



- a) Der Chefarzt der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses ist verpflichtet, entweder selbst oder durch einen damit beauftragten ausgebildeten Facharzt alsbald Diagnose und eingeleitete Therapie des in der Facharzt-ausbildung stehenden Arztes, der den Patienten bei der Aufnahme ärztlich versorgt hat, zu überprüfen (hier: Tibialis-anterior-Syndrom).
- b) Verfügt der Arzt über den zu fordernden Standard hinaus über medizinische Spezialkenntnisse, dann hat er sie auch zugunsten seines Patienten einzusetzen.

BGH, Urt. v. 10. Februar 1987 - VI ZR 68/86 - OLG Oldenburg
LG Oldenburg

16

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 68/86

in dem Rechtsstreit

Verkündet am:
10. Februar 1987
Recknagel
Justizobersekretärin
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

des Angestellten Johannes L [REDACTED], S [REDACTED] str. [REDACTED],
B [REDACTED] - E [REDACTED]

Klägers und
Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

g e g e n

1. den Leitenden Arzt Professor Dr. med. Günter F [REDACTED],
 Kreiskrankenhaus A [REDACTED], Westerstede,
2. den Landkreis A [REDACTED], vertreten durch
 den Oberkreisdirektor, Kreishaus, W [REDACTED],

Beklagten und
Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

WII

16

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hat auf die mündliche Verhandlung vom 10. Februar 1987 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Steffen und die Richter Scheffen, Dr. Ankermann, Dr. Lepa und Bischoff

für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des 6. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Oldenburg vom 7. März 1986 aufgehoben.

Die Sache wird zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, 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

Der Kläger verletzte sich am Nachmittag des 18. Dezember 1977, einem Sonntag, als Torwart bei einem Fußballspiel am rechten Schienbein. Gegen 17.00 Uhr traf er im Kreiskrankenhaus A. in W. ein. Die Aufnahmeuntersuchung führte der im ersten Jahr seiner chirurgischen Fachausbildung stehende Arzt Dr. N. durch. Er diagnostizierte eine geschlossene Unterschenkelfraktur mit beginnendem Tibialis-anterior-Syndrom (akute Durchblutungsstörung der arteria tibialis-anterior mit der Gefahr einer ischämischen Nekrose der prätibialen Muskulatur). Dr. N. ordnete das Anlegen einer Fersenbeinextension und Hochlegen des Beines auf einer Braun'schen Schiene an, ferner Salbenverbände und Injektionen.

Am 20. Dezember 1977 morgens operierte Dr. N. unter Assistenz eines Facharztes den Unterschenkelbruch. Dieser wurde gerichtet und mit einer sogenannten "10-Loch-LD-Platte" stabilisiert. An der Unterschenkelfraktur fielen Durchblutungsstörungen auf. Die Untersuchung von Gewebeproben ergab, daß Muskelgewebe abgestorben war. Aufgrund der starken Schwellung im Wundbereich konnte die Wunde nicht geschlossen werden. Weitere Operationen, bei denen u.a. nekrotisch gewordene Muskulatur abgetragen wurde, und eine anschließende ambulante Behandlung blieben letztlich erfolglos. Wegen einer ausgedehnten sequestrierenden Knochenentzündung und fehlender Durchblutung des Schienbeinbruches mußte schließlich am 1. November 1978 der rechte Unterschenkel des Klägers amputiert werden.

Dieser nimmt den Erstbeklagten, damals Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses A., und den Landkreis A. als Träger des Krankenhauses auf Ersatz seiner materiellen und immateriellen Schäden und auf Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für Zukunftsschäden in Anspruch. Er behauptet im wesentlichen, sein Schienbeinbruch sei fehlerhaft behandelt worden. Vor allem hätten die behandelnden Ärzte wegen des Tibialis-anterior-Syndromes so schnell wie möglich eine Fascienspaltung vornehmen müssen, um so die Gefahr einer Nekrosenbildung an der Tibialis-Muskulatur zu verhindern. Die verspätete Operation am Morgen des 20. Dezember 1977 habe schließlich zu der Amputation des rechten Unterschenkels geführt.

Die Beklagten meinen, weder dem Erstbeklagten noch Dr. N. seien Behandlungsfehler unterlaufen. Sie bestreiten ferner die Ursächlichkeit einer nach heutigen Erkenntnissen möglicherweise verspätet durchgeführten Operation für die weitere Krankheitsentwicklung beim Kläger mit der Folge der Amputation. Dr. N., so tragen sie weiter vor, habe aus der seinerzeit ihm zugänglichen Literatur nicht entnehmen können und müssen, daß eine sofortige Fascien-Spaltung erforderlich gewesen sei. Der Erstbeklagte schließlich behauptet, er habe den Kläger frühestens am 19. Dezember 1977 gesehen und ihn erst ab 20. Dezember 1977 behandelt.

Die Klage ist in beiden Vorinstanzen erfolglos geblieben. Mit seiner Revision verfolgt der Kläger seine Klageansprüche weiter.

Entscheidungsgründe

I.

Das Berufungsgericht hält eine Haftung des Erstbeklagten schon deshalb nicht für gegeben, weil der Kläger nicht unter Beweisantritt dargetan habe, daß dieser bis zur Operation am 20. Dezember 1977 einschließlich mit seiner Behandlung befaßt gewesen sei.

Einen schuldhaften Behandlungsfehler des Dr. N. verneint das Berufungsgericht ebenfalls. Sachverständig beraten nimmt es an, im Dezember 1977 habe Dr. N. als um seine Fortbildung bemühter, sorgfältig arbeitender Chirurg nicht wissen müssen, daß als therapeutische Konsequenz aus einem Tibialis-anterior-Syndrom die Fascien-Spaltung innerhalb weniger Stunden vorgenommen werden müsse. Darüberhinaus entnimmt das Berufungsgericht den Ausführungen der im Prozeß gehörten Sachverständigen, daß die Infektion, die schließlich zur Amputation des Unterschenkels geführt hat, erst nach Eröffnung der Fraktur bei der Operation vom 20. Dezember 1977 erfolgt sein könne. Ob dabei eingedrungene Bakterien wegen des nekrotischen Gewebes einen Nährboden vorgefunden hätten, der eine Infektion begünstigt habe, sei rechtlich nicht entscheidend. Nach den Ausführungen der Gutachter könne es auch ohne die Ausbildung eines Tibialis-anterior-Syndroms zu einer Infektion kommen. Zu berücksichtigen sei dabei auch, daß die nach heutiger Erkenntnis erforderliche alsbaldige Fascien-Spaltung ebenfalls ein Infektionsrisiko beinhalte. Das Berufungsgericht vermag danach einen Ursachenzusammenhang zwischen der objektiv ver-

späteten operativen Behandlung des Bruches und der späteren Amputation nicht festzustellen. Beweisbelastet dafür hält es den Kläger.

II.

Die dagegen gerichteten Revisionsangriffe sind begründet. Das Berufungsgericht verneint nach seinen bisherigen Feststellungen rechtsirrtümlich die Verantwortlichkeit des Erstbeklagten für die Behandlung des Klägers schon vor der Operation vom 20. Dezember 1977. Es kommt nämlich entgegen seiner Ansicht auch für diese Phase eine Haftung des Erstbeklagten wegen eines Behandlungsfehlers nach §§ 823 Abs. 1, 847 BGB in Betracht. Deshalb bedarf der Sachverhalt weiterer Aufklärung, bevor eine Entscheidung über die Klage getroffen werden kann. Das gilt auch, soweit der Zweitbeklagte als Krankenhausträger in Anspruch genommen wird.

1. Das Berufungsgericht stellt zunächst in tatsächlicher Hinsicht fest, der Kläger habe nicht unter Beweisantritt dargetan, daß der Erstbeklagte bis zur Operation am 20. Dezember 1977 einschließlich mit seiner Behandlung "befaßt gewesen" sei. Dazu weist die Revision mit Recht darauf hin, daß der Kläger ausdrücklich behauptet hat, der Erstbeklagte habe sich am Morgen nach seiner Einlieferung im Krankenhaus, einem Montag, persönlich um seine Behandlung gekümmert. Da andererseits der Erstbeklagte selbst hat vortragen lassen, er pflege die am Sonntag neu aufgenommenen Patienten in der Regel am nächsten Tage gemeinsam mit seinem Oberarzt zu visitieren, freilich unter Hinweis darauf, daß er insoweit die Krankenunterlagen nicht einge-

sehen habe, dann bestritten hat, den Kläger tatsächlich gesehen zu haben, ist jedenfalls davon auszugehen, daß der Kläger eine solche Chefvisite am Montag, vorgenommen auch vom Erstbeklagten, behauptet hat. Demgegenüber genügte der Erstbeklagte nicht seiner Erklärungspflicht nach § 138 Abs. 2 ZPO, wenn er zwar die Möglichkeit einräumte, eine Chefvisite am fraglichen Montag wie üblich durchgeführt zu haben, aber ohne nähere Angaben bestritt, daß dies auch tatsächlich so gewesen sei. Ein solches einfaches Bestreiten reicht nämlich nur dann aus, wenn der Partei keine näheren Angaben zuzumuten sind. Ob der Erstbeklagte aber - nach seiner eigenen Darstellung ganz ausnahmsweise - am Montag, dem 19. Dezember 1977, keine Visite bei den Neuzugängen gemacht hat, gehörte, da es sich um eigene Wahrnehmungen handelte, die unter Umständen durch einen Blick in die Krankenunterlagen zu verifizieren waren, zu seinem substantiierten Bestreiten. Ohne eine hier zumutbare und erforderliche nähere Substantiierung war dieses Bestreiten insoweit mithin nicht wirksam, und es griff die Geständnisfiktion des § 138 Abs. 3 ZPO ein (vergleiche dazu u.a. Stein/Jonas/Leipold, ZPO, 20. Auflage, § 138 RN. 27 ff. m.w.N.). Daraus folgt, daß das Berufungsgericht von dem Sachverhalt auszugehen hatte, der vom Kläger vorgetragen war, ohne daß dieser für die tatsächliche Durchführung einer Chefvisite Beweis anzubieten hatte.

Sollte indessen, was nicht ausgeschlossen erscheint, das Berufungsgericht gemeint haben, der Kläger habe ungeachtet dessen, daß der Erstbeklagte ihn als Neuzugang am Montagmorgen visitiert habe, nicht ausreichend dargelegt, daß der Erstbeklagte mit seiner Behandlung "befaßt", d.h. wenigstens

mitverantwortlich für die weiteren therapeutischen Entscheidungen gewesen ist, könnte dem aus Rechtsgründen nicht gefolgt werden, wie sogleich darzulegen sein wird.

2. Hat, wie danach für die Revisionsinstanz zu unterstellen ist, der Erstbeklagte am Morgen des 19. Dezember 1977 zusammen mit seinem Oberarzt und Dr. N. den Kläger als am Vortag neu aufgenommenen und zunächst nur vom diensthabenden, noch am Beginn seiner Fachausbildung stehenden Dr. N. untersuchten und versorgten Kläger "visitiert", dann hat er von diesem Zeitpunkt an mindestens auch die Verantwortung für die weitere Behandlung des Klägers übernommen. Der Revision ist darin zuzustimmen, daß der Erstbeklagte zu einer eigenverantwortlichen Überprüfung der Diagnose und der Therapie bei dem Kläger, selbst wenn er bis dahin nicht damit befaßt gewesen war, ohnehin verpflichtet war. Er hatte als der für die Ausbildung, Anleitung und Überwachung des Dr. N. als Berufsanfänger verantwortliche Arzt sich darum zu kümmern, ob dessen Maßnahmen den medizinischen Erfahrungen und Kenntnissen eines Facharztes entsprachen. Der Patient hat nämlich, wie der Senat in anderem Zusammenhang schon ausgesprochen hat, aus der Übernahme seiner Behandlung durch das Krankenhaus einen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht (BGHZ 88, 248, 254). Die Gewährleistung dieses Standards oblag hier dem Erstbeklagten als Chefarzts der chirurgischen Abteilung. Er konnte die Sicherung dieses Standards im übrigen entweder selbst übernehmen oder sie auf seinen als Facharzt ausgebildeten Oberarzt delegieren. Verfügte der Erstbeklagte darüberhinaus über ärztliche, für die Therapie bedeutsame Spezialkenntnisse, dann hatte er

sie auch zugunsten des Klägers einzusetzen (vgl. RGRK-BGB, 12. Auflage, § 823 RN. 411 m.w.N.). Wenn der Erstbeklagte danach am Montag beim Kläger Visite gemacht hat, dann war es seine selbstverständliche ärztliche Pflicht, sich über die vorgenommenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informieren zu lassen und nunmehr zu prüfen und unter Umständen zu entscheiden, ob die vorgesehene Therapie fortzusetzen sei oder ob sie, gegebenenfalls nach weiterer diagnostischer Abklärung, nach seiner besseren medizinischen Kenntnis und Erfahrung geändert werden mußte. Es ist schwerlich anzunehmen, daß der Erstbeklagte sich dessen nicht bewußt gewesen ist und nicht so zu verfahren pflegte. Andernfalls wäre ihm schon deswegen ein ärztliches Versagen anzulasten.

3. Lag spätestens seit der Visite am Morgen des 19. Dezember 1977 die Verantwortung für die weitere Therapie mindestens auch beim Erstbeklagten, der als Chefarzt die letzte Entscheidung über die einzuschlagende Therapie hatte, dann kommt es für die Frage, ob nach dem damaligen medizinischen Wissens- und Erkenntnisstand bei Vorliegen eines Tibialis-anterior-Syndroms umgehend eine Spaltung der Fascies vorzunehmen war, um die Bildung von Nekrosen zu vermeiden, nicht auf die Kenntnisse an, die bei Dr. N. als am Beginn seiner Fachausbildung stehendem Chirurg vorauszusetzen waren, sondern auf diejenigen, die seinerzeit von einem Facharzt in der Stellung des Erstbeklagten zu erwarten waren. Maßgebend ist mithin, ob der Chefarzt der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses wissen mußte, daß so bald als möglich eine Fascien-Spaltung vorzunehmen war. Waren von ihm auf Grund wissenschaftlicher Tätigkeit

Spezialkenntnisse zu erwarten und durfte der Patient mit solchen rechnen, ist darauf abzustellen. Mangels Feststellungen des Berufungsgerichtes dazu ist für die Revisionsinstanz davon auszugehen, daß der Erstbeklagte zu damaliger Zeit schon wußte oder hätte wissen müssen, daß die alsbaldige Fascien-Spaltung dringend indiziert war und daß mit der Operation der Fraktur nicht bis zum folgenden Morgen zugewartet werden durfte. Schon aus der vom Berufungsgericht angeführten, seiner Ansicht nach auch Dr. N. zugänglichen und bei ihm als bekannt vorauszusetzenden medizinischen Literatur ergeben sich deutliche Hinweise darauf, daß das Problem in Fachkreisen bekannt war und die Fascien-Spaltung empfohlen wurde, wenn auch vielleicht nicht erkennbar war, daß diese erfolgsversprechend nur sein konnte, wenn das möglichst bald nach Auftreten des Tibialis-anterior-Syndroms geschah. Möglicherweise war aber von dem Erstbeklagten die Kenntnis weiterer, insbesondere ausländischer Veröffentlichungen zu erwarten, die in dieser Beziehung jedenfalls nach der Behauptung des Klägers keinen Zweifel über die nach Ansicht der jeweiligen Verfasser vorzunehmende Therapie ließen, wie auch den Ausführungen des Sachverständigen Dr. L. zu entnehmen ist.

4. Kommt mithin ein Behandlungsfehler des Erstbeklagten wegen der unterlassenen Anordnung einer sofortigen Fascien-Spaltung in Betracht, dann ist es jedenfalls derzeit nicht auszuschließen, daß zugunsten des Klägers auch von einem Ursachenzusammenhang zwischen einem solchen Behandlungsfehler und dem Eintritt des Schadens, der Amputation seines rechten Unterschenkels, auszugehen ist.

a) Schon nach den bisherigen Feststellungen des Berufungsgerichtes ist nicht auszuschließen, daß es die Anforderungen an den grundsätzlich vom Kläger zu führenden Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und eingetretenem Körperschaden überspannt hat, weil es übersehen hat, daß es im Streitfall nach § 287 ZPO freier gestellt war. Der Kläger hat nämlich, wovon jedenfalls für die Revisionsinstanz auszugehen ist, den Nachweis dafür erbracht, daß ein etwaiger schuldhafter Behandlungsfehler, der in der verspäteten Fascien-Spaltung liegen könnte, zu einem Körperschaden bei ihm geführt hat. Das Unterlassen dieser mindestens objektiv medizinisch gebotenen Maßnahme hat nämlich, wie der Sachverständige Dr. L. ausgeführt hat und wovon offensichtlich auch das Berufungsgericht ausgeht, zu einer fortschreitenden (aseptischen) Nekrose der Muskulatur geführt mit allen weiteren Folgen, die das für den Zustand und die Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines (Fehlstellung des Fußes und der Zehen) haben konnte. Fest steht weiter, daß die aseptische Nekrose der Muskulatur nach Setzen einer Operationswunde die Infektionsgefahr - in welchem Maße, ist bisher offengeblieben - erhöhte, weil, wie der Sachverständige Dr. L. ausgeführt hat und wie es auch unmittelbar einleuchtet, die zugrunde gegangene Muskulatur einen guten Nährboden für eingedrungene Bakterien darstellen mußte. Damit war die Infektionsgefahr gegenüber dem allgemeinen Risiko der Wundinfektion jedenfalls erheblich erhöht und, so ist mangels entgegenstehender Feststellungen anzunehmen, eine etwaige Infektion auch schwerer zu bekämpfen. Das alles bedarf ohnehin näherer tatrichterlicher Aufklärung. Jedenfalls aber ist die Frage, ob die durch die unterbliebene rechtzeitige Fascien-Spaltung

verursachte Nekrose der Muskulatur nunmehr zu der letztlich nicht beherrschbaren Infektion mit der Folge der notwendigen Amputation des Unterschenkels geführt hat, nicht mehr unter den strengerem Voraussetzungen des § 286 ZPO, sondern nach § 287 ZPO zu beantworten. Das Berufungsgericht wird das Beweisergebnis deshalb unter diesem rechtlichen Gesichtspunkt neu zu würdigen haben.

b) Darüberhinaus hat das Berufungsgericht, von seinem Standpunkt aus folgerichtig, nicht geprüft, ob ein beim Erstbeklagten zu unterstellender Behandlungsfehler als so schwerwiegend zu beurteilen ist, daß sich Beweis-erleichterungen für den Kläger hinsichtlich des Ursachenverlaufes (insoweit freilich nur hinsichtlich der "Primär-schädigung", hier also der Nekrosenbildung; vgl. Senatsurteil vom 9. Mai 1978 - VI ZR 81/77 - NJW 1978, 1683 = VersR 1978, 764) ergeben müssen. Auch dazu bedarf es gegebenenfalls weiterer Feststellungen und einer entsprechenden neuen rechtlichen Würdigung.

5. Für die Revisionsinstanz ist schließlich davon auszugehen, daß der Erstbeklagte, der Chef der chirurgischen Abteilung des vom Zweitbeklagten getragenen Kreiskrankenhauses war, als dessen Organ anzusehen ist, was auch eine deliktische Haftung des Zweitbeklagten für die geltendgemachten Schadensersatzansprüche für einen schuldhaften, den Körperschaden des Klägers verursachenden Behandlungsfehler des Erstbeklagten begründen würde (§§ 30, 31 BGB). Sollte sich nach weiterer Aufklärung des Sachverhaltes herausstellen, daß der Erstbeklagte die Überprüfung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen

bei den am Sonntag neu aufgenommenen Patienten am darauffolgenden Montag zulässigerweise nicht selbst durchgeführt, sondern etwa dem Oberarzt überlassen hat, wird gegebenenfalls aufzuklären und zu entscheiden sein, ob diesem ein Fehlverhalten anzulasten ist und ob der Zweitbeklagte dafür nach § 831 BGB ebenfalls einzustehen hat, soweit es um deliktische Ansprüche geht. Wegen der materiellen Ansprüche käme ohnehin eine vertragliche Haftung für den Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) ohne Entlastungsmöglichkeit in Betracht.

6. Das angefochtene Urteil beruht auf den dargelegten Rechts- und Verfahrensfehlern und muß deshalb aufgehoben werden. Eine eigene Sachentscheidung ist dem erkennenden Senat nicht möglich, weil der Sachverhalt, wie im einzelnen dargelegt, weiterer Aufklärung bedarf.

Dr. Steffen

Scheffen

Dr. Ankermann

Dr. Lepa

Bischoff