten

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	14. 3. 1990	3 U 164/89	AHRS 3020/22

Med. Sachverhalt Nach einer intramuskulären Injektion kommt es zu anhaltenden Beschwerden im Injektionsbereich.

Urteil **LS:** „Einer ausgebildeten Arzthelferin, die vom praktischen Arzt in der Spritzentechnik eingehend unterwiesen und sodann ausreichend kontrolliert worden ist, ohne daß sich Beanstandungen ergeben haben, darf eine intramuskuläre Injektion (hier: Sigma-Elmedal) übertragen werden.“

„Ich habe bei Dr. C. die zweijährige Lehre als Arzthelferin gemacht und war danach noch gut ein Jahr bis zum 15. 4. 1982 bei ihm beschäftigt. Anschließend habe ich bei einem anderen Arzt für neun Monate eine Kollegin wegen Mutterschaftsurlaub vertreten. Nach der Mutterschaftshilfe bin ich zum Bekl. gekommen. Die Belehrung vor einer Injektion macht der Arzt, aber das Setzen der Spritze gehört zur Ausbildung einer Arzthelferin. Von Dr. C. habe ich die Praxis gelernt, in der Schule war dazu ein theoretischer Unterricht. Bei Dr. C. mußte ich viele Spritzen verabreichen. Im Laufe der Jahre werden es mehrere Tausend Spritzen gewesen sein. Beim Bekl. gehörte das Spritzen auch zu meinen regelmäßigen Aufgaben. Anfangs hat der Bekl. mehrfach nachgesehen, ob ich das richtig machte. Den Bekl. selbst habe ich auch spritzen müssen.“ [Aussage der Arzthelferin]

Kommentar Die oben wörtlich wiedergegebene Aussage der Arzthelferin weist erneut die Trias der Bedingungen zur vertikalen Delegation auf: Personalauswahl, Belehrung, Überwachung.

Stichwort Injektion, vertikale Delegation, Schulung, Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Saarbrücken	30. 5. 1990	1 U 69/89	AHRS 3080/16

Urteil **LS:** „Bei dem Einsatz eines Hochfrequenzchirurgiegeräts (hier: Erbotom FR 2) ist zum Schutz vor Verbrennungen des Patienten darauf zu achten, daß die neutrale Elektrode ordnungsgemäß befestigt ist. Der Chirurg kann sich nicht darauf berufen, die Verbrennungsrisiken nicht gekannt zu haben, sondern hat sich vorher mit der Funktionsweise des Gerätes vertraut zu machen.“

Kommentar Der „Klassiker“ bei der Anwendung des Thermokauters: Unzureichend befestigte Neutralelektrode.

Stichwort Thermokauter, elektrische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Koblenz	13. 6. 1990	5 U 860/88	AHRS 3010/40

Med. Sachverhalt Nach einer operativen Harnleitersteinentfernung (Assistenzarzt unter Assistenz des Oberarztes) wird am 3. Postoperativen Tag wegen einer Nachblutung revidiert (Oberarzt) und ca. 4 Wochen postoperativ eine Nierenentfernung (Nephrektomie) vorgenommen (Chefarzt).

Urteil „Der Bekl. zu 1) [Chefarzt] war nicht verpflichtet, ... die Operation des Kl. wegen ihrer Kompliziertheit selbst zu übernehmen. Zwar lag, nachdem der Bekl. zu 1) zur Operation hinzugezogen worden war, bei ihm die Verantwortung für die weitere Behandlung des Kl. Er hatte seine bessere medizinische Kenntnis und Erfahrung als Chefarzt einzusetzen, sofern dies nach der konkreten Situation notwendig und erfolgversprechend war ...Hierzu hat der Sachverständige dargelegt, daß für den Bekl. zu 1) aus medizinischer Sicht keine Veranlassung bestand, die Operation selbst weiterzuführen, weil das aus den Bekl. zu 2) und 3) bestehende Operationsteam keine operationstechnischen Probleme gehabt habe... Eine Pflichtverletzung des Bekl. zu 1) ist jedenfalls deshalb nicht gegeben, weil er während des weiteren Operationsverlaufs anwesend war und die Operation überwacht hat. Mit dieser Kontrolle genügte der Bekl. zu 1) seiner aufgrund der konkreten Situation dem Kl. gegenüber bestehenden Behandlungspflicht.“

Kommentar Das Urteil ist deshalb wichtig, weil es die Grenzen der Pflicht zur eigenen Übernahme der Behandlung (hier: Operation) durch den Chefarzt aufzeigt.

Stichwort Personaleinsatzplanung, medizinische Komplikationen

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Saarbrücken	Urt. v. 13. 6. 1990	1 U 145/86	AHRS 3040/13

Med. Sachverhalt Nach Implantation einer Hüftgelenkstotalprothese (1982) kommt es zum Wundinfekt.

Urteil **LS:** „Hat ein Krankenhaus altersbedingte bauliche Mängel, die grundsätzlich ein erhöhtes Infektionsrisiko für Patienten der Knochenchirurgie begründen, liegt die Infektionsquote des Krankenhauses aber innerhalb der Norm des Unvermeidbaren, kann davon ausgegangen werden, daß die vorhandenen Mängel durch erhöhte betrieblich-organisatorische Maßnahmen

so ausgeglichen worden sind, daß eine zusätzliche Gefährdung der Patienten nicht vorgelegen hat. Bei dieser Sachlage ist die Aufnahme und Behandlung eines Patienten nicht fehlerhaft.“

„Allerdings ist den diesbezüglichen Feststellungen im Gutachten S. zu entnehmen, daß die "baulich-hygienischen Verhältnisse" im Krankenhaus S. zur Zeit der Operation vom 16. 7. 1982 nicht mehr den durch die Richtlinien des Bundesgesundheitsamtes geforderten aseptischen Anforderungen der Knochenchirurgie entsprachen und daher als solche ein erhöhtes Infektionsrisiko begründeten. In diesem Zusammenhang ist aber zu berücksichtigen, daß die baulichen Verhältnisse eines Krankenhauses nur einen Teilaspekt des Hygieneproblems abdecken und daß, wie dem Senat aus ähnlichen Verfahren bekannt ist und vom Kl. selbst vorgetragen wird, im Hinblick auf die Infektionsgefahr gute betrieblich-organisatorische Maßnahmen selbst bauliche Mängel kompensieren können. Dafür, daß aber derartige betrieblichorganisatorische Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe im Krankenhaus S. damals mit gutem Erfolg durchgeführt wurden, kann auf die zutreffenden Ausführungen der Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug genommen werden, die sich der Senat zu eigen macht... Nach dieser Infektionsstatistik lag aber in der Zeit von 1981 bis 1984 die Infektionsquote des Krankenhauses S. durchweg noch im Rahmen der für Eingriffe wie den vom 16. 7. 1982 normalen, weil unvermeidbaren Infektionsquote... Dieses Ergebnis läßt sich aber nur so erklären, daß im Krankenhaus S. die baulichhygienischen Mängel – möglicherweise gerade im Bewußtsein des altersbedingten baulichen Hygienedefizits – durch gute betrieblich-organisatorische Maßnahmen in einem Maße ausgeglichen wurden.“

Kommentar Die Ansicht, dass baulich-hygienische Defizite durch in besonderer Weise optimierte hygienebezogene Organisation ausgeglichen werden können, ist in der Fachwelt etabliert. Dieses Urteil macht sich diese Ansicht zu eigen.

Stichwort Baumaßnahmen, Wundinfekt, Infektionsstatistik

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Koblenz	13. 11. 1990	3 U 1197/85	AHRS 3010/41

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer längerdauernden Überdosierung von Zentropil kommt es zu bleibenden Kleinhirnschäden. - Beklagt werden der die Dauerbehandlung durchführende Hausarzt sowie der Leiter der die Medikation verordnet habenden Klinik.

Urteil **LS:** „Der Leiter einer Neuro-Psychiatrischen Universitätsklinik hat organisatorisch sicherzustellen, daß in der Wissenschaft beschriebene gefährliche Nebenwirkungen eines Medikaments (hier: Zentropil) von den Ärzten beachtet werden und daß sie die Patienten entsprechend kontrollieren.“

„...besteht auch im Rahmen der Organisationspflichten des leitenden Arztes u. a. das Gebot, die ärztlichen (und nichtärztlichen) Mitarbeiter zu belehren und ihnen die gebotenen Weisungen zu geben..., ganz allgemein den Standard der Klinik zu gewährleisten ... und erforderliche Kontrollen organisatorisch sicherzustellen.“

Kommentar Auch in diesem Beispiel zwei der drei klassischen Elemente der fachlichen Überwachung.

Stichwort Medikation, Schulung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	11. 12. 1990	VI ZR 151/90	AHRS 3030/3

Med. Sachverhalt Bei einem Patienten, der unter Marcumar-Dauerbehandlung steht, wird unfallbedingt eine notfallmäßige Operation vorgenommen. Er wird mit PPSB behandelt und erleidet in der Folge eine Hepatitis. Gerügt wird, das nicht ein „hepatitis-sicheres“ Präparat verwendet wurde.

Urteil **LS:** „Es kann ein Organisationsverschulden des Krankenhausträgers darin liegen, daß ein Medikament mit erheblich niedrigeren Risiken für den Patienten (hier: PPSB-sicher) nicht rechtzeitig vor der Operation zur Verfügung steht“

Stichwort Medikation, Infektionsprävention

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	20. 12. 1990	8 U 210/87	AHRS 3400/10

Urteil **LS:** „Befindet sich ein zum ärztlichen Nachtdienst eingeteilter Arzt noch in der Ausbildung und verfügt er infolgedessen noch nicht über das Wissen und die Erfahrung eines Facharztes, und ist er wegen seiner eingeschränkten Erfahrung auch nicht imstande, die Beschwerden des Patienten und die Veränderung in seinem Befinden (hier: Erhebliche Halsschwellung im Anschluß an eine Grenzstrangblockade) sicher einzuordnen, so muß er einen kompetenten Kollegen hinzuziehen, damit dieser mit seiner ausreichenden Erfahrung die Behandlung übernehmen kann. Unterläßt der Berufsanfänger das, so begeht er einen groben Behandlungsfehler.“

Stichwort Personaleinsatzplanung, Nachtdienst

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Karlsruhe	27. 2. 1991	7 U 162/90	AHRS 3080/18

Med. Sachverhalt Ein einjähriges Kind soll in einer orthopädischen Abteilung wegen eines Hüftleidens behandelt werden (1988). Es (bzw. seine Eltern) bringt einen Apnoemonitor mit, der zu Hause ohne Probleme benutzt wird. Die Eltern weisen das Stationspersonal in die Handhabung des Monitors ein. Dennoch kommt es zur Fehlbedienung. Es kommt zum Stromschlag des Kindes mit Herz- und Atemstillstand und konsekutiver Hirnschädigung.

Urteil **LS:** „Setzt das Krankenhaus im Rahmen der Behandlung eines Kindes einen von den Eltern überlassenen Apnoemonitor ein, übernimmt der Krankenhausträger damit auch die volle Verantwortung für die sachgemäße und gefahrlose Bedienung des Gerätes und haftet deshalb für Fehler einer Krankenschwester.“

„Die Verwendung des Überwachungsmonitors ist nach Rücksprache mit dem Stationsarzt der Klinik M. erfolgt. Er ist von der Klinik im Rahmen der Behandlung eingesetzt worden. Damit hat das Krankenhaus aber auch die volle Verantwortung für die sachgemäße und gefahrlose Anwendung und Bedienung des Geräts übernommen. Bereits der Umstand, daß die Eltern des Kindes den Überwachungsmonitor ein dreiviertel Jahr lang zu Hause ohne irgendwelche Schwierigkeiten bedient haben, zeigt, daß das Gerät bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt problemlos verwendet werden kann. Nur bei einem gänzlich unaufmerksamen Benutzer kann es geschehen, daß die Stifte der Elektrodenkabel in die Gerätesteckvorrichtung der Netzanschlußleitung gesteckt werden, wie es die Krankenschwester Ruth H. getan hat. Da feststeht, daß die Schädigung aus dem von der Klinik beherrschbaren Bereich der technischen Vorbereitungen für eine sachgemäße und gefahrlose Behandlung hervorgegangen ist, wäre es Sache der Bekl. gewesen, sich zu entlasten.“

Kommentar Unabhängig von der Art des mitgebrachten Geräts weist das Urteil darauf hin, dass nach einer solchen Übergabe des Geräts an das Personal die Verantwortung für die fehlerfreie Handhabung an das Personal bzw. das Krankenhaus übergeht.

Stichwort Mitgebrachtes Gerät, technische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Koblenz	20.3.91	1 U 31/87	HUR 44 b

Med. Sachverhalt Wundinfekt nach OP Schenkelhalsfraktur. Der Patient war zusammen mit einem Patienten mit eingewachsenem Großzehennagel und einem Patienten Pat nach Blinddarm-OP im selben Zimmer untergebracht.

Urteil „Die Bekl. sind gesamtschuldnerisch verpflichtet, dem Kl. ... den materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen.

Der Bekl. zu 2) [Chefarzt] ist als Leiter der chirurgischen Abteilung des (...)krankenhauses N., der im medizinischen Bereich völlig weisungsfrei arbeitet, als verfassungsmäßig berufener Vertreter im Sinne des § 31 BGB anzusehen. Da ihm im Rahmen seines Aufgabenbereichs insbesondere die Sicherstellung der Krankenhaushygiene zugewiesen war...

Zwar hat die Bekl. zu 1) sich darauf berufen, dass der Bekl. zu 2) im Rahmen der ihm übertragenen Organisationsaufgaben stets darauf hingewiesen habe, daß die Regeln der Krankenhaushygiene strikt einzuhalten und septische und aseptische Patienten streng getrennt unterzubringen seien... Damit ist jedoch nicht hinreichend substantiiert dargetan, daß der Bekl. zu 2) sich auch in ausreichendem Maße durch Kontrollen und Überwachungsmaßnahmen um die Einhaltung dieser Anordnung gekümmert hat.“

Kommentar Dass die gemeinsame Unterbringung der o.a. Patienten im selben Zimmer ein „grober Behandlungsfehler“ sei, würde man heute hygienischerseits nicht mehr so sehen (wenn denn überhaupt die damalige Aussage des Sachverständigen dem allgemeinen medizinischen Standard entsprach). Das Urteil ist deshalb auch heute wichtig, weil es die Abgrenzung zwischen organisatorischen Pflichten des Chefarztes und der Krankenhausleitung beleuchtet. In diesem Falle ist auf das das einschlägig fachlich weisungsfreie Agieren des Chefarztes abgehoben – und damit die Verantwortung zumindest für die (als solche gesehenen)

Verfehlungen **im Einzelfalle** bei ihm.

Stichwort Hygiene, Patientenunterbringung, bauliche Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	3. 7. 1991	27 U 176/89	AHRS 3010/42

Med. Sachverhalt Bei einem Frühgeborenen wird zunächst nach 8 Monaten Langzeitbeatmung eine Extubation vorgenommen. Die wenige Tage später erforderliche Reintubation ist nur unter großen Schwierigkeiten möglich. Als e seinen Tag später zur Tubusobstruktion kommt, wird der Tubus nicht – wie sonst dort üblich – entfernt (getauscht) sondern belassen, da sich der diensthabende Arzt an die vorangehenden Schwierigkeiten der Reintubation erinnert. Es kommt nunmehr zum schweren hypoxischen Hirnschaden.

Urteil **LS:** „Es bedarf klarer Anweisungen des verantwortlichen Chefarztes zum ärztlichen Vorgehen im Notfall (hier: Tubusobstruktion auf der Kinderabteilung). Insbesondere ist nach einer Komplikation anlässlich einer vorangegangenen Reintubation bei einem anderen Patienten Verunsicherungen bei den Schichtärzten vorzubeugen und ein "Strategieplan" festzulegen“

„Bei dem Bemühen, den Sauerstoffmangel des Kl. zu beheben, hat der Bekl. zu 3) mit dem wiederholten Anspülen zum Zweck des Absaugens des im Tubus sitzenden Sekretpfropfens eine aus objektiver Sicht falsche Maßnahme ergriffen... Das für den Schadenseintritt ursächliche, objektiv fehlerhafte Vorgehen des Bekl. zu 3) beruht auf einem dem bekl. Land zuzurechnenden Organisationsmangel... Das bekl. Land hat vorgetragen, jedem Arzt der Kinderklinik sei bekannt gewesen, daß bei einer Tubusobstruktion in der Regel die Sofortmaßnahme darin bestehe, den Tubus herauszuziehen und mit der Maske zu beatmen; jedoch habe sich der Bekl. zu 3) "wegen der unmittelbaren Vorgeschichte und des von Schwester Karin S. beobachteten Bronchospasmus" anders entschieden.....Ein Organisationsmangel ist weiter darin zu sehen, daß der Bekl. zu 3) nach den Geschehnissen während der Langzeitextubation am 2. und 3. 5. 1984 auf den Notfall einer Tubusobstruktion nicht ausreichend vorbereitet worden war.“

Kommentar Das Urteil stellt darauf ab, dass im vorliegenden Falle wegen der individuell vorangegangenen Schwierigkeiten vorsorglich klare Anweisungen hätten gegeben werden müssen, wie bei einer erneuten Tubusobstruktion zu verfahren sei.

Stichwort Medizinische Notfälle

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	16. 9. 1991	3 U 112/90	AHRS 3010/43

Med. Bei einem Neugeborenen wird im Rahmen der U 2 ein TSH-Test durchgeführt; das

Sachverhalt Probenmaterial geht verloren, ein Laborergebnis trifft nie ein. Das bemerken weder der (ursprünglich) behandelnde als Belegarzt tätige Gynäkologe (Beklagter 2) noch der später die U 3 vornehmende Kinderarzt (Beklagter 3). In der Folge kommt es bei Hypothyreose zur retardierten Entwicklung.

Urteil **LS:** „Gehört es nach der Aufgabenverteilung im Belegkrankenhaus zur Aufgabe der Krankenhausverwaltung, entnommene Blutproben zu sammeln, zu versenden und Untersuchungsergebnisse mitzuteilen, hat der Krankenhausträger für Fehler in diesem Bereich einzustehen. Zur ordnungsgemäßen Organisation gehört die Führung eines Ausgangsbuches, mit dem eine Kontrolle des Rücklaufs der versandten Proben möglich ist.“

„Der Bekl. zu 2. hat neben der Bekl. zu 1. [Krankenhaus] die fehlende Rücklaufkontrolle und damit die dadurch verursachten Leiden der Kl. zu verantworten... Es war Sache der Bekl., ihren Büroablauf so zu organisieren, daß eine Kontrolle darüber, ob und mit welchem Ergebnis die zur Untersuchung versandten Proben zurückkamen, möglich war und auch tatsächlich durchgeführt wurde... So wie die Bekl. zu 1) Räumlichkeiten, Betten, Verpflegung und Pflegepersonal in eigener Verantwortung zur Verfügung stellte, hatte sie es auch übernommen, die entnommenen Proben zu sammeln, zu versenden und Untersuchungsergebnisse mitzuteilen.“

Kommentar Hier wird eine „Holschuld“ eines Krankenhauses formuliert für **Ergebnisse** von Laborproben, deren Versand das Krankenhaus für seinen Belegarzt übernommen hatte. – Nach unseren aktuellen Vorstellungen der Arbeitsteilung sicher keine unproblematische Feststellung.

Stichwort Laborergebnisse, Holschuld

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	17. 12. 1991	VI ZR 40/91	AHRS 3030/4

Med. Sachverhalt Nach Hysterektomie mit Fremdbluttransfusion Hepatitis und HIV-Infektion.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger ist nicht verpflichtet, die von zuverlässigen Herstellern bezogenen Blutkonserven vor deren Verwendung im Labor auf etwaige Verseuchung durch Hepatitis- und AIDS-Erreger untersuchen zu lassen.“

„Es liegt auch kein Rechtsfehler darin, daß das Berufungsgericht von der Erstbekl. nicht verlangt, die in ihren Kliniken verwendeten Blutkonserven vor deren Verwendung durch ihr Laborpersonal auf etwaige Verseuchungen durch Hepatitis- oder AIDS-Erreger untersuchen zu lassen (vgl. insoweit schon LG Düsseldorf NJW 1990, 2325). Sie genügte ihrer Sorgfaltspflicht, wenn sie sicherstellte, daß sie die benötigten Blutkonserven nur von ihr als zuverlässig bekannten Herstellern bezog, welche die Gewähr dafür boten, daß sie die Richtlinien und Bestimmungen zur Vermeidung verseuchter Blutkonserven beachtetten und alle darüberhinaus etwa noch erforderlichen Vorkehrungen trafen, um nur Blutkonserven ohne Krankheitskeime an die Kliniken zu liefern.“

Kommentar Wichtiges Urteil, was die Organisations-Verantwortung des Krankenhauses in Hinsicht auf von ihm bezogene Medizinische Artikel betrifft.

Stichwort Überwachung, Outsourcing

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	17. 12. 1991	VI ZR 40/91	AHRS 3010/44

Med. Sachverhalt Nach Fremdbluttransfusion anlässlich einer Hysterektomie kommt es zur Hepatitis und HIV-Infektion.

Urteil LS: „Der leitende Arzt einer Krankenhausabteilung hat organisatorisch sicherzustellen, daß bei Patienten, bei denen längerfristig eine mit Bluttransfusionen verbundene Operation erforderlich werden kann, die Möglichkeit einer Eigenblutspende geprüft wird und daß die Patienten entsprechend aufgeklärt werden.“

Stichwort Fremdbluttransfusion, Outsourcing

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	10. 3. 1992	VI ZR 64/91	AHRS 3400/11

Urteil LS: „Übernimmt ein Nichtfacharzt die Aufsicht und Kontrolle über die Operation eines Berufsanfängers, ist ihm das als Fehler vorzuwerfen, wenn er sich zu dieser Tätigkeit gedrängt oder sich weisungsgemäß darauf eingelassen hat, obwohl er dagegen Bedenken hätte haben und eine Gefährdung des Patienten hätte voraussehen können.“

Stichwort Chirurgische Weiterbildung, Remonstrations

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	11. 6. 1992	27 U 50/92	AHRS 3030/5

Med. Sachverhalt Ein Patient stürzt in der Dusche seines Patientenzimmers und zieht sich einen Bandscheibenvorfall zu ²

Urteil LS: „In einem Krankenhaus sind für Patienten, die sich wie Gesunde bewegen können, normale Duschkabine ohne besondere Sicherheitsvorkehrungen ausreichend. Ein Verstoß gegen die

² Dass auf diese Weise ein Bandscheibenvorfall zustande kommt, ist im übrigen äußerst unwahrscheinlich!

Verkehrssicherungspflicht liegt auch nicht darin, daß aus hygienischen Gründen auf Duschvorhänge verzichtet wird.“

Kommentar Die Frage, was nun genau in welcher Situation zur Verkehrssicherungspflicht des Krankenhauses gehört, wird in jedem Einzelfall neu abzuwägen sein. Hier ein Beispiel für eine Nicht-Einstandspflicht des Hauses.

Stichwort Bauliche Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	20. 8. 1992	14 U 3/92	AHRS 3010/47

Med. Sachverhalt Ein Neugeborenes wird aus Steiß- Fußlage per vias naturales entbunden. Es verbleiben Lähmungen der unteren Extremität. Beklagt wird die Klinik, der Belegarzt und die beiden Hebammen.

Urteil **LS:** „Ist im Kreiskrankenhaus organisatorisch nicht sichergestellt, daß auf der gynäkologischen Belegabteilung nachts ein fachärztlicher Bereitschaftsdienst besteht und in einer Zeit von deutlich unter 20 Minuten erforderlichenfalls ein Anästhesist zur Verfügung steht, darf der Träger des Krankenhauses mindestens die Aufnahme von Risikogeburten nicht zulassen.“

„Schließlich haftet der Bekl. zu 1 [Krankenhaus] auch deshalb, weil er die Aufnahme von Risikogeburten in die geburtshilfliche Belegabteilung zugelassen und nicht unterbunden hat, obwohl dort zusätzlich zu der ungenügenden nächtlichen Pflegesituation und nicht ausreichenden ärztlichen Anweisungen weder ein präsenster ärztlicher Bereitschaftsdienst noch ein präsenster anästhesiologischer Bereitschaftsdienst vorhanden war. Auch diese ärztliche Versorgung sicherzustellen war – jedenfalls bei Risikogeburten – Aufgabe des Krankenhausträgers, der anderenfalls (bei Fehlen dieser Voraussetzungen) die Aufnahme – jedenfalls von Risikogeburten – in die geburtshilfliche Abteilung unterbinden mußte.“

Kommentar Unabhängig davon, dass das Gericht auch bei dem behandelnden Gynäkologe und den beiden Hebammen Fehler sah, wird eine Mithaftung durch das Krankenhaus damit begründet, dass bei den gegebenen organisatorischen Bedingungen Risikogeburten überhaupt nicht hätten zur Aufnahme kommen dürfen. – Vergleiche aber: OLG Karlsruhe, Urteil vom 16.05.2001.

Stichwort Personalausstattung, Übernahmeverschulden

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	20. 8. 1992	14 U 3/92	AHRS 3020/24

Med. Sachverhalt Entbindung eines Kindes aus Steiß- Fußlage per vias naturales mit nachfolgenden Schäden.

Urteil **LS:** „Der Träger eines Kreiskrankenhauses mit einer gynäkologischen Belegabteilung verletzt seine Verpflichtung, ausreichend fachkundiges nichtärztliches Personal zu stellen, wenn er für den Nachtdienst bei 88 Betten in 3 Abteilungen nur zwei Nachtschwestern einsetzt. Er hat ferner organisatorisch sicherzustellen, daß das von ihm eingesetzte Pflegepersonal vom zuständigen Belegarzt ausreichende Anweisungen erhält, etwa für den Fall einer Änderung im Zustand einer Schwangeren.“

Kommentar Das Gericht trennt die Verantwortlichkeiten gemäß dem Belegarztvertrag: Für den ärztlichen Bereich und den Schreibdienst der Belegarzt, für das übrige Personal der Krankenhausträger. – Interessant sind auch die zitierten Zahlenwerte für Personalbesetzung (Ereignis in 1988).

Stichwort Personaleinsatzplanung, Belegarzt

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Celle	14. 9. 1992	1 U 51/91	AHRS 3030/6

Med. Sachverhalt Während einer Geburt (im Jahre 1985) kommt es zu den klinischen Zeichen einer Unterusruptur. 32 Minuten nach Entschluss zur Sectio wird das Kind entbunden. Es verbleiben schwere zerebrale Schäden.

Urteil **LS:** „Von einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung kann nicht gefordert werden, daß jederzeit während einer Geburt die personellen, operativen und räumlichen Möglichkeiten für einen unverzüglichen Kaiserschnitt gegeben sein müssen.“

Kommentar Das Gericht hebt im Urteil im einzelnen auf die begrenzte Ausstattung mit OP-Sälen und Personal ab. **CAVE:** Es darf bezweifelt werden, dass das Urteil gegenüber dem Trägere heute analog ausfallen würde.

Stichwort Technische Sicherheit, Personalausstattung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	30. 11. 1992	3 U 160/91	AHRS 3020/25

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer Entbindung kommt es über 11 Stunden zu Dezelerationen im CTG. Erst nach dieser Zeit wird ein Arzt geholt, die Geburt beendet. Schwerste Hirnschädigung des Kindes.

Urteil **LS:** „Der Chefarzt der Geburtshilflichen Abteilung hat durch Belehrungen und Kontrollen dafür zu sorgen, daß der medizinische Kenntnisstand und die Aufmerksamkeit der Hebammen sichergestellt werden. Dazu muß ihnen auch dargelegt werden, was unter "Auffälligkeiten" der CTG-Aufzeichnungen zu verstehen ist. Ob die Besprechung verhältnismäßig weniger pathologischer Fälle zur Belehrung ausreicht, ist fraglich. Auf jeden Fall ist eine stichprobenartige Kontrolle der Hebammen auch in Fällen erforderlich, in denen es nicht zu

Schwierigkeiten bei der Geburt gekommen ist.“

„Der Bekl. zu 2) haftet nach § 823 Absatz 1 BGB für eine schuldhaft fehlerhafte Organisation. Als Chefarzt der Geburtshilflichen Abteilung war er dafür verantwortlich, daß durch geeignete Belehrungen und Kontrollen der erforderliche medizinische Kenntnisstand der Hebammen und ihre Aufmerksamkeit soweit wie möglich sichergestellt wurde. Derartige Belehrungen und Kontrollen sind nicht in ausreichendem Umfang erfolgt.“

Stichwort Organisation, Geburtshilfe, medizinische Notfälle, Schulung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Schleswig	24.02.1993	4 U 18/91	AHRS 3010/100

Urteil **LS:** „Ein Chefarzt, der einer Schwangeren seine Anwesenheit oder diejenige eines Oberarztes bei der Entbindung zugesagt hat, muß die Anweisung geben, daß er beim Auftreten eines Notfalls unter Hinweis auf die Dringlichkeit seines sofortigen Erscheinens benachrichtigt wird.“

Stichwort Vertretungsregelung, medizinischer Notfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	22.04.1993	8 U 208/91	AHRS 3010/101

Med. Sachverhalt Ein 54-jähriger Mann wird mit Kopfplatzwunde und alkoholisiert in die Klinik eingeliefert. Drei Stunden nach Aufnahme wird eine einseitige Pupillenerweiterung festgestellt, vier Stunden nach Aufnahme wird der Entschluss zur Verlegung in eine neurochirurgische Klinik gefällt, fünf Stunden nach Aufnahme eine Intubation durchgeführt. Sechs Stunden nach Aufnahme in der erstbehandelnden Klinik trifft der Patient in der Neurochirurgischen Klinik ein, wo er operiert wird und tags darauf verstirbt.

Urteil **LS:** „Fühlt sich bei Kopfverletzungen mit Verdacht auf ein epidurales Hämatom keiner der anwesenden Ärzte für den Patienten persönlich verantwortlich, so liegt ein gravierender Organisationsmangel vor.“

„Der Gesamtablauf zeigt deutlich, daß unabhängig von dem Fehlverhalten einzelner Personen letztlich schwerwiegende organisatorische Mängel für den verhängnisvollen Ausgang der Behandlung ursächlich geworden sind.. Die gravierenden organisatorischen Mängel haben letztlich dazu geführt, daß der Behandlung des Herrn M. nicht der angesichts des Krankheitsbildes erforderliche absolute Vorrang eingeräumt wurde.“

Kommentar Der Ablauf im Detail weist eine Vielzahl von Hemmnissen auf, die – sich addierend – letztlich zu der erheblichen Zeitverzögerung führten. Einer der Faktoren war, dass sich – so zu sehen – niemand so richtig über den kritischen Zustand des Patienten im Klaren war und demnach mit

Hochdruck die Verlegung betrieben hätte (wenn überhaupt). – Ein Krankheitsverlauf, für den richtigerweise die Organisation als Ganzes (das Krankenhaus) einzustehen hat.

Stichwort Behandlungskoordination

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	15.06.1993	VI ZR 175/92	AHRS 3400/100 3010/102

Med. Sachverhalt Bei der HNO-Operation einer Patientin wird die Narkose durch einen Anästhesisten im ersten Weiterbildungsjahr durchgeführt. Er wird vom Oberarzt überwacht, der im Nachbarsaal arbeitet (Rufkontakt, eingeschränkter Sichtkontakt). Im Rahmen der Umlagerung der Patientin von sitzender Position in Rückenlage kommt es zur Reanimationsbedürftigkeit; in der Folge apallisches Syndrom.

Urteil **LS:** „Wie bei einer Operation, so liegt auch in der Übertragung einer selbständig durchzuführenden Narkose auf einen dafür nicht ausreichend qualifizierten Arzt ein Organisationsfehler.“

„Bei der Frage, ob ihm [dem anästhesiologisch behandelnden Arzt] ein solcher Vorwurf [des Übernahmeverschuldens] zu machen ist, ist ... zu bedenken, daß der Bekl. zu 3) [behandelnder Arzt] ... bei der Übernahme der selbständigen anästhesistischen Betreuung der Kl. wußte, daß er an einer Intubationsnarkose, während der eine Umlagerung des Patienten erfolgte, noch nie teilgenommen und deshalb insoweit auch keine Erfahrungen hatte.“

Kommentar Im Ergebnis wird also beim Krankenhaus ein Organisationsfehler gesehen (Einteilung des nicht ausreichend erfahrenen Arztes) und bei dem anästhesiologisch behandelnden Arzt ein Übernahmeverschulden, weil er wissen musste, dass er noch nie an einer Narkose mit Patientenumlagerung teilgenommen habe.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Übernahmeverschulden, Facharztstandard

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	15.07.1993	14 U 3/93	AHRS 3010/103

Med. Sachverhalt Entbindung (1988) mit Schulterdystokie und Armplexusparese. Die Entbindung erfolgte durch mehrere Hebammen; ein Arzt wurde vor Beendigung der Geburt nicht beigezogen.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger hat den Facharzt-Standard auch außerhalb der Dienstzeiten zu gewährleisten. Das ist durch organisatorisch klare Anweisungen sicherzustellen.“

„Das Auftreten der Schulterdystokie hat das Eingreifen eines Arztes mit Facharztqualifikation erforderlich gemacht ... Diesen Anforderungen hat die Organisation des Bekl. nicht entsprochen. Die Vernehmung der Hebammen, Schwester M. und S., hat ergeben, daß es keine Anweisung des Bekl. dahin gegeben hat, beim Auftreten einer Schulterdystokie sofort den diensthabenden Oberarzt zu rufen, die Hebammen waren vielmehr im Glauben, daß es

genüge, das Kind so schnell als möglich – auch ohne Hinzuziehung eines Arztes – zu entwickeln.“

Stichwort Facharztstandard, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Oldenburg	27.07.1993	5 U 49/93	AHRS 3010/104

Med. Sachverhalt Ballondilatation einer einseitigen Nierenarterienstenose rechts bei Hochdruck (1990). Im Verlauf des Eingriffs kompletter Verschluss der Nierenarterie. Indikation zum offenen gefäßchirurgischen Eingriff, dazu Verlegung notfallmäßig in ein anderes Krankenhaus. In der Folge stumme Niere rechts.

Urteil **LS:** „Es verstößt nicht gegen den ärztlichen Standard, wenn Nierenarteriendilatationen und ähnliche Eingriffe vorgenommen werden, ohne daß ein gefäßchirurgisches Operationsteam bereitsteht. Solche Eingriffe dürfen auch in Kliniken durchgeführt werden, in denen ein gefäßchirurgischer Eingriff überhaupt nicht vorgenommen werden kann.“

„Es entspricht somit ärztlichem Standard, daß derartige Eingriffe im Regelfall ohne gefäßchirurgische OP-Bereitschaft vorgenommen werden und auch in Kliniken durchgeführt werden, in denen ein gefäßchirurgischer Eingriff überhaupt nicht vorgenommen werden kann.“

Kommentar Entscheidend in diesem Urteil ist **nicht** der Umstand, dass es in der vorliegenden Konstellation nicht als zwingend angesehen wird, dass ein gefäßchirurgisches Team im selben Haus zur Verfügung steht. Entscheidend ist vielmehr der Verweis des Gerichts auf den jeweils **aktuellen medizinischen Standard**. – Dies bedeutet, dass bei analogen Fragen (im Jahre 2014 z. B. „Herzchirurgie / interventionelle Herzklappen“) genau die aktuell herrschende medizinische Lehrmeinung zu analysieren ist.

Stichwort Fehlende Spezialabteilung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	16.09.1993	8 U 16/92	AHRS 3010/105

Med. Sachverhalt Läsion des N. accessorius anlässlich einer Lymphknotenexstirpation am Hals

Urteil „Der Operationsfehler des Bekl. zu 5) [operierender Assistenzarzt] fällt dem seinerzeit die Operationsaufsicht ausübenden und für die ordnungsgemäße Durchführung der Operation verantwortlichen Bekl. zu 4) [assistierender Facharzt] zur Last... Damit oblag ihm gleichzeitig die Verpflichtung, den noch in der Ausbildung zum Chirurgen befindlichen Bekl. zu 5) zu beaufsichtigen, jeden Operationsschritt zu beobachten, zu verfolgen und gegebenenfalls korrigierend einzugreifen. ... Er hat den in derartigen Operationen völlig unerfahrenen Bekl. zu 5) weder vorab in das operative Geschehen eingeführt, ihn angeleitet noch irgendwelche

Verhaltensmaßregeln erteilt. Er hat sich pflichtwidrig vor allem nicht vergewissert, daß der Bekl. zu 5) trotz seiner Unerfahrenheit über ausreichende Kenntnisse über die anatomischen Gegebenheiten der Operationsstelle ... verfügte.“

Kommentar Das Urteil beschreibt sehr anschaulich, was nach Einschätzung des Gerichts die Aufgaben eines assistierenden Facharzts sind: Vor Beginn der Operation den weniger Erfahrenen anleiten, sich von dessen ausreichenden anatomischen Kenntnissen überzeugen. Während des Eingriffs jeden Schritt überwachen und ggf. korrigierend eingreifen.

Stichwort Chirurgische Weiterbildung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	21.10.1993	14 U 35/92	AHRS 3500/100

Med. Sachverhalt Eine Patientin einer Reha-Klinik (Rehabilitation nach Kniegelenkserkrankung) stürzt auf dem Parkettfußboden der Klinik und verletzt sich.

Urteil **LS:** „In einer Kurklinik, in der sich auch körperbehinderte Personen aufhalten, sind erhöhte Anforderungen an die Rutschfestigkeit des Fußbodens in einem Vortragssaal zu stellen. - Den Klinikträger treffen, wenn er die Pflege und Unterhaltung des Fußbodens einer Fremdfirma überträgt, Kontroll- und Überwachungspflichten. - Die Verkehrssicherungspflicht obliegt im Regelfall nur dem Klinikträger und nicht auch dem Chefarzt.“

„Für die Fußbodenglätte und deren Folgen haftet die Bekl. Ziff. 1 [Klinikträger] aus Verletzung ihrer allgemeinen Verkehrssicherungspflicht Generell muß derjenige, der einen Publikumsverkehr in seinen Räumen eröffnet oder zuläßt, für die Rutschfestigkeit des Fußbodens sorgen Hieran sind gerade im Fall einer Kurklinik, in der sich auch körper- bzw. gehbehinderte Patienten aufhalten, erhöhte Anforderungen zu stellen Diesen Anforderungen ist die Bekl. Ziff 1 nach Sachlage nicht hinreichend nachgekommen.“

Stichwort Schutzpflicht, Verkehrssicherung, Überwachung, Outsourcing

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	25.10.1993	3 U 209/92	AHRS 2900/101

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer Behandlung durch intramuskuläre Injektionen wird der Verdacht auf einen Spritzenabszess gestellt. Der Behandler (Heilpraktiker) verordnet einen desinfizierenden Verband und geht sodann in Urlaub, ohne die unmittelbare Weiterbehandlung zu organisieren.

Urteil **LS:** „Hat sich bei einem Patienten ein Spritzenabszeß gebildet, so muß der Behandler, wenn er einen Urlaub antritt, für eine durchgehende Beobachtung des Krankheitsbildes durch einen anderen Heilpraktiker oder Arzt sorgen.“

Kommentar Abgesehen von Eigentümlichkeiten der damaligen Behandlung, die wir heute nicht mehr so kennen, ist das Urteil wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der weiterführenden

Behandlung wichtig.

Stichwort Behandlungsführung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Bremen	14.12.1993	3 U 89/93	AHRS 2900/102

Med. Sachverhalt Nach einer Nasenseptumoperation kommt es zum unbefriedigenden Ergebnis. Es geht darum, ob die Nachbehandlung konsequent durchgeführt wurde.

Urteil LS: „Fordert der Arzt nach einer Septum-Operation den Patienten auf, alle zwei bis drei Tage zur Nachbehandlung in die Praxis zu kommen, weil die regelmäßige Nachsorge wichtig für den Heilerfolg sei, und weist er hierauf auch bei den jeweiligen Nachbehandlungen hin, so hat er seiner Pflicht genügt.“

Stichwort Nachbetreuung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Oldenburg	21.12.1993	5 U 101/93	AHRS 3500/102

Urteil LS: „Ein stationär aufgenommener erheblich verwirrter Patient ist durch geeignete Sicherungsmaßnahmen (hier: Vorkehrungen zur Verhinderung von Stürzen aus dem Bett) vor unkontrollierten Handlungen zu schützen.“

„Die Kl. war am 21.03.1989 erkennbar verwirrt. ... Zwar hat die Zeugin auch bekundet, sie habe keine konkrete Sorge gehabt, die Kl. würde aus dem Bett stürzen. ...Weil das Bett vor der Verlegung mit einem Gitter versehen worden war und weil bereits auf der Einweisung die Diagnose einer extremen Unruhe angeführt war, hätte dafür Sorge getragen werden müssen, daß die Gitter so lange am Bett blieben, bis auf der neuen Station entsprechende Schutzeinrichtungen beschafft worden waren. Anderenfalls hätte die Kl. bis zur Sicherung des Bettes von dem Pflegepersonal ständig überwacht werden müssen. Dazu reichte es nicht aus, eine Schwesternschülerin damit zu beauftragen, hin und wieder nach der Kl. zu sehen.“

Stichwort Schutzpflicht, Bettgitter

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	22.12.1993	27 U 3/93	AHRS 3030/100

Med. Sachverhalt „Die damals 6jährige Kl. wurde zur stationären Behandlung in die Kinderklinik der Bekl. aufgenommen. Sie sollte wegen einer Nierenerkrankung operiert werden. Sie war nicht bettlägerig. ... Der Stationsflur konnte auch durch unverschlossene Türen verlassen werden, die in die darunterliegenden bzw. angrenzenden Stationen führten. Der Gebäudehaupteingang konnte von jedermann unkontrolliert benutzt werden. Gegen Abend verließ die Kl. zusammen mit dem etwas jüngeren M. unbemerkt die Station. Dem Pflegepersonal war sie als aktives Kind bekannt, das bereits zuvor verbotenerweise die Station verlassen hatte. Ihr waren deswegen Vorhaltungen gemacht worden. ... Die Kinder verließen das Krankenhausgebäude und ... begaben sie sich in ein ... Gebüsch. Dort entzündete M. das Papier. Dabei fing die Kleidung der Kl. Feuer. Sie erlitt schwere Brandverletzungen. Ihre Schadenersatzklage hatte in beiden Rechtszügen Erfolg.“

Urteil **LS:** „Eine Kinderklinik muß organisatorische Vorkehrungen dafür treffen, dass nicht ein Kind unbemerkt die Klinik verlassen kann.“

„Als relativ einfache, gleichwohl aber durchaus effektive Maßnahme hätte es sich zumindest angeboten, die Stationsflurtüren mit erhöht angebrachten Klinken zu versehen, die von Kindern im Alter der Kl. gewöhnlich nicht hätten erreicht werden können, oder die Türen dadurch zu sichern, daß sie nur mittels von Kindern nicht ohne weiteres erreichbaren automatischen Druckknöpfen hätten geöffnet werden können. Ferner wäre...“ [folgen weitere Vorschläge]

Kommentar Organisatorische Maßnahme in einer Kinderklinik gegen Weglaufen

Stichwort Bauliche Sicherheit, Kinderklinik

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	01.02.1994	VI ZR 65/93	AHRS 3030/101

Med. Sachverhalt Eine in einem Inkubator liegende Wärmflasche bekommt einen Riss und durch das heiße Wasser kommt es zur Verbrühung beim Säugling

Urteil **LS:** „Der Chefarzt einer Kinderklinik ist verpflichtet, durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, dass bei Wärmflaschen aus Gummi, die zur Verwendung in Inkubatoren bestimmt sind, zumindest das Anschaffungsdatum erfasst wird, dass sie vor jedem Einsatz äußerlich geprüft und nach vergleichsweise kurzer Gebrauchsdauer ausgesondert werden.“

„Nach Auffassung des Berufungsgerichts war der Erstbekl. jedoch verpflichtet, alle erdenklichen organisatorischen Vorkehrungen zu treffen und alle notwendigen Kontrollen durchzuführen, um das mit dem Einbringen von Wärmflaschen in den Inkubator verbundene Risiko auf ein Mindestmaß herabzusetzen. Es sei deshalb erforderlich gewesen, bei den für den Einsatz im Inkubator bestimmten Flaschen mindestens den Anschaffungszeitpunkt zu erfassen; auch hätte eine sorgfältige und gesonderte Aufbewahrung der Flaschen, eine Beschränkung auf Verwendungen der hier in Rede stehenden Art, ihre sorgsame, zumindest äußerliche Prüfung vor jedem Einsatz und schließlich ihre Aussonderung nach vergleichsweise wenigen Gebrauchsfällen und vergleichsweise kurzer Gebrauchsdauer veranlaßt und sichergestellt werden müssen. Es sei Aufgabe des Erstbekl. gewesen, dafür durch entsprechende Forderungen an die Verwaltung, aber auch durch Anweisungen und Kontrollen des Pflegepersonals Sorge zu tragen.“

Kommentar Gefordert wird also ein komplettes Überwachungssystem, bei dem die Flaschen vor jedem Verbrauch überprüft werden („Sichtkontrolle“) und bei dem auf der Basis des Anschaffungsdatums auch ältere flachen rechtzeitig entsorgt werden können.

Stichwort Technische Sicherheit, Wärmeflaschen

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	12.07.1994	VI ZR 299/93	AHRS 3010/107

Urteil **LS:** „Ist der Assistenzarzt nicht in der Lage, den Behandlungsstandard eines Facharztes auch bei zu erwartenden Komplikationen (hier: im Rahmen einer Entbindung) zu gewährleisten, dann müssen diese Defizite durch eine entsprechende Organisation, z. B. durch die Rufbereitschaft eines Oberarztes, ausgeglichen werden.“

Stichwort Organisation Rufdienst

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Zweibrücken	Urt. v. 13.07.1994	1 U 11/90	AHRS 3010/108

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer Nasenoperation kommt es zum Kammerflimmern. Die beim Patienten anwesende Nicht-Fachärztin musste zunächst einen Internisten von der Station rufen, der mit dem Defibrillator umgehen konnte. Der eigentlich zuständige Anästhesie- Facharzt hatte den Saal verlassen. Andere (teilweise zufällig anwesende) Ärzte konnten den Defibrillator ebenfalls nicht bedienen. – Es verblieben Folgeschäden.

Urteil „Es stellt eine Pflichtwidrigkeit des die Operationsnarkose verantwortlich leitenden Arztes Dr. P. dar, daß er die noch nicht ausreichend hierzu ausgebildete Assistenzärztin Dr. K. nach Einleitung der Narkose allein mit dem Operateur am Operationstisch zurückließ und selbst den Raum verließ. Bei einer Anfängernarkose muß nämlich dem lernenden Anästhesisten ein erfahrener Anästhesist dauernd zur Seite stehen, damit jederzeit der Standard eines erfahrenen Arztes gewährleistet ist... Eine weitere Pflichtwidrigkeit des Dr. P. liegt darin, daß er sich vor Beginn der Operation nicht darüber vergewissert hat, daß ein Mitglied seines Teams in der Lage ist, den Defibrillator einzusetzen und zu bedienen. Das Eintreten von Herzrhythmusstörungen oder auch Herzstillstand während der Durchführung einer Operationsnarkose sind Zwischenfälle, mit denen immer gerechnet werden muß... Von einem verantwortlichen Anästhesisten ist deshalb zu verlangen, daß er sowohl das Vorhandensein der bei einem solchen Zwischenfall benötigten Geräte und Einrichtungen überprüft als auch durch Auswahl geeigneter Mitarbeiter sicherstellt, daß diese Geräte im Notfall sofort zum Einsatz kommen können.“

Kommentar Das Urteil beschreibt sehr anschaulich die Elemente einer risikoorientierten vorausschauenden Planung – bezogen auf die Geräteausstattung und bezogen auf die Mitarbeiterqualifikation.- Auch wenn heute der Umgang mit einem Defibrillator für Anästhesisten (und andere) eine

Selbstverständlichkeit ist – die Grundzüge der Antizipation von Risiken sind unverändert gültig.

Stichwort Facharztstandard, technische Ausstattung, Schulung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Frankfurt	28.06.1994	14 U 155/91	AHRS 3500/107

Urteil **LS:** „Nach einem leichten Schlaganfall eines bewusstseinsklar gebliebenen Patienten ist nicht mit einer Bettflucht zu rechnen. Es müssen deshalb auch keine besonderen Sicherungsmaßnahmen, wie das Anbringen eines Bettgitters oder eine ständige Beaufsichtigung, veranlaßt werden.“

Stichwort Schutzpflicht, Schlaganfall

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	22.09.1994	5 U 65/94	AHRS 3010/109

Med. Sachverhalt Nach orthopädischem Eingriff der unteren Extremität tiefe Beinvenenthrombose. Nach Thrombektomie auf Normalstation hämodynamischer Schock mit Herzstillstand. In der Folge apallisches Syndrom.

Urteil **LS:** „Es ist ein Organisationsmangel, wenn der Krankenhausträger die Ärzte eines Fachbereichs nicht ausreichend über den Umfang ihrer Zuständigkeit und das Erfordernis ständiger Ansprachebereitschaft belehrt. Dasselbe gilt, wenn der Krankenhausträger nicht für eine ausreichende Dokumentation aller dokumentationspflichtigen Vorgänge sorgt. - Der Krankenhausträger hat dafür zu sorgen, daß das Pflegepersonal über seine eigenen Kompetenzen und deren Begrenzung umfassend instruiert ist.“

„Die Bekl. zu 1) sei unter dem Gesichtspunkt eines Organisationsverschuldens verantwortlich, da sie es unterlassen habe, durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, daß bei Auftreten einer Notfallsituation rechtzeitig ein ärztliches Eingreifen auch auf der Normalstation erfolgen konnte. ... Ferner liegt ein Organisationsversagen darin, daß die Bekl. zu 1) ersichtlich nicht für eine ausreichende Dokumentation aller dokumentationspflichtigen Vorgänge Sorge getragen hat, wie es alle Sachverständigen intensiv gerügt haben.“

Kommentar Das Urteil beschäftigt sich sehr eingehend mit den Details der medizinischen Maßnahmen und deren Richtigkeit. Im Kern sieht das Gericht dann Organisationsfehler im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure.

Stichwort Organisatorische Zuständigkeit, Dokumentation

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Frankfurt	14.02.1995	8 U 212/94	AHRS 3500/108

Med. Sachverhalt Eine „rüstig erscheinendem, 68- jährige Patientin“ sitzt auf dem Röntgentisch, auf die Untersuchung wartend, und versucht eben, sich hinzulegen. Die Helferin dreht sich kurz weg, um eine Lagerungshilfe zu holen. Die Patientin stürzt vom Tisch und verletzt sich.

Urteil „Ebensowenig kann man aus dem Umstand, daß die Mitarbeiterin des Bekl. nicht unmittelbar neben der Kl. gestanden hat, während diese versucht hat, die Liegeposition auf dem Röntgentisch einzunehmen, den Vorwurf ableiten, hier sei gegen Verkehrssicherungspflichten verstoßen worden. Mit Recht weist der Bekl. darauf hin, daß Patienten, die einen rüstigen Eindruck machen, und denen daher ohne weiteres ein alleiniges, gefahrloses Platznehmen auf dem Röntgentisch zugemutet werden kann, auch das alleinige Platznehmen überlassen werden kann, sofern sie nicht von sich aus um Hilfe bitten. Jede andere Verhaltensweise würde dem Patienten den Eindruck vermitteln, er werde für ungeschickt oder nicht mehr für rüstig gehalten.“

Kommentar Grenzen der Schutzpflicht und der „unbefragten“ Hilfestellung

Stichwort Schutzpflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	03.05.1995	3 U 68/94	AHRS 3020/102
	BGH	16.04.1996	VI ZR 190/95	3020/103

Med. Sachverhalt Probleme bei der Entbindung von Zwillingen, die zum Tod eines der beiden Kinder führte. Unter anderem Probleme bei der Beurteilung von CTG.

Urteil **LS OLG Hamm:** „Bei einem gespaltenen Krankenhausvertrag trifft den Krankenhausträger ein je nach den Umständen als grob zu bewertendes Organisationsverschulden, wenn für ihn erkennbar ist und er es hinnimmt, daß der Belegarzt das Krankenhauspersonal mit Aufgaben betraut, zu deren Erfüllung es nicht die erforderliche Qualifikation besitzt.“
LS BHG: „Das Belegkrankenhaus muß im Rahmen seiner Organisationspflicht gegen eine Handhabung einschreiten, durch welche der Belegarzt dem Pflegepersonal des Belegkrankenhauses Aufgaben überläßt, die die pflegerische Kompetenz übersteigen“

OLG Hamm: „Der Bekl. zu 1) [Krankenhaus] ist ein Organisations- und Überwachungsverschulden im Hinblick auf die vom Bekl. zu 2) [Nelegarzt] veranlaßte fehlerhafte Organisation der Beobachtung und Kontrolle von Schwangeren ... vorzuwerfen.

Allerdings trifft im Rahmen eines gespaltenen Krankenhausvertrages (Modell Belegkrankenhaus) den Träger des Krankenhauses grundsätzlich keine Haftung für die eigenen Fehler des selbstliquidierenden Arztes bei der Erbringung der von ihm persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen... Den Krankenhausträger trifft lediglich die Pflicht, die erforderliche ärztliche und nichtärztliche Assistenz zu verschaffen und den notwendigen technischen

Apparat bereitzustellen ... Dieser Pflicht hat die Bekl. zu 1) genügt. Dies kann aber nicht gelten, wenn organisatorische Anordnungen des Arztes dazu führen, daß eigenes Personal des Krankenhausträgers mit Aufgaben befaßt wird, zu deren Erfüllung es erkennbar nicht die erforderliche fachliche Qualifikation besitzt. Es war nach dem Vortrag des Bekl. zu 2), dem die Bekl. zu 1) nicht konkret widersprochen hat, die übliche Regelung, daß nächtliche CTG-Beurteilungen zunächst allein durch die Nachtschwester erfolgten und diese erst dann Arzt oder Hebamme verständigte, wenn sie Auffälligkeiten meinte festgestellt zu haben. So war es auch im vorliegenden. Fall. Die unzureichende CTG-Kontrolle ... beruhte nicht auf einer falschen medizinischen Einschätzung des Bekl. zu 2), ..., sondern auf einer unzulänglichen Organisation der nächtlichen Betreuung bei anfänglich durchaus zutreffender medizinischer Einschätzung der Situation. Die Bekl. zu 1) wußte – dies hat sie selbst vorgetragen –, daß die Nachtschwester die Kurvenverläufe des CTG nicht richtig deuten kann und dazu nicht befugt ist. Da auch die Bekl. zu 1) als Trägerin des Krankenhauses aufgrund vertraglicher Nebenpflichten gehalten ist, Schaden von dem in ihrem Krankenhaus aufgenommenen Patienten abzuwenden, wo drohende Gefahren für sie erkennbar sind, hat sie jedenfalls im Organisationsbereich der stationären Behandlung den Arzt hinsichtlich der Grundzüge der ihm obliegenden Organisationsaufgabe zu überwachen.

Kommentar Das Urteil stellt klar, dass die Pflichten eines Krankenhauses in Abgrenzung von denen des Belegarztes auch darin bestehen, dafür zu sorgen dass das durch das Krankenhaus zur Verfügung gestellte Personal richtig eingesetzt wird.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Personalqualifikation

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	LG Amberg	14.12.1995	14 O 1302/93	AHRS 3030/103

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger hat die sachgerechte Handhabung der medizinischen Geräte durch klare Anweisungen an das Pflegepersonal sicherzustellen.“

„Der Sachverständige Prof. Sch. hat hierzu ausgeführt, daß die von ihm aufgeführten Fehler deshalb gemacht worden seien, weil offenbar keine ausreichenden Kenntnisse und deshalb keine ausreichenden Anordnungen über den Umgang mit Wärmebetten einerseits und einer Photolampe andererseits und speziell in einer Kombination von beiden bestand und weil man offenbar nicht erfahren war im Einsatz und im Umgang mit den notwendigen Überwachungsmaßnahmen eines kranken, zu behandelnden Kindes. Nach Auffassung des Sachverständigen, der sich die Kammer anschließt, lagen schwere Behandlungsfehler in Form von Organisations- und Diagnosefehlern vor. Daß der Bekl. dieses Problem offenbar nicht einmal bis zum vorliegenden Rechtsstreit erkannt hat, beleuchtet schon der Vortrag in der Klageerwiderung vom 26.01.1994... Der Bekl. zu 1) [Krankenhaus] haftet somit auch aufgrund vorliegenden Organisationsverschuldens ... da in seinem Bereich unterlassen wurde, entsprechende Anweisungen zu erteilen ...“

Kommentar Dieses Urteil ist sozusagen das Rechtsprechungsgegenstück zum MPG bzw. zur Medizinproduktebetriebsverordnung

Stichwort Technische Sicherheit, Schulung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	22.01.1996	3 U 144/94	AHRS 3500/109

Med. Sachverhalt Zwei Pflegerinnen begleiten drei Kinder in Rollstühlen zum Spielplatz. Eine der Betreuerinnen wendet sich von einem Kind ab und dem anderen zu, dabei stützt das Kind und verletzt sich.

Urteil **LS:** „Der Krankenhausträger muß durch eine ausreichende Zahl von Begleitpersonen und entsprechende Anweisungen Vorsorge dafür treffen, dass im Rollstuhl transportierte Kinder nicht allein gelassen werden und sich dadurch Schäden zufügen können.“

„Unfallursächlich waren die unzureichende Zahl von Begleitpersonen (1 Kind war immer ohne unmittelbare, nahe Begleitung), die mangelhafte, weil von dem Kind selbst leicht wieder zu lösende, Sicherung des Rollstuhls und die räumliche Entfernung zwischen den Kindern, die schon bei einem kurzfristigen Alleinlassen eines Kindes ein rechtzeitiges Eingreifen bei einem anderen verhinderte. Alle diese Faktoren sind beherrschbar, sei es durch eine bessere personelle oder technische Ausstattung, sei es durch bessere Anweisung und Beaufsichtigung des eingesetzten Personals.“

Kommentar Ein in seiner Drastik nicht zu unterschätzendes Urteil! Legt es doch – nahezu alternativlos – Personal-Patienten-Quoten fest!

Stichwort Vorsorgemaßnahmen, Personalausstattung, Schutzpflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Schleswig	08.02.1996	11 U 22/95	VersR 1997, 69

Urteil **LS:** „Dem Krankenhausträger obliegt gegenüber gebrechlichen Patienten eine Verkehrssicherungspflicht für Türen, die sich nach außen zum schmalen Flur hin öffnen.“

Stichwort Verkehrssicherung, bauliche Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Frankfurt	09.02.1996	24 U 125/94	AHRS 3400/101

Urteil **LS:** „Ein noch in Ausbildung stehender (Assistenz-) Arzt darf eine Behandlung (hier: Narkose), die für ihn erkennbar mit Schwierigkeiten und besonderen Risiken verbunden ist, nicht ohne fachärztliche Aufsicht und Leitung übernehmen.“

Stichwort Übernahmeverschulden, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	21.08.1996	5 U 286/94	AHRS 3020/105

Urteil LS: „Der Träger eines Belegkrankenhauses hat durch geeignete organisatorische Maßnahmen eine qualifizierte Überwachung der Patienten in der postoperativen Phase sicherzustellen. Er hat insbesondere geschultes Personal zur Verfügung zu stellen und klare Anweisungen für einen Notfall zu geben.“

Stichwort Medizinische Notfälle

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG München	24.10.1996	24 U 124/96	AHRS 3500/110

Med. Sachverhalt Bei der Patientin sollte eine Periduralanästhesie gemacht werden. Ihr war vor längerer Zeit bei einer Myelographie übel geworden. Arzt und Pflegekraft tragen Vorbereitungsmaßnahmen, währenddessen saß die Patientin auf der Liege, dabei wurde ihr schwindlig, sie kippte nach vorne und verletzte sich.

Urteil „Auch der Senat geht davon aus, daß der Bekl. zu 2 [behandelnder Arzt] im Zusammenhang mit der Vorbereitung einer Periduralanästhesie pflichtwidrig nicht alles medizinisch Notwendige getan hat, um die Kl. vor einem ihr in der konkreten Behandlungssituation erkennbar drohenden Gesundheitsschaden zu bewahren... Es entspricht ärztlichem Fachwissen und medizinischer, aber auch allgemeiner Lebenserfahrung, daß bei Patienten mitunter schon vor einem unter Umständen schmerzhaften und nicht gefahrlosen Eingriff, wie ihn die Periduralanästhesie darstellt, Angstreaktionen auftreten. ... Solche psychisch ausgelösten Reaktionen müssen der Arzt und sein Hilfspersonal stets bedenken und angemessene Vorsorgemaßnahmen treffen.“

Kommentar In diesem Fall also ganz erhebliche Anforderungen an die Vorsorgemaßnahmen: Alleine die aktuell fehlende körperliche Abstützung (während des sterilen Einkleidens) wird als Betreuungsdefizit angesehen.

Stichwort Vorsorgemaßnahmen, Anästhesie, Schutzpflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG München	13.03.1997	1 U 4412/96	AHRS 3500/111

Med. Sachverhalt Eine Patientin stürzt auf der Station beim Weg vom Untersuchungszimmer zum eigenen Zimmer auf frisch gereinigtem Boden

Urteil **LS:** „Der Klinikträger haftet wegen Verletzung der Verkehrssicherungspflicht, wenn er einen infolge von Reinigungsarbeiten feuchten und glatten Bereich des Fußbodens nicht als Zugang zu ärztlichen Untersuchungsräumen zeitweise sperrt und ein Patient infolge der Glätte zu Fall kommt.“

„In dem Raum, in dem die Kl. gestürzt ist, waren weder ein Warnschild aufgestellt noch sonstige Hinweise auf die feuchtigkeitsbedingte Bodenglätte vorhanden. Das haben die Zeugen Dr. Z. und H. übereinstimmend angegeben. Auch die Reinigungsfrau war von dort aus nicht zu sehen.“

Kommentar Im vorliegenden konkreten Fall wäre es – so weiter im Urteil – geboten gewesen, die Patientin einen Umweg / anderen Weg zum Zimmer zu weisen. – Vergleiche auch: OLG Hamm, Urteil vom 21.10.1997.

Stichwort Verkehrssicherungspflicht, Vorsorgemaßnahmen

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Oldenburg	29.07.1997	5 U 46/97	AHRS 3010/114

Med. Sachverhalt Intraoperative Läsion von A. femoralis und N. femoralis anlässlich einer Hüftgelenktotalendoprothese

Urteil **LS:** „Bei einer sog. Anfängeroperation müssen die ständige Anwesenheit sowie die durchgängige Eingriffsbereitschaft und -fähigkeit eines aufsichtführenden erfahrenen Facharztes gewährleistet sein. Dieser kann sich bei einem Fehler des operierenden Arztes nicht durch den Hinweis entlasten, er habe das eigentliche Operationsfeld nicht einsehen können.“

Stichwort Chirurgische Weiterbildung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	21.10.1997	9 U 88/97	AHRS 3500/112

Med. Sachverhalt Eine Patientin rutscht auf dem frisch gereinigten Flur des Krankenhauses aus und verletzt sich.

Urteil „Maßnahmen der Verkehrssicherung sind dann geboten, wenn sich bei sachkundiger Beurteilung die naheliegende Möglichkeit ergibt, daß Rechtsgüter anderer verletzt werden. Dabei müssen nicht für alle denkbaren Möglichkeiten eines Schadenseintritts Vorkehrungen getroffen werden, da eine Sicherung, die jeden Unfall ausschließt, mit wirtschaftlich zumutbarem Aufwand nicht zu erreichen ist. Die Grenze zwischen abhilfebedürftigen Gefahrenquellen und hinzunehmenden Erschwernissen wird maßgeblich von den Sicherheitserwartungen des Verkehrs bestimmt, soweit sie sich im Rahmen des Vernünftigen halten. Abhilfebedürftig sind danach nur solche Gefahren, die für einen die normale Sorgfalt beachtenden Benutzer nicht oder nicht rechtzeitig erkennbar sind und auf die er sich nicht

oder nicht rechtzeitig einzustellen vermag. Soweit die Gefahr eines Ausrutschens besteht, sind grundsätzlich Sicherungsmaßnahmen erforderlich... Eine geeignete Maßnahme in diesem Sinne liegt jedenfalls in der Aufforderung an die Patienten, ihre Zimmer in dem Bereich, in dem geputzt wird, nicht zu verlassen. Soweit das Reinigungspersonal jeden einzelnen Patienten, der sein Zimmer verlassen will, in dieser Weise anspricht, ist es unschädlich, daß das Warnschild für den betreffenden Patienten nicht zu erkennen ist, denn die Wirkung einer unmittelbaren persönlichen Ansprache ist mindestens genauso hoch wie die Warnfunktion, die von einem Schild ausgeht.“

Kommentar Vergleiche auch OLG München, Urteil vom 13.03.1997

Stichwort Verkehrssicherungspflicht, Reinigung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Zweibrücken	21.10.1997	5 U 56/95	AHRS 3400/105

Med. Sachverhalt Eine Schwangere wird bei der Geburt ihres dritten Kindes durch einen Assistenzarzt im letzten Facharztjahr betreut. Es handelt sich um eine Beckenendlage. Nachdem zwei Entbindungen auf natürlichem Wege vorangegangen waren, entschließt sich der betreuende Arzt nach telefonischer Rücksprache mit dem dienstbereiten Oberarzt, ebenfalls eine Entbindung per vias naturales einzuleiten. Nach Entwicklung des Rumpfes, der Schultern und der Arme kommt es zum Geburtsstillstand, der kindliche Kopf kann nur nach erheblicher Verzögerung entwickelt werden. Das Kind trägt Schäden davon.

Urteil **LS:** „Den in der Weiterbildung zum Gynäkologen stehenden Arzt trifft kein Übernahmeverschulden, wenn er bei einer von ihm eigenverantwortlich durchgeführten Geburtsleitung die Entbindungsmethode mit dem diensthabenden Oberarzt abgeklärt und sodann umgesetzt hat.“

„Die Entscheidung über die Behandlungsmethode, auch die Abwägung, ob es eine Methode der ersten Wahl gab, hat der Bekl. zu 2) [behandelnder Arzt] nicht selbst getroffen. Er hat diese Fragen nach eigener fehlerfreier Befunderhebung entsprechend der nach den Grundsätzen der vertikalen Arbeitsteilung getroffenen Organisation ... pflichtgemäß mit dem Hintergrunddienst, im konkreten Fall dem diensthabenden Oberarzt, abgeklärt und anschließend umgesetzt. Diese (ausschlaggebende) Entscheidung lag mithin nicht in seiner eigenen Verantwortlichkeit, für sie haftet er nicht. Er hatte keine weitere ihm obliegende Pflicht, nach den erhobenen Befunden auch keine Veranlassung, die Richtigkeit der getroffenen Entscheidung in Frage zu stellen und mußte deswegen auch nicht ungefragt über andere Geburtsmethoden samt aller Vor- und Nachteile mit der Mutter des Kl. Sprechen.“

Kommentar Nach hiesiger Einschätzung würde nicht jeder Sachverständige das Gericht in analoger Situation analog beraten: Ist es haltbar, dass ein angehender Facharzt im letzten Jahr nach Oberarzt-Rücksprache eine Entscheidung trifft und sodann nur noch diese zu vollziehen hat – ohne für eine kritische fortlaufende Reflexion hierüber verantwortlich zu sein?

Stichwort Übernahmeverschulden, Personaleinsatzplanung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	26.11.1997	5 U 90/97	AHRS 3400/106

Med. Sachverhalt Eine Patientin wird nach einem Unfall sowie vorangegangener LSD-Einnahme in eine allgemeine Innere Abteilung aufgenommen (die zuständige Psychiatrie hatte keinen freien Platz). Die drei behandelnden Ärzte sehen die Patientin nachts und am frühen Morgen mehrfach und ordnen zudem pflegerische Überwachung an. Dennoch kommt es zum Sturz der Patientin aus dem Fenster mit der Folge einer Tetraplegie.

Urteil LS: „Die Einstandspflicht eines als Berufsanfänger tätigen Arztes wegen eines Übernahmeverschuldens setzt voraus, dass sich bei ihm Bedenken gegen sein Tätigwerden sowie hinsichtlich etwaiger Gefahren für den Patienten aufdrängen müssen.“

Kommentar Alle drei behandelnden Ärzte werden freigesprochen, da sich ihnen keine „Bedenken gegen [das] Tätigwerden sowie hinsichtlich möglicher Gefahren für den Patienten aufdrängen“ mussten. Es handelt sich um eine wichtige Abgrenzung im Falle eines persönlichen Übernahmeverschuldens / einer möglichen Remonstrationspflicht. Der Krankenhausträger wurde zum Schadensersatz verurteilt, weil er die Mitarbeiter nicht bezüglich des Umgangs mit einer unter LSD stehenden Patientin instruiert habe.

Stichwort Übernahmeverschulden, Personaleinsatzplanung, Schulung, Remonstrationspflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	12.1.98	3 U 99/97	AHRS 6578/006

Med. Sachverhalt Infekt nach Bandscheiben-OP

Urteil LS: „Das Eintreten einer Infektion im Operationssaal ist kein voll beherrschbares Risiko.“

„Die zum damaligen Zeitpunkt leitend für die Einhaltung der Hygienevorschriften verantwortlichen Zeugen ... haben übereinstimmend und glaubhaft bekundet, daß entsprechend den fortgeschriebenen Hygieneplänen und gesetzlichen Vorschriften verfahren worden sei. Die Zeugen haben im einzelnen die organisatorischen Abläufe geschildert. Hinsichtlich des Operationssaales erfolgte zum damaligen Zeitpunkt eine tägliche desinfizierende Reinigung nach Beendigung des Operationsprogrammes. Dabei wurden die Wände bis zu einer Höhe von zwei Metern gereinigt, alle Gegenstände im Operationssaal und die Steril-Trommeln täglich erneuert. Die Einhaltung der Vorschriften wurde von dem zuständigen Zeugen W. in unregelmäßigen Abständen kontrolliert, bezogen auf den Operationssaal etwa zwei bis dreimal im Monat. Die Zeugen haben glaubhaft angegeben, daß im Jahr 1992 besondere Vorkommnisse nicht aufgetreten seien. Die externen Kontrolluntersuchungen durch das Hygieneinstitut G. und das Gesundheitsamt hätten keine wesentlichen Beanstandungen ergeben, insbesondere nicht im Bezug auf die im Operationssaal befindliche Filteranlage einschließlich des Gitters vor dem Abluftschacht.“

Kommentar Auch im Bereich der Hygiene die selben Anforderungen an die Risikoprävention: Vorgaben

machen, intern und extern überwachen.

Stichwort OP-Hygiene, Überprüfung, Infektionsstatistik

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	14.01.1998	3 U 23/97	AHRS 3400/108

Urteil **LS:** „Die Ausführung von 47 Septumplastiken reicht als Nachweis der hinreichenden Erfahrung für die selbstständige Durchführung eines solchen Eingriffs“

Stichwort Übernahmeverschulden, OP-Erfahrung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	LG Regensburg	11.03.1998	6 O 1359/97	AHRS 3500/113

Med. Sachverhalt Der Patient ist nach einer Kniegelenksoperation an Gehstützen auf der Station unterwegs. Er lehnt sich beim Gespräch mit Mitpatienten an ein auf dem Flur abgestelltes Bett. Dieses bricht zusammen bzw. rollt weg.

Urteil „Zwar ist eine Verkehrssicherung, die jeden Unfall ausschließt, nicht erreichbar. Es muß deshalb nicht für alle denkbaren, entfernten Möglichkeiten eines Schadenseintritts Vorsorge getroffen werden. Gleichwohl müssen diejenigen Vorkehrungen getroffen werden, die im Rahmen des wirtschaftlich Zumutbaren geeignet sind, Gefahren von Dritten tunlichst abzuwenden... Nach diesen Grundsätzen liegt hier eine Verletzung der Verkehrssicherungspflicht durch die Bekl. zu 1) [Krankenhaus] vor. Es war keineswegs fernliegend, daß sich ruhesuchende Patienten auf das im Krankenhausflur stehende Bett setzen würden. Zwar liegt auf der Hand, daß das Bett nicht deshalb auf dem Flur stand, damit es Patienten als Sitz dient. Doch entspricht es der Rechtsprechung des BGH, daß eine Verkehrssicherungspflicht auch in Bezug auf Gefahren besteht, die sich aus einer nicht ganz fernliegenden bestimmungswidrigen Benutzung ergeben ...Vorkehrungen zur Vermeidung der Gefahr waren der Bekl. zu 1) auch zumutbar.“

Stichwort Verkehrssicherungspflicht, Schutzpflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	19.08.1998	5 U 103/97	VersR 1999, 847

Med. Sachverhalt Nach der Bestrahlung wegen eines Mammakarzinoms kommt es zur Dermatitis und zu Rippenfrakturen.

Urteil **LS:** „Reicht die apparative Ausstattung einer Universitätsklinik nicht aus, allen Patienten die nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen optimale Behandlung zuteil werden zu lassen (hier: CT-geplante Bestrahlung nach einer Brustkrebsoperation), muß der Patient die sich hieraus ergebenden Nachteile entschädigungslos hinnehmen, wenn die Behandlung im übrigen gutem ärztlichen Qualitätsstandard entspricht.“

„Ausweislich der Stellungnahme der Gutachterkommission wurde die gesamte rechte Mamma bis zu einer Zielvolumendosis von 50 Gy, der umschriebene Bereich der ehemaligen Tumorregion, also das sogenannte Boostfeld, kleinvolumig bis zu einer Zielvolumendosis von 60 Gy bestrahlt. Bereits die Gutachterkommission hat ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Bestrahlungsplanung entweder rechnergestützt erfolgen kann, die Einstellung aber auch, bei entsprechender Dokumentation, wie im vorliegenden Fall, direkt am Bestrahlungsgerät möglich ist, dies ebenso wie die Einstellung des Boostfeldes...“

Basierend auf diesen Feststellungen hat der Sachverständige ausgeführt, daß die Strahlentherapie nicht gegen die seinerzeit anerkannten und gültigen Grundsätze der ärztlichen Behandlung verstoßen habe; die aufgetretenen Überdosierungen im Bereich der später gebrochenen Rippen wären bei Einsatz des in der Strahlenklinik der Universität Y. vorhandenen Bestrahlungsplanungssystems zur Vorbereitung der Strahlenbehandlung der Kl. zwar eher vermeidbar gewesen; auch bei einer günstigeren, gleichmäßigeren Dosisverteilung wäre eine Osteoradionekrose der Rippen jedoch zwar weniger wahrscheinlich, aber auch nicht auszuschließen gewesen.“

Kommentar Auch dieser Fall sollte und kann nicht so aufgefasst werden, dass hier ein Gericht über die Zulässigkeit oder Nicht-Zulässigkeit eines Therapieverfahrens entscheidet. Auch hier wird eindeutig auf den „guten ärztlichen Qualitätsstandard“ rekurriert. Worin der besteht, wird – wie immer – gutachterlich gestützt und bezogen auf die zum jeweiligen Zeitpunkt etablierte überwiegende Fachmeinung bezogen.

Stichwort Strahlentherapie, technische Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	17.12.1998	8 U 73/98	3400/109

Med. Sachverhalt Ein Pathologe, der in einem pathologischen Institut den Inhaber vertritt, stuft eine Probenzision der Magenschleimhaut als Karzinom ein, was zur (überflüssigen) operativen Magenentfernung beim Patienten führt. – Der untersuchende Pathologe gibt an, „ihm habe seinerzeit die für eine eigenverantwortliche Vertretung erforderliche Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gefehlt“.

Urteil **LS:** „Übt ein Arzt eine ihm aus berufsständischen Erwägungen untersagte Tätigkeit aus, dann haftet er gegenüber dem Patienten für eine Fehldiagnose zumindest unter dem Gesichtspunkt eines Übernahmeverschuldens. - Ist ein Pathologe mit der Übertragung einer verantwortlichen Aufgabe überfordert, so muss ihn das veranlassen, zumindest bei kritischen Befunden einen erfahrenen Kollegen um eine ergänzende Untersuchung zu bitten.“

Kommentar Bemerkenswert ist in dem Urteil, dass sich der Vorwurf des Übernahmeverschuldens hier schwerpunktmäßig an der fehlenden KV-Zulassung festmacht.

Stichwort Übernahmeverschulden

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Köln	21.12.1998	5 U 121/98	AHRS 3400/110

Med. Sachverhalt Etwa ein Jahr nach Leistenbruchoperation wird eine Leistenbruchrezidivoperation durchgeführt, und zwar in laparoskopischer Technik mit präperitonealem Netz. Es bestehen Folgebeschwerden.

Urteil **LS:** „Bei einer laparoskopischen Leistenbruchrezidivoperation kommt es in erster Linie darauf an, dass der Operateur allgemein mit der laparoskopischen Operationsmethode Erfahrungen hat, wohingegen es nicht darauf ankommt, ob er auf diese Weise schon viele Leistenbruchoperationen durchgeführt hat.“

„Soweit der Kl. auf angeblich mangelnde Erfahrung des Bekl. mit der angewandten Operationsmethode verweist, kann hieraus ein Übernahmeverschulden des Bekl. nicht hergeleitet werden. Unstreitig verfügte der Bekl. nämlich über vielfältige Vorerfahrungen sowohl auf dem Gebiet von Leistenbruchoperationen im allgemeinen als auch insbesondere im Hinblick auf laparoskopische Eingriffe im allgemeinen. Der Sachverständige Dr. K. hat hierzu ausgeführt, dass es bei Eingriffen der vorliegenden Art in erster Linie darauf ankomme, dass der Operateur allgemein mit der laparoskopischen Operationsmethode Erfahrungen habe, wohingegen es nicht darauf ankomme, ob er auf diese Weise schon viele Leistenbruchoperationen durchgeführt habe. Auch derartige Operationen hatte der Bekl. indes unstreitig zuvor bereits in mindestens 12 Fällen durchgeführt“

Kommentar Es wird von hiesiger Seite mit Nachdruck bezweifelt, ob andere Sachverständige in ähnlicher Situation das Gericht analog beraten würden: Rezidiveingriffe zeichnen sich stets durch deutlich höhere technische Anforderungen aus. Ist es dann tatsächlich hinnehmbar, dass einem Operateur, der (nahezu) keine Erfahrung in der laparoskopischen netzgestützten Versorgung von Rezidivleistenbrüchen hat, hieraus resultierende Schäden nicht zum Vorwurf gemacht werden?

Stichwort Verfahrenswahl, OP-Erfahrung, Übernahmeverschulden

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	13.04.1999	14 U 17/98	AHRS 3030/106

Urteil **LS:** „Die Zeit zwischen dem Entschluss zur Schnittentbindung und der Entwicklung des Kindes (Entschluss-Entwicklungszeit) darf auch in Belegkrankenhäusern 20 Minuten nicht wesentlich

überschreiten. - Ein Organisationsmangel in einer Entbindungsklinik liegt dann vor, wenn die ärztlichen Mitglieder des OP-Teams keinen Schlüssel für den OP-Raum haben und auch nicht zuverlässig darüber unterrichtet sind, wo der Generalschlüssel deponiert ist. - Die Organisation des Zugangs zu dem für eine Notsectio vorbereiteten OP-Saal gehört zu den Leistungen, die dem Träger eines Belegkrankenhauses obliegen.

Stichwort Technische Sicherheit, Schlüssel zum OP

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Koblenz	24.08.1999	3 U 1078/95	AHRS 2900/104

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer endoskopischen Abtragung eines Dickdarmpolypen kommt es zu einer Nachblutung, die endoskopisch durch Unterspritzen und Elektrokoagulation gestillt wird. Etwa 7 Wochen später stellen sich bei der Patientin die Zeichen eines akuten Bauchs ein, es wird eine Dickdarmperforation diagnostiziert und eine Sigma-Teilresektion mit vorübergehender Anlage eines anus präter durchgeführt.

Urteil **LS:** „Ein Arzt, der damit rechnen muss, seinem Patienten eine Gesundheitsschädigung zugefügt zu haben, ist auch nach Behandlungsende aus dem fortwirkenden Arztvertrag heraus verpflichtet, von sich aus alles zu tun, um die Auswirkung der Schädigung so gering wie möglich zu halten. Er ist verpflichtet, den Patienten und dessen Hausarzt von den Komplikationen und einem drohenden weiteren Schaden zu unterrichten, damit eine sachgerechte Nachbehandlung oder Vorsorge für den Fall des Eintritts des drohenden Schadens eingeleitet werden kann.“

„Der Bekl. ist der Kl. aber zum Ersatz des Schadens verpflichtet, der dadurch entstanden ist, dass der Bekl. die Kl. von den eingetretenen Komplikationen bei der Stillung der arteriellen Blutung nicht unterrichtet und darauf hingewiesen hat, dass die Darmwand hierdurch in Mitleidenschaft gezogen worden sei und sich noch eine Darmperforation ausbilden könne, die dann eine sofortige bauchchirurgische Behandlung erfordere. Hätte der Bekl. auf diese Gefahr hingewiesen, dann wäre es der Kl. möglich gewesen, gezielt auf Warnzeichen einer solchen Entwicklung, insbesondere das Auftreten von Bauchschmerzen zu achten, und alsdann frühestmöglich den bauchchirurgischen Eingriff vornehmen zu lassen. In diesem Fall wäre der Schaden mit einer Bauchoperation zu beheben gewesen. Die Belastungen mit der Anlage eines künstlichen Darmausgangs und mit einer zweiten Operation zur Wiederherstellung der natürlichen Darmpassage wären der Kl. dann erspart geblieben.“

Kommentar Das Entstehen der Nachblutung an sich so wie auch die Perforation an sich sind nach dem Urteil nicht Folge von Fehlern. Fehlerhaft war es indes, über die stattgehabte Komplikation nicht ausreichend aufzuklären, und vor allem nicht darüber, was sich hieraus noch entwickeln könne. S. auch Urteil vom 19.07.2001, OLG Dresden.

Stichwort Nachbetreuung, Aufklärung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	16.09.1999	8 U 2/99	AHRS

				3500/115
--	--	--	--	----------

Urteil **LS:** „Allein der Umstand, dass sich eine Patientin in der Vergangenheit zeitweise in einem desorientierten Zustand befunden hat, rechtfertigt es nicht, sie durch ein Gitter an ihrem Bett in ihrer Bewegungsfreiheit zu beschränken. Es besteht auch grundsätzlich keine Verpflichtung, einer solchen Patientin ein niedrigeres Bett zu beschaffen.“

Stichwort Bettgitter, Schutzpflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Nürnberg	11.10.1999	5 U 1055/99	AHRS 3500/116

Med. Sachverhalt Nach Revision an einem Herzschrittmacher unter Lokalanästhesie und Midazolam ist die Patientin nachmittags verwirrt. In der folgenden Nacht Überwachung auf Intensivstation. In der Nacht steht der Patient auf, stürzt und verletzt sich.

Urteil **LS:** „Allein der Umstand, dass eine Patientin, die nach der Injektion eines Medikamentes mit dem Wirkstoff Midazolam gegen 14 Uhr zunächst desorientiert und verwirrt war, macht am Abend weder eine intensivere Überwachung noch die Anbringung von Bettgittern oder gar die körperliche Fixierung erforderlich, wenn bis dahin die Medikamentenwirkung völlig abgeklungen ist. Es müssen auch nicht bei jedem älteren Patienten bereits seines Alters wegen Sicherheitsvorkehrungen wie Fixieren oder Bettwachen ergriffen werden.“

„Bei der Kl. handelte es sich nicht, jedenfalls nicht mehr, um eine "unruhige, in der Bewußtseinslage gestörte Patientin". Die Wirkung des Medikaments Midazolam, das sie am Nachmittag in einen solchen Zustand versetzt hatte, war ... völlig abgeklungen. Arzt und Pflegepersonal haben durchaus verantwortungsbewußt und wegen der Auffälligkeiten am Nachmittag besonders kritisch die Bewußtseinslage der Kl. überprüft. Anlaß, Sicherungsmaßnahmen zu ergreifen, lag objektiv nicht vor....Daß es bei geriatrischen Patienten zu Zuständen der Verwirrtheit kommen kann, also auch mit dem Phänomen der "senilen Bettflucht" gerechnet werden muß, hat auch der Sachverständige bestätigt. Dies kann jedoch nicht bedeuten, daß bei jedem älteren Patienten bereits seines Alters wegen derartige Sicherheitsvorkehrungen wie Fixieren oder Bettwache ergriffen werden müssen.“

Kommentar Für das Gericht entscheidend war offenbar, dass die Wirkung des Narkotikums zu Beginn des Abend abgeklungen war und die Patientin deshalb wie eine „normale geriatrische Patientin“ anzusehen und zu betreuen war.

Stichwort Postoperative Überwachung, Schutzpflicht, Bettgitter

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	02.11.1999	14 U 43/98	AHRS 3500/117

Med. Sachverhalt Vor geplanter OP, nach Prämedikation am Vorabend sowie am Morgen des OP-Tags stürzt die Patientin aus dem Bett. Es kommt zur intrazerebralen Blutung mit Residuen.

Urteil **LS:** „Ein Bettgitter muss zum Schutz eines Patienten erst bei Vorliegen besonderer Gründe angebracht werden. Ein Sturz während eines früheren Krankenhausaufenthaltes genügt dazu nicht. Auch die Verabreichung von 10 mg Adumbran am Vorabend und eine am Morgen erfolgte Gabe von 2,5 mg Tavor geben keine Veranlassung zu besonderen Schutzmaßnahmen, da sie nicht geeignet sind, einen Bewußtseinsverlust oder Verwirrtheit auszulösen.“

„Bei der Kl. bestand keine Veranlassung, vorsorglich ein Bettgitter anzubringen, um einem Sturz vorzubeugen. Dieser Sturz hat sich nicht in einem Bereich zugetragen, dem durch vorsorgliche Maßnahmen im Rahmen des stationären Aufenthalts begegnet werden kann und muss (voll beherrschbares Risiko). Stürze aus dem Bett ereignen sich im Klinikalltag immer wieder. Es bedarf keiner näheren Begründung dafür, dass allein deshalb das Anbringen von Bettgittern nicht gefordert werden kann, und zwar schon wegen der damit verbundenen Beschränkung des Patienten, der zum Aufstehen auf die Hilfe Dritter angewiesen wäre, und wegen der erhöhten Gefahr, die etwa mit dem eigenmächtigen Überwinden des Gitters verbunden ist. Beide Sachverständige haben auf diese Bedenken hingewiesen. Deshalb bedarf es, wie das LG zutreffend ausgeführt hat, besonderer Gründe im Einzelfall, wenn aufgrund der Obhuts- und Fürsorgepflicht des Krankenhausträgers zum Schutz des Patienten ein Gitter angebracht werden soll.“

Kommentar Nach hiesiger Einschätzung könnten in der vorangegangenen Prämedikation auch „besondere Gründe“ für Vorsichtsmaßnahmen gesehen werden.

Stichwort Prädedikation, Schutzpflichten

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	25.11.1999	8 U 126/98	AHRS 3400/112

Med. Sachverhalt Während einer Entbindung kommt es zum Geburtsstillstand wegen einer unerwarteten Schulterdystokie. Die Geburt wird von einer Ärztin im Praktikum zusammen mit einer Hebamme geleitet. Die beiden beenden die Geburt zügig – allerdings durch Maßnahmen, die der spätere Gutachter als „konzeptlos und unüberlegt“ bzw. „grob fehlerhaft“ bezeichnen wird.

Urteil **LS:** „Eine in der Geburtshilfe eingesetzte Ärztin im Praktikum darf darauf vertrauen, dass ihr nur solche Aufgaben übertragen werden, die sie in Zusammenarbeit mit einer erfahrenen Hebamme und mit der Möglichkeit, den zu Hause in Rufbereitschaft befindlichen Oberarzt um Hilfe zu bitten, bewältigen kann.“

Kommentar Zusammenfassend hält das Gericht (gutachterlich beraten) die einzelnen durch die Ärztin im Praktikum ergriffenen Maßnahmen für grob fehlerhaft, anerkennt allerdings, dass der unerwartete Geburtsstillstand bzw. die unerwartete Schulterdystokie die Ärztin genötigt hätten, die Geburt rasch zu beenden. In dieser Konstellation wird der alleinige Fehler beim Krankenhaus gesehen, welches überhaupt diese Diensterteilung vorgenommen hat. Die Ärztin im Praktikum und die Hebamme werden nicht verurteilt. – Die Sachlage grenzt nach hiesiger Einschätzung hart an eine Konstellation, in der man von der Ärztin im Praktikum eine Remonstrations verlangt hätte!

Stichwort Personaleinsatzplanung, Remonstration, Übernahmeverschulden

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	04.01.2000	14 U 31/98	AHRS 3030/100 3030/300

Med. Sachverhalt Bei einem Neugeborenen kommt es in den ersten Tagen zu „Atemschwierigkeiten“ und weiteren (zunächst unklaren) Symptomen; in der Folge (und nach Verlegung in eine Kinderklinik) wird eine Streptokokkensepsis diagnostiziert. Schwere Spätfolgen. Während der ersten Stunden und vor Verlegung Mitbetreuung durch einen niedergelassenen Kinderarzt; Unklarheiten der Zuständigkeiten..

Urteil **LS:** „Bei der ärztlichen Behandlung von Notfällen muss eine klare Struktur gewährleistet sein, damit ein kompetenter Arzt möglichst schnell am Bett des Patienten steht, so dass dieser rasch notfallgerecht behandelt und ggf. verlegt werden kann.“

LS: „Wird ein Kinderarzt zu einem Neugeborenen in einem Krankenhaus gerufen, das vermutlich an einer Neugeborenssepsis leidet und intubiert werden muss, dann hat er darauf zu bestehen, dass ein kompetenter Krankenhausarzt die Intubation übernimmt. Dringt er nicht darauf und behandelt er das Kind allein weiter, dann ist ihm ein Übernahmeverschulden anzulasten.“

„Diese Organisation entspricht nicht den Anforderungen. Wie schon oben ausgeführt, war die diagnostische und therapeutische Behandlung der Atemstörung ärztliche Aufgabe und hätte zunächst einem Arzt der geburtshilflichen oder gynäkologischen Abteilung obliegen. Dieser hätte zu entscheiden gehabt, ob er die Situation selbst beherrschen kann oder er einen Pädiater hinzuziehen muss. Durch den gleichzeitigen Ruf von Stationsärztin und Kinderarzt, zu welchem die Hebamme offenbar befugt war, wurde eine unklare Lage geschaffen. Dies widersprach dem Grundsatz, dass in der ärztlichen Behandlung von Notfällen eine klare Struktur gewährleistet sein muss, damit der kompetente Arzt möglichst schnell – und ohne Umwege wie im vorliegenden Fall – am Bett des Patienten steht und dieser rasch notfallgerecht behandelt und verlegt werden kann.“

Kommentar Auch hier steht im Fokus die Pflicht des Hauses, für klare Strukturen und Zuständigkeiten zu sorgen, zumal dann, wenn die Patienten auch noch durch Krankenhausfremde mitbetreut werden.

Stichwort Personaleinsatzplanung, medizinischer Notfall, Zuständigkeiten, Übernahmeverschulden

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Hamm	19.01.2000	3 U 209/98	AHRS 3035/300

Med. Sachverhalt Bei einer Geburt kommt es ab 1.40 Uhr zu CTG-Veränderungen. Um 2.30 Uhr wird der diensthabende Arzt gerufen, um 3.00 kommt der Oberarzt dazu, der die Indikation zur

Schnittentbindung stellt. Diese beginnt um 3.50 Uhr und um 4.02 wird das Kind geboren.

Urteil **LS:** „In einer Krankenanstalt, die Geburtshilfe betreibt, muss auch während der Nacht ein Operationsteam bereit stehen. Es ist ein Organisationsfehler, wenn es erst mit dem Taxi ins Haus geholt werden muss.“

„Ein Zeitraum von etwa einer Stunde zwischen der Entschließung zum Kaiserschnitt und der Entbindung war auch 1990 und auch für ein Haus vom Zuschnitt des Evangelischen Krankenhauses entschieden zu lang. Beruhte die Verzögerung auf einer fehlerhaften Vorgehensweise des Bekl. zu 3) [Oberarzt], so hat die Bekl. zu 1) [Krankenhaus] gemäß § 831 BGB dafür einzustehen. Ist sie hingegen entsprechend der Einlassung des Bekl. zu 3) darauf zurückzuführen, dass während der Nacht im Hause kein Operationsteam bereitstand, es vielmehr mit dem Taxi erst ins Haus geholt werden musste, so gereicht dies der Bekl. zu 1) in organisatorischer Hinsicht zum Verschulden. Der Sachverständige Prof. K. hat dazu plastisch festgestellt, dass auch im Jahre 1990 unter solchen Voraussetzungen keine Geburtshilfe habe betrieben werden dürfen.“

Kommentar Beklagt waren Krankenhaus, Chefarzt, Oberarzt, diensthabender Assistenzarzt und diensthabende Hebamme. Alle Klagen außer diejenige gegen den Krankenhausträger wurden abgewiesen. Auch damit zeigt das Urteil den im Vordergrund stehenden Aspekt der Organisationsverantwortung.

Stichwort Medizinischer Notfall, Personaleinsatzplanung, E-E-Zeit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	LG Regensburg	27.01.2000	3 O 1867/99	2900/300

Med. Sachverhalt Ein Patient wird wegen Gefühlsstörungen der unteren Extremität behandelt, die Gefühlsstörungen verschwinden. Der Arztbrief vermerkt als Diagnose „Enzephalomyelitis disseminata³ II. Phase“ – diese Diagnose wird aber dem Patienten nicht mitgeteilt. – In der Folge kündigt dieser eine Krankentagegeldversicherung; eine Neuversicherung scheitert an der genannten Diagnose

Urteil „Der Kl. darf das bekl. Krankenhaus wegen der unterlassenen Mitteilung der medizinischen Diagnose seiner Erkrankung nicht auf Ersatz materiellen Schadens in Anspruch nehmen, der ihm aus der Aufgabe seiner Krankenversicherung entstanden ist oder noch entstehen wird. - Der Kammer ist eine gesetzliche Grundlage für einen solchen Schadensersatzanspruch nicht ersichtlich. - In Betracht kommt lediglich ein Anspruch wegen positiver Verletzung einer Nebenpflicht aus dem zwischen den Parteien abgeschlossenen Dienstvertrag (§§ 611 ff. BGB). Es erscheint der Kammer aber bereits zweifelhaft, ob das bekl. Krankenhaus aus dem Behandlungsvertrag dem Kl. als Patienten nach Abschluss der therapeutischen Behandlung die Eröffnung der gewonnenen Diagnose "multiple Sklerose" schuldet. - Nach Auffassung der Kammer lag es im pflichtgemäßen Ermessen der behandelnden Ärzte, ob dem Kl. bei der Entlassung aus der therapeutischen Behandlung die konkrete Art seiner Erkrankung mit auf den Weg zu geben sei. Ein zwingendes Bedürfnis hiernach hätte allenfalls aus medizinischen

³ Allgemein üblicher Name: Multiple Sklerose

Gründen bestanden, wenn es nämlich darum gegangen wäre, dem Patienten bestimmte Verhaltensweisen naheulegen, wie der Krankheit zukünftig zu begegnen sei. Medizinische Gründe solcher Art bestanden aber offensichtlich nicht.“

Kommentar Im Urteil wird darauf abgehoben, dass die umfassende Information über die Diagnose nur aus **medizinischen** Gründen zwingend wäre. – Hiesigerseits bestehen Zweifel, ob dies bei vergleichbaren Konstellationen ähnlich gesehen würde.

Stichwort Diagnosemitteilung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Naumburg	08.02.2000	1 U 140/99	AHRS 3060/300

Med. Sachverhalt Die Patientin stürzt sich während einer stationären Behandlung in der Psychiatrie aus dem Fenster im 2. Stock und kommt zu Tode.

Urteil **LS:** „Patienten, die wegen Suizidgefährdung zu behandeln sind, müssen zwar grundsätzlich auch davor geschützt werden, dass sie sich selbst Schaden zufügen. Die moderne Psychiatrie sieht ihre Hauptaufgabe bei Geisteskranken jedoch darin, diese nicht nur sicher zu verwalten, sondern zu behandeln und zu heilen. Bei suizidgefährdeten Patienten kann deshalb auch die Inkaufnahme von Risiken – auch des Risikos der Selbstschädigung – notwendig sein. Dieser Problematik ist auch haftungsrechtlich Rechnung zu tragen.“

„Die Bekl. hat als Krankenhausträger grundsätzlich die Pflicht, die ihr anvertrauten Patienten vor Gesundheitsschädigungen zu bewahren. Patienten, die wegen Selbstgefährdung zu behandeln sind, sind daher auch grundsätzlich davor zu schützen, dass sie sich selbst Schaden zufügen ... Dabei sind auch die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen zu treffen... Die Pflicht des Krankenhausträgers und des behandelnden Arztes erschöpft sich hierin jedoch nicht... Bei suizidgefährdeten Patienten besteht dabei die Problematik, dass die Inkaufnahme von Risiken – auch des Risikos der Selbstschädigung – therapeutisch notwendig sein kann. Der Psychiater hat über die Gefahr einer schrittweise zu gewährenden Freiheit zu entscheiden... Da es zur Therapie suizidgefährdeter Patienten gehört, die Eigenverantwortlichkeit zu stärken und die Patienten nicht durch übertrieben sichernde Maßnahmen in ihrem Selbstbewusstsein einzuengen..., können selbst bei Äußerung von Suizidgedanken eine medikamentöse Behandlung im Zusammenspiel mit anderen therapeutischen Maßnahmen – gegebenenfalls auch dem Abschluss eines Suizidvertrags ... – angemessene Methoden zur Behandlung derartiger Patienten auch ohne weiter gehende sichernde Maßnahmen sein.“

Kommentar Grenzen der Schutzpflichten auch in der Psychiatrie

Stichwort Suizid, Schutzpflicht, Psychiatrie

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG München	17.02.2000	1 U 5439/99	3500/300

Med. Eine 12 – jährige Patientin wird zur Toilette gebracht. Man sagt ihr, sie solle sich melden, wenn

Sachverhalt sie wieder aufs Zimmer wolle. Statt dessen geht sie alleine und stürzt.

Urteil **LS:** „Das Krankenhauspersonal muss eine 12-jährige Patientin auf der Toilette nicht ständig beaufsichtigen, um sicherzustellen, dass sie nicht alleine zu ihrem Bett zurückgeht; es reicht aus, dass ihr gesagt wird, sie solle läuten, wenn sie fertig sei.“

Kommentar Grenzen der Schutzpflicht des Krankenhauses!

Stichwort Schutzpflicht

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Stuttgart	04.04.2000	14 U 63/99	AHRS 3060/301

Urteil **LS:** „In einer psychiatrischen Klinik sind konkrete Maßnahmen zum Schutz eines Patienten bei akuter oder konkreter Selbstmordgefahr erforderlich. Eine akute Selbstmordgefahr ergibt sich jedoch nicht schon daraus, dass der Patient vorsorglich auf die geschlossene Station aufgenommen worden ist.

Ist eine akute Selbstmordgefahr nicht erkennbar, dann muss die Klinik nicht unverzüglich nach einem Patienten fahnden, wenn er nicht – wie vereinbart – nach einem unbegleiteten Ausgang auf das Klinikgelände zurückkommt.“

Stichwort Schutzpflicht, Psychiatrie, Suizid

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	19.04.2000	3 StR 442/99	BeckRS 2000 30108265

Med. Sachverhalt Nach unsachgemäßem Umgang mit mehreren Blutkonserven über längere Zeit kommt es bei einigen Konserven zur Verkeimung und zum Tod der Patienten.

Urteil

Kommentar Der Institutsleiter wird für die ihm bekannte und fehlerhafte Handhabung im Strafverfahren verantwortlich gemacht, nicht jedoch sein Stellvertreter

Stichwort Blutkonserven, Überwachung, Hygiene

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	20.06.2000	VI ZR 377/99	3060/302

Med. Sachverhalt Eine Patientin mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose wird auf einer offenen Station behandelt (Fenstergriffe etc gesichert) und entweicht der pflegerischen Aufsicht in einem unbeobachteten Moment. Sie stürzt sich aus dem Fenster und verletzt sich schwer.

Urteil **LS:** „Ohne besondere Umstände kann nicht verlangt werden, dass in der offenen Station einer psychiatrischen Klinik alle Türen und Fenster verschlossen werden.“

„Das BerGer. überspannt aber die Anforderungen an die der Bekl. als Krankenträgerin zum Schutze ihrer Patienten obliegende Sorgfalt, wenn es ohne konkrete Anhaltspunkte einer Selbstgefährdung als Sicherung gegen einen – unvorhersehbaren – Selbstmordversuch verlangt, im Krankenhaus der Bekl. habe jedenfalls nachts auch die Balkontüre im Aufenthaltsraum der offenen Station im dritten Stock so gesichert sein müssen, dass Vorsorge gegen die Gefahr eines Sprunges vom Balkon getroffen gewesen sei. - Für die Mindestanforderungen an die Sicherung der Patienten auf einer offenen Station in psychiatrischen Kliniken gibt es weder medizinische noch technische Standards...Aus Rechtsgründen kann – im Gegensatz zur Auffassung des BerGer. – in einer offenen Station ohne besondere Umstände nicht verlangt werden, alle Türen und Fenster verschlossen zu halten.“

Kommentar Grenzen der Sicherungspflichten

Stichwort Sicherungspflicht, Psychiatrie

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Koblenz	26.07.2000	1 U 1606/98	AHRS 0940/300

Urteil **LS:** „Ein Belegarzt ist nur zur Erbringung der ärztlichen Leistungen im eigenen Fachgebiet verpflichtet, während das Belegkrankenhaus grundsätzlich nur die nicht ärztlichen Versorgungsleistungen und die pflegerischen Dienste schuldet.“

Stichwort Belegarzt, Aufgabenabgrenzung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	21.09.2000	8 U 12/00	3215/300

Med. Sachverhalt Nach einem operativen Eingriff, welcher bis 10.20 dauert, wird die Patientin gegen 10.50 auf die Krankenstation verbracht. Gegen Mittag geht sie selbständig zur Toilette und stürzt.

Urteil „Wie sich aus der Darstellung der die Kl. seinerzeit als Stationschwester betreuenden Zeugin H. ergibt, war es der Kl. auch ohne Probleme möglich, sich mit ihrer – der Zeugin – Hilfe aufzurichten und, nachdem sie einige Zeit auf der Bettkante sitzengeblieben war, in Begleitung

der Zeugin selbständig zur Toilette zu gehen. Unter diesen Umständen durfte die Zeugin H. davon ausgehen, daß die Kl. auf der Toilette alleine zurecht kam und imstande war, sich beim Auftreten von Problemen über die dort vorhandene Klingel zu melden.“

Kommentar Grenzen der Schutzpflichten des Krankenhauses

Stichwort Schutzpflicht postoperative Überwachung

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Oldenburg	05.12.2000	5 U 104/00	AHRS 3060/303

Urteil **LS:** „Bei einem Patienten, der zeitweise verwirrt und desorientiert ist, rechtfertigt ein gewisses Sturzrisiko weder die Anbringung eines Bettgitters noch eine Fixierung, zumal eine Fixierung auch negative Effekte wie Unruhe, Angst und Aggressivität haben kann.“

Stichwort Schutzpflicht, Verwirrtheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Karlsruhe	16.05.2001	7 U 46/99	AHRS 0940/301

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer Geburt kommt es zur schweren Schädigung des Kindes. Die Geburt wird durch einen Belegarzt geleitet, er wird durch Hebammen unterstützt, die das Krankenhaus zur Verfügung stellt.

Urteil **LS:** „Der Träger des Belegkrankenhauses haftet nicht für die Güte und Fehlerfreiheit der Leistungen desjenigen, dessen Dienste er dem Belegarzt zur Verfügung stellt, sondern allein dafür, dass die von ihm gestellte Kraft für die vorgesehene Leistung geeignet ist.“

„Der lediglich zur Verschaffung von Diensten verpflichtete, hier der bekl. Verein [Krankenhausträger], haftet anerkanntermaßen nicht für die Güte und Fehlerfreiheit der Leistungen desjenigen, dessen Dienste er ermöglicht, sondern allein dafür, daß die von ihm gestellte Kraft für die vorgesehene Leistung geeignet ist...Die von dem bekl. Verein für die Betreuung der Mutter und für die Entbindung des Kindes den Belegärzten ... zur Verfügung gestellte Hebamme war nach allseitigem Verständnis der Parteien grundsätzlich für die ihr übertragene Aufgabe befähigt.“

Kommentar Eine wichtige Abgrenzung der Pflichten des Krankenhauses gegenüber den Pflichten des Belegarztes in Bezug auf die Arbeit nicht-ärztlicher Mitarbeiter. Man vergleiche hierzu z. B. OLG Stuttgart, Urteil vom 20.8.1992

Stichwort Belegarzt, Personal

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Karlsruhe	13.06.2001	7 U 169/99	AHRS 3060/304

Urteil **LS:** „Eine Klinik für Psychosomatische Medizin und Abhängigkeitserkrankungen ist verpflichtet, ihre Patienten vor einer krankheits- bzw. suchtbedingten Selbstgefährdung zu schützen. Dies bedeutet aber nicht, dass von vornherein eine Rundumbewachung bei den Patienten angeordnet und durchgeführt werden muss.

Bei einem Patienten, bei dem nach einer Entziehungskur eine stationäre Psychotherapie zur Entgiftung und als Langzeitbehandlung auf einer offenen Station durchgeführt werden soll, sind besondere Sicherungs- und Überwachungsmaßnahmen nicht erforderlich. Sie werden erst dann notwendig, wenn eine Gefährdung des Patienten erkennbar akut vorhanden ist.

Eine Pflichtverletzung der Klinik kommt in Betracht, wenn dem Klinikpersonal auffallen muss, dass der Patient Methadon zu sich genommen hat.

Stichwort Schutzpflicht, Psychiatrie, Entzug

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Jena	27.06.2001	4 U 1420/99	AHRS 3060/305

**Med.
Sachverhalt**

Urteil **LS:** „Begibt sich eine an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose leidende Patientin freiwillig zur Behandlung auf die innere Abteilung eines Krankenhauses, dann ist das Maß der dem Krankenhauspersonal obliegenden Sorgfaltspflichten hinsichtlich Überwachung und Sicherung der Patientin aus internistischmedizinischer Sicht zu beurteilen. - Die Aufnahme in das Krankenhaus ist in einem solchen Falle trotz fehlender oder eingeschränkter Möglichkeit einer psychiatrischen Betreuung kein Behandlungsfehler, wenn die stationäre Aufnahme in ein Allgemeinkrankenhaus die einzige gesetzliche Möglichkeit ist und als alleinige stationäre Maßnahme durch die Patientin toleriert wird. - Der Wunsch einer solchen Patientin nach Schlaf im Zusammenhang mit einem vorausgegangenen Tobsuchtsanfall kann nicht so interpretiert werden, dass sich daraus die Diagnose einer bestehenden Suizidalität ableiten lässt und sich Zwangsmaßnahmen in Form einer ständigen Sitzwache oder einer Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt begründen lassen. - Vorrangige Aufmerksamkeit verlangt das Problem der Suizidalität nur bei Depressionen, bei denen die Selbsttötung oft die Hauptgefahr darstellt und dann im Mittelpunkt der Betreuung stehen muss. Bei Schizophrenien hat sie jedoch kaum je Vorrang.

Stichwort Schutzpflicht, Psychiatrie

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Dresden	19.07.2001	4 U 819/01	2900/301

Med. Sachverhalt Bei einem Patienten wird ein körperferner Speichenbruch im Rahmen der Erstversorgung als nicht verschoben und konservativ behandelbar eingestuft. Eine konservative, ambulante Behandlung wird eingeleitet. Am Folgetag stellt der Radiologe des selben Krankenhauses bei der Nachbefundung fest, dass der Bruch verschoben sei; zudem handelte es sich um einen dringlich zu operierenden Bruch (Barton Fraktur). Dies wird dem Patienten nicht mitgeteilt.

Urteil **LS:** „Die Pflicht eines Arztes zur Information seines Patienten über einen ihm zweifelsfrei unterlaufenen diagnostischen Fehler besteht auch noch nach dem Behandlungsende, wenn das gesundheitliche Wohl des Patienten die Mitteilung erfordert, etwa um weitere medizinische Maßnahmen zu ermöglichen.“

„Eine Pflicht des Arztes zur Information seines Patienten von einem begründeten Fehlverdacht oder gar, wie hier, von einem zweifelsfrei unterlaufenen diagnostischen Fehler, besteht insbesondere dann, wenn das gesundheitliche Wohl des Patienten die Mitteilung erfordert, etwa um weitere medizinische Maßnahmen zu ermöglichen... So liegt es hier.“

Kommentar Die Pflicht, Patienten auf einen (eigenen) Fehler hinzuweisen (hier: Diagnosefehler), und zwar dann, wenn sich hieraus therapeutische Konsequenzen ergeben, ist mittlerweile auch gesetzlich verankert (§ 630 c [2] BGB). Der Rechtsprechung war diese Pflicht schon zuvor bekannt! Siehe auch Urteil vom 24.08.1999, OLG Koblenz

Stichwort Aufklärung, Nachbetreuung.

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Saarbrücken	30.06.2004	1 U 386/02-92	AHRS 3050/300

Med. Sachverhalt Bei einer Schwangeren wird eine Amniozentese durchgeführt und das Untersuchungsmaterial einem Labor und einer humangenetischen Abteilung zugeleitet. Es ist besprochen, dass im Zweifel eine Interruptio durchgeführt werden soll. In der Laboruntersuchung ergibt sich ein erhöhter Wert für α -1-Fetoprotein. Dies wird den Eltern erst nach der Geburt mitgeteilt. Das Kind kommt mit erheblichen angeborenen Fehlbildungen zur Welt.

Urteil **LS:** „Bei histologischen und pathologischen Befunden ist eine schnellstmögliche Information des behandelnden Arztes erforderlich, um Gefahren vorzubeugen. Zu den Pflichten des hinzugezogenen Arztes gehört es dabei, den behandelnden und überweisenden Arzt in einem Arztbrief über das Ergebnis des Überweisungsauftrags zu unterrichten. - Durch eine geeignete und ausreichende Büroorganisation hat jede Klinik sicherzustellen, dass Arztbriefe ohne größere Verzögerungen übermittelt werden können. Bei einem gewichtigen und in besonderer Weise eilbedürftigem Befund (hier: Ergebnis der Untersuchung einer Fruchtwasserprobe), der für die weitere Lebensplanung des Patienten oder der Patientin von ausschlaggebender Bedeutung ist, muss eine den Zugang beim Empfänger sicherstellende Art der Übermittlung

gewählt werden. - Es entspricht dem an einen Gynäkologen zu fordernden Standard, bei terminrelevanten Befunden ein Wiedervorlagesystem zu etablieren und durch fristgerechte Einbestellung seiner Patientinnen sicherzustellen, dass zu einem Zeitpunkt die Vollständigkeit der erwarteten Befunde überprüft werden kann, der im Falle pathologischer Auffälligkeiten noch eine Kontrollbefundung und auch das Ergreifen entsprechender medizinischer Maßnahmen ermöglicht.“

Stichwort Laborbefunde, Holschuld

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Celle	25.08.2005	13 U 120/05	ADAJUR Dok.Nr. 68349

Urteil **LS:** „Für eine wirksame Übertragung von Verkehrssicherungspflichten bedarf es einer eindeutigen Vereinbarung, die geeignet ist, ein Ausbleiben der Gefahrsituationen zuverlässig zu gewährleisten. Diese Vereinbarung muss insbesondere Regelungen beinhalten, wonach sich beispielsweise ein Reinigungsunternehmen verpflichtet, dafür Gewähr zu leisten, dass durch seine Tätigkeit die Sicherheit der dort aufhaltenden Personen nicht beeinträchtigt wird. Um dies sicherzustellen, muss weiterhin eine Verpflichtung des Unternehmens vereinbart werden, die in diesem Zusammenhang notwendige Massnahmen, wie die sichtbare Kennzeichnung der Gefahrenstellen, zu ergreifen.“

...Die Abgrenzung der Verantwortlichkeit ist eindeutig. Der originär Verkehrssicherungspflichtige kann sich im Allgemeinen auf die Erfüllung der Verkehrssicherungspflicht durch den Beauftragten Dritten verlassen. Regelmässige Kontrollen reichen grundsätzlich aus...“

Kommentar Abgrenzung der Verantwortung zwischen Klinik und einem externen Dienstleister

Stichwort Verkehrssicherung, bauliche Sicherheit, Outsourcing

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Zweibrücken	27.03.2012	5 U 7/08	BeckRS 2012, 12008

Med. Eine Schwangere wird im Krankenhaus zur Entbindung ihres zweiten Kindes aufgenommen. Sie

Sachverhalt war während der Schwangerschaft durch einen Gynäkologen betreut worden, der in diesem Krankenhaus als Belegarzt tätig ist. Die erste Schwangerschaft war durch Sectio beendet worden. 2 ½ Stunden nach Aufnahme kommt es zum Blasensprung, anschließend wird ein Nabelschnurvorfal festgestellt. In telefonischer Beratung mit dem Gynäkologen wird die Indikation zur Sectio gestellt. Diese beginnt 34 Minuten nach dem Entschluss, nachdem zuvor die OP-Mannschaft ins Haus geholt worden ist. Das Kind erleidet erhebliche Schäden.

Urteil „Die Geburt der Klägerin im Wege eines Notfallkaiserschnitts (nachfolgend: Notsectio) ist wegen mangelhafter Organisation der Notsectio und Nichtvorhaltens eines anästhesieärztlichen Bereitschaftsdiensts in der damaligen geburtshilflichen Abteilung des ... krankenhauses nach Feststellung eines Nabelschnurvorfalls am ... gegen 23:20 Uhr nicht innerhalb einer E-E-Zeit (Zeit zwischen Entschluss zur Notsectio und der Entwicklung des Kindes) von höchstens 20 Minuten durchgeführt worden, sondern dauerte vielmehr mindestens 37 Minuten. Der Beklagte zu 1) [Gynäkologe] und die Beklagte zu 3) [Kranke4nhausträger] haften trotz des Grundsatzes der Haftungstrennung im sog. gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag gesamtschuldnerisch aus Vertrag und aus deliktischer Grundlage, da die gesundheitlichen Schäden der Klägerin aus Fehlleistungen resultieren, die sowohl aus dem Leistungsbereich des Beklagten zu 1) als Belegarzt, als auch dem Organisationsbereich des Beklagten zu 3) als ehemaligem Träger des Belegkrankenhauses stammen.“

Kommentar Kombination aus ärztlicher Fehlleistung und Organisationsmangel.

Stichwort Übernahmeverschulden, E-E-Zeit, Belegarzt

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	31.03.2013	III ZR 388/12	VersR 2014, 1210

Urteil **LS:** „Der Träger einer städtischen Klinik ist nicht verpflichtet, sämtliche Fenster einer geschlossenen psychiatrischen Station der Klinik so auszustatten, dass sie auch unter Einsatz von Körperkraft nicht so geöffnet werden können, dass ein Patient hinaussteigen oder -springen kann.“

Stichwort Schutzpflicht, Psychiatrie, bauliche Sicherheit

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	OLG Düsseldorf	18.04.2013	I-8 U 24/12	BeckRS 2014, 17075

Med. Sachverhalt Geburt eines Kindes aus Beckenendlage per vias naturales mit Komplikationen. Schwerer hypoxischer Hirnschaden.

Urteil „Die ... durchgeführte Geburtsleitung war fehlerhaft und hat zur Schwerstschädigung der Klägerin geführt, wofür die Beklagten zu 2) [Assistenzärztin] und 3) [Krankenhausträger] als Gesamtschuldner haften.... bestand nach den Ausführungen des Sachverständigen ... eine

Indikation zur Beendigung der Geburt durch Kaiserschnitt spätestens um ... Uhr... 19Hinzu kommt, dass weder ein versierter Facharzt noch ein in der Reanimation Neugeborener erfahrenes Team rechtzeitig vor Ort war... Der Beklagte zu 3) haftet als Träger des Krankenhauses... Eine Verantwortlichkeit der Beklagten zu 2) ergibt sich aufgrund eines Übernahmeverschuldens... Ein Assistenzarzt, dem die erforderliche berufliche Erfahrung fehlt, kann aufgrund eines Übernahmeverschuldens dann haften, wenn er nach den bei ihm vorauszusetzenden Kenntnissen und Erfahrungen Bedenken gegen die Übernahme der Verantwortung für die Behandlung hätte haben und eine Gefährdung des Patienten hätte voraussehen müssen.“

Kommentar Hier also eine kombinierte Haftung aus Organisationsversäumnis des Krankenhauses (Einteilung einer Assistenzärztin im 2. Facharztjahr) und diese (wegen Übernahmeverschuldens).

Stichwort Personaleinsatzplanung, Facharztstandard, Übernahmeverschulden

	Gericht	Urteil vom	AZ	Quelle
Quelle	AG Augsburg	21.11.2013	08 Ls 200 Js 112337/09	BeckRS 2014, 1146

Med. Sachverhalt Gastroskopie, begonnen 7.30 Uhr. Unmittelbar nach Beginn Kreislaufinstabilität, diverse Medikationen. Notarzt gegen 8.45 verständigt. Auch dann keine lückenlose persönliche Überwachung. Später Versterben des Patienten.

Urteil **LS:** „In der Praxis des Arztes vorliegenden organisatorischen, personellen und apparativen Mängel sowie besonderen, in der Person des Geschädigten und der geplanten Kombinationssedierung mit mehreren Wirkstoffen begründeten Risikofaktoren ist die Hinzuziehung eines zweiten Arztes nach den Regeln der ärztlichen Heilkunst zwingend geboten.“

„Der Angeklagte begann die Durchführung der Magen- und Darmspiegelung mit der Einleitung der Sedierung....Der Angeklagte unterließ es dabei pflichtwidrig, zur Untersuchung einen zweiten, die Sedierung überwachenden Arzt hinzuzuziehen. Denn aufgrund der in der Praxis des Angeklagten vorliegenden organisatorischen personellen und apparativen Mängel sowie der besonderen, in der Person des Geschädigten ... und der geplanten Kombinationssedierung mit mehreren Wirkstoffen begründeten Risikofaktoren, war die Hinzuziehung eines zweiten Arztes nach den Regeln der ärztlichen Heilkunst zwingend geboten. So unterließ es der Angeklagte, die Ausgangswerte der Vitalparameter zu messen und zu dokumentieren, nahm keine Risikoanalyse des Patienten vor, verfügte über keine sog. Larynxmaske zur alternativen Beatmung neben einem Tubus, konnte bei Notfällen keinen zweiten Arzt ohne Gefährdung anderer Patienten hinzuziehen und hatte nicht die räumlichen Voraussetzungen für die unverzügliche Verbringung von Notfallpatienten in eine intensivmedizinische Einrichtung.“

Kommentar Verurteilung in Strafverfahren wegen fahrlässiger Tötung.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Endoskopie

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	KG Berlin	02.12.2013	20 U 124/11	BeckRS 2014, 0931

Med. Sachverhalt Varizenoperation mit Blutungskomplikationen

Urteil LS: „Das ambulante Operieren mit einem Gefäßchirurgen, einem Anästhesisten und einer Hilfskraft unterschreitet den medizinischen (personellen Ausstattung-) Standard nicht.“

Stichwort Personaleinsatzplanung, OP

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	LG Mainz	09.04.2014	2 O 266/11	BeckRS 2014, 08090

Med. Sachverhalt Bei einer Patientin wird eine kosmetische Korrekturoperation durchgeführt. Für die erste postoperative Nacht ist eine Medizinstudentin (10. Semester) als alleinige Nachtwache eingeteilt. Nachdem die Patientin mehrfach erbrochen hat, holt die Studentin aus dem OP eine angebrochene und nicht verbrauchte Infusionslösung (milchigweiß) mit der Beschriftung „NaCl“ und hängt sie der Patientin an. Es kommt zum Atem- und Kreislaufstillstand. Reanimation und apallisches Syndrom.

Urteil „Die Beklagte zu 1 hat ihre vertraglichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag verletzt, indem sie mit der Beklagten zu 4 völlig ungeeignetes Personal als alleinige postoperative Nachtwache für die Klägerin beschäftigt hat. Sie hat damit gegen ihre Verpflichtung verstoßen, wonach die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat.
Soweit der Beklagte zu 2 vortragen lässt, es könne an eine Klinik der „Minimalversorgung“, wie es die Fontana-Klinik sei, nicht die gleichen Anforderungen gestellt werden wie an eine Klinik der Maximalversorgung oder Universitätsklinik, so ist dies im Grundsatz richtig. Allerdings bedeutet dies nicht, dass sich die Klinik ihren eigenen Standard setzen kann. Eine Klinik, die nicht Klinik der Maximalversorgung ist, kann nicht alle medizinischen Leistungen anbieten und wird dies im Zweifel auch nicht tun. Wenn sie es tut, obwohl sie nicht das geeignete Personal hat, um die entsprechende medizinische Leistung zu erbringen, wird sie das Risiko eingehen, sich gegenüber dem Patienten schadensersatzpflichtig zu machen. Die Leistungen, die von der Klinik, die nicht Klinik der Maximalversorgung ist, angeboten werden, müssen aber lege artis und durch qualifiziertes Personal erfolgen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass in einer Klinik, die nicht Klinik der Maximalversorgung ist, möglicherweise ärztliches oder pflegerisches Personal tätig ist, das von seinen Fähigkeiten und Kenntnissen her nicht das Niveau einer Klinik der Maximalversorgung oder gar einer Universitätsklinik erreicht. Das bedeutet aber nicht, dass in einer kleinen Klinik für die dort anfallenden Tätigkeiten nicht ausreichend qualifiziertes Personal eingesetzt werden darf, sich die Klinik ihren Standard also letztlich selbst definiert. Vielmehr ist der allgemein anerkannte fachliche Standard einzuhalten.“

Kommentar Verurteilt werden der Klinikträger, der Operateur (gleichzeitig Geschäftsführer der Klinik) und die Studentin. Letztere, weil sie auch bei nur geringer praktischer Erfahrung keinesfalls hätte so verfahren dürfen wie getan. Im übrigen werden der Klinik und ihrem GF die Auswahl ungeeigneten Personals und deren unzureichende Anleitung zur Last gelegt.

Stichwort Personaleinsatzplanung, Nachtdienst

Quelle	Gericht	Urteil vom	AZ	Fundst.
	BGH	15.04.2014	VI ZR 382/12	VersR 2014, 879

Med. Sachverhalt Im Rahmen einer Zwillingsgeburt (Juni 1995) kommt eines der Kinder zu Schaden. Die Behandlung wurde in einem Krankenhaus der Grundversorgung durchgeführt. Es geht zuletzt um die Frage, ob man darin ein Übernahmeverschulden sehen solle, dass die werdende Mutter nicht einem Perinatalzentrum zugewiesen wurde.

Urteil **LS:** „Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maß für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.“

„Es sei nicht festzustellen, dass es im Behandlungszeitpunkt bereits einen medizinischen Standard gegeben habe, der die Verlegung von Risikoschwangeren in ein Perinatalzentrum gefordert habe.... sei es im Juni 1995 noch nicht medizinischer Konsens gewesen, dass eine Frau, bei der eine Hochrisikoschwangerschaft festgestellt worden sei, vor der Geburt möglichst in ein Perinatalzentrum verlegt werden müsse. Es habe seinerzeit noch keine widerspruchsfreien Aussagen und Empfehlungen gegeben. Aus der Präambel der kurz nach der Behandlung der Mutter der Kl. im November 1995 veröffentlichten Leitlinien der einschlägigen geburtsmedizinischen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (nachfolgend: DGGG), gehe klar hervor, dass die Konsensbildung noch nicht abgeschlossen gewesen sei.“

Kommentar Das Urteil setzt sich mit der immer wieder entscheidenden Frage auseinander, wann sich eine inzipient neue Lehrmeinung zum „Standard“ entwickelt habe. – Das Urteil mag für die konkrete Situation auch medizinisch-fachlich angemessen sein. Nach hiesiger Einschätzung wär es jedoch fahrlässig, sich bei der Bewertung neuer medizinischer Vorstellungen darauf zu verlassen, dass die Grenze „wann ist eine Innovation ein Standard“ eine feste und verlässliche sei. In Grenzfällen wird auch hier das persönliche und letztlich nicht überprüfbare Votum des Sachverständigen den wesentlichen Ausschlag geben.

Stichwort Standard, Übernahmeverschulden

