

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGB §§ 276 Ca, 823 Aa

Zur Abgrenzung der Verantwortung von Operateur und
Anästhesist in der prä-, intra- und postoperativen Phase
(hier: HNO-Operation).

BGH, Urteil vom 26. Februar 1991 - VI ZR 344/89 - OLG Köln
LG Köln

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 344/89

URTEIL

Verkündet am:
26. Februar 1991
Ryseck
Justizobersekretärin
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 26. Februar 1991 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Steffen und die Richter Dr. Kullmann, Dr. Macke, Dr. Lepa und Bischoff

für Recht erkannt:

Auf die Revisionen der Beklagten zu 3) und 4) wird das Urteil des 27. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Köln vom 8. November 1989 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als zu ihrem Nachteil erkannt worden ist.

Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand:

Die Klägerin ist die Witwe des Chemiefacharbeiters Wolfgang G.. Dieser ist am 25. August 1983 im Alter von 53 Jahren im HNO-Klinikum der Beklagten zu 1) verstorben. Die Klägerin verlangt von den Beklagten die Zahlung einer Schadensrente mit der Behauptung, der Tod ihres Ehemannes sei auf ärztliche Behandlungsfehler zurückzuführen.

Wolfgang G. litt an einer Insuffizienz der Nebennierenrinde (Morbus Addison). Er nahm auf ärztliche Verordnung seit 1982 zur Substituierung der fehlenden NNR-Hormone u.a. morgens und abends das Cortisol-Präparat Ultracorten ein. Am 22. August 1983 wurde G. wegen wiederholten Nasenblutens als Kassenpatient in der HNO-Klinik der Beklagten zu 1) stationär aufgenommen. Er legte dort seinen Notfallausweis vor, in dem sein Leiden bezeichnet und vermerkt war, daß im Falle einer Erkrankung oder bei einem Unfall der Corticoidmangel auszugleichen sei. Als nach vorübergehender Besserung am 24. August 1983 erneut stärkeres Nasenbluten auftrat, legte der Beklagte zu 4) am Abend eine sog. Bellocq-Tamponade. Bei diesem Eingriff wird unter Vollnarkose der Durchgang zwischen Nasen- und Rachenraum verschlossen. Der Beklagte zu 4) befand sich in der Facharztausbildung und hatte bis dahin noch keine derartige Operation vorgenommen. Beim Legen der Tamponade war auch der Beklagte zu 3) zugegen, der sich ebenfalls noch in der HNO-Facharztausbildung befand; als Anästhesistin wurde die Beklagte zu 5) hinzugezogen, die im zweiten Jahr ihrer Facharztausbildung stand. Die Narkose dauerte 75 Minuten; der Eingriff selbst, bei dem ein größerer Blutverlust (etwa 800 ml) auftrat, war nach 35 Minuten beendet. Nach der

Operation wurde G. auf die normale Krankenstation zurückgebracht und dort mit einem anderen Patienten zusammengelegt, der ständiger Überwachung bedurfte. Zum Ausgleich des eingetretenen Blutverlustes erhielt er Infusionen von insgesamt 1000 ml. Cortisol-Präparate wurden ihm weder während noch nach der Operation verabreicht. In der Zeit von 22.30 Uhr bis 2.00 Uhr mehrmals gemessene Blutdruck- und Pulswerte ergaben stabile Kreislaufverhältnisse. Gegen 2.50 Uhr wurde G. vom Pfleger ohne Atmung und Pulsschlag aufgefunden; Reanimationsversuche blieben erfolglos.

Die Klägerin behauptet, ihr Ehemann sei an einem Herz-Kreislauf-Versagen gestorben; dieses sei durch einen Mangel an Cortisol verursacht worden. Für das Unterlassen der erforderlichen Cortisolgaben seien die Beklagten zu 3) und 4) als Operateure, der frühere Beklagte zu 2) als dienstältester Stationsarzt der HNO-Klinik, die Beklagte zu 5) als Anästhesistin und die frühere Beklagte zu 6) als diejenige Narkoseärztin verantwortlich, die G. am Nachmittag des 24. August 1983 auf die Operation vorbereitet habe; ferner hafte auch die Beklagte zu 1) als Krankenhausträger.

Die Klägerin hat wegen ihres Unterhaltsschadens sämtliche Beklagten auf Zahlung einer monatlichen Schadensrente von 940,25 DM für die Zeit vom 1. September 1983 bis zum 30. Juni 1995 in Anspruch genommen. Für die Zeit danach bis an ihr Lebensende hat sie die Festsetzung der Schadensrente in das Ermessen des Gerichts gestellt, hilfsweise die Feststellung begehrt, daß die Beklagten verpflichtet seien, ihr auch für diese Zeit eine solche Rente zu zahlen. Das Landgericht hat die Klage gegen die Beklagten zu 2) und 6) abgewiesen und die Beklagten zu 1), 3), 4) und 5) verurteilt, als Gesamtschuldner

der Klägerin einen Rentenrückstand von 28.200,24 DM sowie vom 1. September 1986 bis zum 30. Juni 1995 eine monatliche Rente von 783,34 DM zu zahlen; es hat gegenüber diesen Beklagten auch die begehrte Feststellung ausgesprochen. Das Oberlandesgericht hat die Berufungen der verurteilten Beklagten zurückgewiesen.

Gegen dieses Urteil haben die Beklagten zu 1) und zu 3) - 5) Revision eingelegt. Der Bundesgerichtshof hat die Rechtsmittel der Beklagten zu 1) und 5) nicht angenommen. Die Beklagten zu 3) und 4) erstreben mit ihren Revisionen weiterhin die Abweisung der gegen sie gerichteten Klage.

Entscheidungsgründe:

I.

Das Berufungsgericht hält neben den Beklagten zu 1) und 5) auch die Beklagten zu 3) und 4) für schadensersatzpflichtig. Es meint, gestützt auf Sachverständigengutachten, G. habe in Anbetracht der Insuffizienz der Nebennierenrinde bei der Operation und auch am Tage danach Cortisol, und zwar in erhöhter Menge, zugeführt werden müssen. Daß dies unterlassen worden sei, sei auch von den Beklagten zu 3) und 4) zu verantworten, denn auch sie seien als Operateure für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des G. zuständig gewesen, soweit es sich um Gefahren speziell aus dem operativen Vorgehen gehandelt habe. Solche Gefahren hätten hier wegen des relativ hohen Blutverlustes und wegen der erhöhten Risiken bestanden, die sich für G. als Morbus-Addison-Patienten aus

dem Eingriff ergeben hätten. Die Beklagten zu 3) und 4) hätten sich deshalb nicht darauf verlassen dürfen, daß die Anästhesisten für die gebotene Zuführung von Cortisol sorgen würden. Vielmehr stelle sich das Unterlassen erhöhter Cortisolgaben auch für sie als grober Behandlungsfehler dar. Da ihr Fehlverhalten generell geeignet gewesen sei, den Tod des G. herbeizuführen, gingen etwaige Zweifel, ob die Todesursache tatsächlich in einem Cortisolmangel gelegen habe, zu ihren Lasten.

II.

Das Berufungsurteil hält den Revisionsangriffen der Beklagten zu 3) und 4) nicht stand. Diese Ärzte (künftig: die Beklagten) können, wie das Berufungsgericht zutreffend ausführt, angesichts der ungeklärten Ursache für den Tod des G. von der Klägerin nur dann auf Schadensersatz in Anspruch genommen werden, wenn das Unterlassen der Cortisolgabe in ihre Mitverantwortung fällt. Davon kann aber auf der Grundlage der bisherigen Feststellungen nicht ausgegangen werden.

1. Aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden ist allerdings die Ansicht des Berufungsgerichts, es sei bei der ärztlichen Versorgung des G. grob fehlerhaft gewesen, daß dem an Morbus Addison leidenden Patienten weder vor noch während der Operation Cortisol verabreicht worden sei.

Für diese auf den Äußerungen der Sachverständigen im Ermittlungsverfahren beruhende Bewertung des ärztlichen Verhaltens ist es letztlich ohne Belang, ob die von den Gutachtern als Standardmethode bezeichnete Medikation erhöhter Cortisolgaben vor Operationen von Morbus-Addison-Patienten aufgrund

neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse bei Bagatelleingriffen entbehrlich ist, wie dies die Beklagten geltend gemacht haben. Denn das Berufungsgericht führt zutreffend aus, daß es sich selbst dann, wenn eine Bellocq-Tamponade regelmäßig nur als kleiner Eingriff zu werten sei, im Streitfall schon wegen der langen Dauer der Operation und des damit verbundenen erheblichen Blutverlustes nicht mehr um eine Bagatelle gehandelt habe. Diese Qualifizierung des Eingriffs wird auch von den Revisionen nicht beanstandet. Für die Gewichtung der unterlassenen Medikation als grober Fehler kommt noch hinzu, daß G. nach dem unstreitigen Vorbringen der Klägerin letztmals am Morgen des Operationstages überhaupt Cortisol zu sich genommen, vor dem Eingriff selbst also nicht einmal seine normale Abend-Dosis erhalten hatte.

2. Die bisherigen Feststellungen des Berufungsgerichts tragen jedoch nicht die Auffassung, das Unterlassen der Cortisol-Medikation stelle auch ein Versäumnis der Beklagten dar.

a) Wie das Berufungsgericht zutreffend ausführt, ist in der präoperativen Phase der Anästhesist für die Vorbereitung der Narkose zuständig. Seine Sache ist es, das geeignete Betäubungsverfahren auszuwählen und den Patienten durch sorgfältige Prämedikation hierauf einzustellen. Dazu gehört auch, dem Patienten diejenigen Medikamente zu verabreichen, die ihm aufgrund seines Gesundheitszustandes schon zu diesem Zeitpunkt zur Aufrechterhaltung seiner vitalen Funktionen in der Narkose gegeben werden müssen. Präoperativ waren deshalb - neben etwaigen im Streitfall nicht hinzugezogenen Internisten - allein die Anästhesisten und nicht die Beklagten

für die Substituierung der fehlenden NNR-Hormone bei G. verantwortlich.

b) In der intraoperativen Phase, also während der Dauer des chirurgischen Eingriffs selbst, waren sowohl die Operateure als auch die Beklagte zu 5) als Anästhesistin mit der Behandlung des G. befaßt.

aa) Auch für diesen Zeitraum gilt der vom Berufungsgericht angesprochene Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung, und zwar dahin, daß der Chirurg für den operativen Eingriff mit den sich daraus ergebenden Risiken, der Anästhesist für die Narkose einschließlich der Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen des Patienten zuständig ist (vgl. Opderbecke, Anästhesie und ärztliche Sorgfaltspflicht, 1978, S. 13 f; ders. in: Opderbecke/Weißbauer, Forensische Probleme in der Anästhesiologie, 1981, S. 13, 15; s. auch Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung vom 28. August 1982, MedR 1983, 21 f). Hiernach hat jeder Arzt denjenigen Gefahren zu begegnen, die in seinem Aufgabenbereich entstehen; er muß sich aber, jedenfalls solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, darauf verlassen dürfen, daß auch der Kollege des anderen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht insoweit nicht (vgl. BGH, Urteil vom 2. Oktober 1979 - 1 StR 440/79 - NJW 1980, 649, 650 = MDR 1980, 155, 156; s. auch Weißbauer, MedR 1983, 92 ff zur oben genannten interdisziplinären Vereinbarung vom

28. August 1982 sowie Opderbecke = aaO, 1978 S. 19 f und 1981 S. 15; Carstensen/Schreiber in: Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht, 1981, S. 167, 169 ff; Narr, Ärztliches Berufsrecht, 2. Aufl. Bd. 2 Rdn. 891). Bei anderer Ansicht wäre im Operationssaal die gerade dort besonders wichtige ärztliche Zusammenarbeit empfindlich gestört; auch würden zusätzliche Risiken für den Patienten entstehen, wenn Operateur und Anästhesist ihre Kräfte, anstatt sie voll der Erledigung ihrer eigentlichen Aufgabe zu widmen, zu Gunsten einer wechselseitigen Überwachung zersplitterten (vgl. auch BGH, Urteil vom 2. Oktober 1979 = aaO).

bb) Ob das Berufungsgericht das Unterlassen der Cortisolgabe schon für diese intraoperative oder erst für die postoperative Phase dem Verantwortungsbereich (auch) der Beklagten zuweisen will, wird aus dem Berufungsurteil nicht ganz deutlich. Denn das Gericht spricht zum einen von der Zuständigkeit auch des Operateurs für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen sowie von den besonderen Umständen und Risiken der Operation des G., denen vom Operateur durch Zuführung von Cortisol-Äquivalenten hätte begegnet werden können; es verweist zum anderen jedoch auf die Ziffer V 1 der interdisziplinären Vereinbarung vom 28. August 1982, die sich mit der Aufgabenverteilung in der postoperativen Phase befaßt. Falls das Berufungsgericht einen Behandlungsfehler der Beklagten während der Operation annehmen sollte, vermöchte der Senat dem nicht zu folgen. Die Beklagten durften mangels gegenteiliger konkreter Umstände vor Beginn des operativen Eingriffs von einer sorgfältigen Prämedikation des G. einschließlich der erforderlichen Substituierung der fehlenden NNR-Hormone durch ausreichend dosierte Cortisolgaben

seitens der Anästhesisten ausgehen. Das entspricht dem dargelegten Grundsatz der Arbeitsteilung und wird auch vom Berufungsgericht nicht in Frage gestellt. Entgegen dessen Ansicht führen hier aber auch die längere Dauer des Eingriffs und der relativ hohe Blutverlust des G. zu keiner anderen Betrachtung. Sie waren als der Operation anhaftende Umstände von der als Anästhesistin tätigen Beklagten zu 5) wahrzunehmen und von dieser im Rahmen ihrer Aufgaben zu berücksichtigen. Durch sie wurde das Operationsgeschehen nicht derart verändert, daß die Grundsätze der horizontalen Arbeitsteilung unanwendbar geworden und die Operateure an der der Anästhesistin obliegenden Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen des G. mitbeteiligt worden wären.

c) Bei der postoperativen Behandlung des G. kann den Beklagten aufgrund der bisherigen Feststellungen des Berufungsgerichts ebenfalls kein das Berufungsurteil tragendes Fehlverhalten zur Last gelegt werden. Wenn sich die Erwägungen des Berufungsgerichts über die Pflicht der Beklagten zur Steuerung der für G. bestehenden Risiken durch Zuführung von Cortisol-Äquivalenten überhaupt auf diese postoperative Phase beziehen, was - wie gesagt - nicht ganz klar ist, dann vermögen sie auch für diese Zeit eine Schadensersatzpflicht der Beklagten nicht zu begründen. Für die Weiterbehandlung eines Patienten nach Beendigung der Operation gelten zwischen Anästhesisten und Chirurgen ebenfalls die bereits angesprochenen Grundsätze der Arbeitsteilung. Zwar wird die Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Narkoseärzten und Operateuren regelmäßig so geregelt sein, daß der Patient dann, wenn er nach der Operation auf die normale Krankenstation

zurückgelangt, von dem Anästhesisten wieder in die Obhut der jeweiligen Stationsärzte entlassen wird (vgl. die interdisziplinäre Vereinbarung vom 28. August 1982 Ziff. V 3; Weißbauer = aaO S. 95; Opderbecke = aaO 1978 S. 21 und 1981 S. 16). Im Streitfall ist aber bislang nicht festgestellt, daß gerade die Beklagten diejenigen Ärzte waren, denen auf der Station die weitere Betreuung des G. oblag. Zudem bedeutet die Rücknahme des Patienten auf die Krankenstation nicht ohne weiteres, daß nunmehr stets der dortige Stationsarzt sofort wieder für die Medikation zuständig wird. Vielmehr wird in der Regel vom Anästhesisten angeordnet, welche Medikamente der Patient im Anschluß an die Operation erhalten soll. Wie diese Aufgabenverteilung im Klinikum der Beklagten zu 1) geregelt war sowie ob und ab welcher Zeit auch bei etwa fortdauernder Zuständigkeit der Anästhesistin die Beklagten, denen ja die Addison-Krankheit des G. ebenfalls bekannt war, verpflichtet waren, das Krankenblatt auf eine Medikation von Cortisol zu überprüfen, stellt das Berufungsgericht nicht fest. Nur auf dem Boden solcher Feststellungen könnte aber eine Mitverantwortung auch der Beklagten für den schweren Fehler der unterlassenen Cortisolgabe bejaht werden (zur Abgrenzung der Zuständigkeiten in der postoperativen Phase siehe auch BGH, Urt. vom 16. Oktober 1979 - 1 StR 360/79 - NJW 1980, 650, 651 = MDR 1980, 156, 157 sowie BGHZ 89, 263, 267 f und Senatsurteil vom 3. Oktober 1989 - VI ZR 319/88 - VersR 1989, 1296, 1297).

III.

Das Berufungsurteil ist deshalb aufzuheben und der Rechtsstreit gemäß § 565 Abs. 1 ZPO zur weiteren Sachaufklärung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen. In der neuen Verhandlung wird der Beklagte zu 4) dann auch Gelegenheit haben, seine Einwendungen gegen die Höhe der Klageforderung vorzutragen.

Dr. Steffen

Dr. Kullmann

Dr. Macke

Dr. Lepa

Bischoff