

Die Beweisregeln des §§ 630 h BGB in der anwaltlichen Praxis
Das voll beherrschbare Risiko¹ – Organisationsfehler

§ 630h BGB

- (1) *Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.*
- (2)
- (3)
- (4)
- (5) *Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war.....*

I.

Im Arzthaftungsrecht finden die Grundsätze einer Beweislastverteilung nach Gefahren- und Verantwortungsbereichen dann Anwendung, wenn feststeht, dass die Schädigung des Patienten aus einem Bereich herrührt, dessen Gefahren ärztlicherseits voll beherrscht werden können.

In solchen Fällen streitet zu Gunsten des Patienten eine Verschuldens-/Fehlervermutung mit der Folge, dass es Sache des Behandlers ist, diese Vermutung zu widerlegen².

Überall da, wo Erfolg oder Misserfolg medizinischer Einzelmaßnahmen nicht von Unwägbarkeiten aus der Eigenart des lebenden Organismus des Patienten heraus beeinflusst werden können, unterscheidet sich die Stellung des Arztes an sich nicht wesentlich von derjenigen anderer Vertragsschuldner etwa des Werkunternehmers.

Voll beherrschbare Risiken (§ 630 h Abs.1 BGB) sind mithin dadurch gekennzeichnet, dass sie durch den Klinik-oder Praxisbetrieb gesetzt werden und durch dessen ordnungsgemäße Gestaltung ausgeschlossen werden können und müssen.

Verwirklicht sich in diesem Fall ein Risiko, welches von der Behandlungsseite hätte voll beherrscht werden können und müssen, so muss die Behandlungsseite darlegen und beweisen, dass sie alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen ergriffen hatte, um das Risiko zu vermeiden³.

1.

Der Hauptanwendungsbereich dieser Beweisregel umfasst also den **Einsatz medizinischer Geräte**, den technisch-apparativen Bereich der technischen Vorbereitung und Durchführung für eine ärztliche Behandlung.

¹ vergleiche Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 7. Auflage 2014, B, Rn. 238-246 a

² BGH NJW 2000,2812; BGH VersR 1978,82

³ BGH-Urteil vom 16.8.2016, VI ZR 634 / 15

Ist beispielsweise ein funktionsuntüchtiges Gerät zum Einsatz gekommen, oder dieses versagt (fehlerhafte Funktion eines Elektroauters), muss der Behandler beweisen, dass ihn hieran kein Verschulden trifft, wobei an die Sicherheit und Kontrollvorkehrungen hohe Anforderungen zu stellen sind⁴.

Nach Auffassung des Schleswig-holsteinischen Oberlandesgerichts⁵ handelt es sich bei der Rechtsfigur des voll beherrschbaren Risikos um einen wertenden Begriff im Rahmen von Überlegungen zur Beweislastverteilung.

Folglich greifen Beweiserleichterungen zu Gunsten des Patienten bereits dann, wenn bei dem für die Behandlung verwendeten technischen Gerät bei Intaktheit und richtiger Bedienung nur ein minimales Restrisiko verbleibt oder theoretisch bleiben könnte, dass es nicht richtig funktioniert.

Nicht zu verlangen sei, dass das technische Gerät bei Intaktheit und richtiger Bedienung zu 100 % richtig funktioniert.

Zu bedenken ist, dass die Grundsätze des voll beherrschbaren Risikobereichs nicht auf sämtliche Bereiche innerhalb des Krankenhausbetriebs ausgedehnt werden, sondern nur solche betroffen sind, welche der unmittelbaren Einwirkung des Krankenhauspersonals unterliegen.

Voll beherrschbare Risiken sind also abzugrenzen, von den Gefahren, welche aus den Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus bzw. den Besonderheiten des Eingriffs in diesen Organismus erwachsen und deshalb der Patientensphäre zuzurechnen sind.

Denn die Vorgänge im lebenden Organismus können auch vom besten Arzt nicht immer so beherrscht werden, dass schon der ausbleibende Erfolg oder auch ein Fehlschlag auf eine fehlerhafte Behandlung hindeuten könnte⁶.

Ebenso hat eine Anwendung der Grundsätze des voll beherrschbaren Risikobereichs außer Betracht zu bleiben, wenn zusätzlich eine unerkannte und nicht zu erwartende Disposition des Patienten hinzutritt, und sich hierdurch das Risiko verwirklicht. - Dann ist eine Gefahrenbereich gegeben, welcher nicht mehr uneingeschränkt beherrscht werden kann

2.

Im **Hygienebereich** ist zu unterscheiden:

Bei feststehender Infektionsquelle hätte diese regelmäßig objektiv beherrscht werden können (dann : voll beherrschbaren Risiko); steht dagegen die Keimquelle nicht fest, muss der haftungsrechtliche Zurechnungszusammenhang (Pflichtwidrigkeitszusammenhang) mit der Verletzung von Hygienevorschriften bewiesen werden, um eine Haftung der Behandlungsseite zu begründen.

Dies steht in der Beweislast des Patienten und kann regelhaft nicht bewiesen werden und wird damit begründet, dass eine absolute Keimfreiheit niemals erreicht oder das Einschleichen von Keimen durch Setzen einer Injektion niemals gänzlich verhindert werden kann⁷.

Der Sachvortrag einer Infektion im Krankenhaus alleine ist folglich nicht haftungsbegründend.

⁴ BGH VersR 1978,82; OLG Köln VersR 2000,974; OLG Köln VersR 1991,695

⁵ Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht, Urteil vom 29.8.2014, 4 U 21 / 13

⁶ BGH VersR 1991,310

⁷ BGH VersR 1991,467; OLG Hamm VersR 2000,323

Zum voll beherrschbaren Risikobereich gehört die Reinheit des benutzten Desinfektionsmittels⁸ oder die Sterilität der verabreichten Infusionsflüssigkeit⁹.

Dem voll beherrschbaren Risikobereich ist auch die vermeidbare Keimübertragung durch an der Behandlung beteiligten Personen („der infizierte Arzt“) zuzurechnen¹⁰.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine Entscheidung des OLG Koblenz¹¹, in welcher dargetan wurde, dass bei einer ambulanten Behandlung in einer Arztpraxis mit gravierenden Hygienemängeln nicht der Patient dafür beweispflichtig sei, dass der Schaden bei Wahrung der gebotenen Sorgfalt vermieden worden wäre.

Es sei umgekehrt Sache des Arztes, den Nachweis zu führen, dass der Schaden auch bei Beachtung aller Hygieneregeln eingetreten wäre.

In dem zu entscheidenden Fall kam es nach einer Injektion zu einem Spritzenabszess und es stand fest, dass es die gravierenden Hygienemängel gab.

Charakteristisch für den zu entscheidenden Fall war, dass es innerhalb einer kurzen Zeitspanne zu einer ganz außergewöhnlichen Häufung von Infektionen kam und die behandelnden Ärzte verabsäumten, nach dem ersten Fall unverzüglich gezielte Ursachenforschung zu betreiben und für Abhilfe zu sorgen.

All diesen Fällen ist gemeinsam, dass objektiv eine Gefahr bestand, deren Quelle jeweils festgestellt und die deshalb mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Bei ungeklärter Herkunft der Infektionsquelle, wenn der die Infektion auslösende Keim aus dem eigenen Keimspektrum des Klägers stammen kann¹², kommt eine Umkehr der Darlegungs- und Beweislast nach den Grundsätzen über das voll beherrschbare Risiko dagegen nicht in Betracht.

Denn sie tritt nur dann ein, wenn feststeht, dass der Gesundheitsschaden aus der von der Behandlungsseite voll beherrschbaren Sphäre hervorgegangen ist.

In den Fällen ungeklärter Herkunft der Infektionsquelle bzw. wenn andere vielfältige Infektionsmöglichkeiten bestehen, gelingt dem Patienten der Kausalitätsnachweis nicht¹³.

Instruktiv ist hier auf die Entscheidung des OLG Düsseldorf¹⁴ zu verweisen:

„Bei Infektion eines Patienten mit einem Keim, der sich in der physiologischen Keimflora der Haut befindet und dessen Auftreten deshalb auch bei Einhaltung der Hygienevorschriften in einem Krankenhaus nicht vermeidbar ist (hier: Staphylokokkus aureus), kann sich der Patient gegenüber dem Krankenhaus im Streit um Ansprüche aus Arzthaftung nicht auf eine Beweiserleichterung zu seinen Gunsten berufen. Vielmehr obliegt es dem Patienten eine Pflichtverletzung des Krankenhauses als Infektionsursache zu beweisen.“

Allgemeine Desinfektionsmaßnahmen sind nicht im Operationsbericht dokumentationspflichtig, so dass alleine eine fehlende Dokumentation nicht eine

⁸ BGH VersR 1978,764

⁹ BGH VersR 1982,161

¹⁰ BGHZ 171,358

¹¹ OLG Koblenz, Urteil vom 22. 06 2006 ,5 U 1711 / 05 - rechtskräftig BGH, Urteil vom 20.03.2007, VI ZR 158 / 06 -, BGHZ 171, 358 ff

¹² OLG Köln Beschluss vom 19.11.2014, 5 U 94 / 14

¹³ OLG Koblenz, Urteil vom 4.12.2013, 5U 1018 / 13

¹⁴ OLG Düsseldorf Urteil vom 29.01.2015, 8 O 107 / 13

Beweiserleichterung zu Gunsten eines Patienten schafft und damit eine Haftung des Krankenhauses bei einer bakteriellen Infektion des Patienten begründet.“

3.

Es ist anerkannt, dass die Grundsätze der Beweiserleichterung des voll beherrschbaren Risikos auch bei den **Sturzfällen** in Betracht kommen.

So hatte sich das OLG Koblenz¹⁵ mit der Frage zu befassen, ob ein Krankenpfleger einen erheblich sturzgefährdeten Patienten beim Toilettengang in der alleinigen Obhut seiner Ehefrau belassen darf und ob der Arzt oder der Krankenhausträger haften, wenn der Patient infolge eines Sturzes zu Schaden kommt.

In den Entscheidungsgründen ist ausgeführt:

„ Ob und inwieweit das Pflegepersonal eines Krankenhauses einen Patienten beim Toilettengang sichern und überwachen muss, hängt vom Alter, dem körperlichen und geistigen Zustand des Patienten sowie etwaigen Beeinträchtigungen aufgrund operativer Eingriffe oder der Medikation ab. Lässt das Pflegepersonal einen erheblich sturzgefährdeten Patienten auf dem Toilettensitz unbeaufsichtigt, ohne in sonstiger Weise sicherzustellen, dass er nicht ohne geschulte Hilfe aufsteht, kann darin eine Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages zu sehen sein“.

Das OLG Koblenz hat eine Haftung bejaht, da der BGH dem Krankenhausträger die Beweislast für die Gewähr einwandfreier Voraussetzungen für eine sachgemäße und gefahrlose Behandlung zugewiesen hat.

Auch in **Sturzfällen** kommen die Grundsätze des voll beherrschbaren Risikos somit zum Tragen.

Gerade weil der Schadensfall oft unbeobachtet bleibt, kann es nicht zulasten des Patienten gehen, so dass der Krankenhausträger in der Regel beweisfällig bleibt.

Der Fall kann anders zu beurteilen sein, wenn sich das Sturzgeschehen im Pflegeheim/Altenheim abgespielt hat:

Da im Hinblick auf die Heimbewohner auf möglichst große Selbstständigkeit zu achten ist, muss dort nicht jeder Toilettengang begleitet werden.

Voraussetzung für die Annahme von Obhutspflichten gegenüber den Heimbewohnern ist deren Erforderlichkeit und Zumutbarkeit.

Die Erforderlichkeit richtet sich nach dem Gesundheitszustand und dem Betreuungsbedürfnis des Heimbewohners; die Zumutbarkeitsproblematik hängt von der personellen Leistungsfähigkeit des Heimes ab.

Grundsätzlich hat der Heimbetreiber allerdings die Pflicht, gegenüber den Bewohnern, geeignete Vorkehrungen zu treffen, um diese vor einem Sturz zu bewahren.

Hierbei sind die Grundrechte der Betroffenen besonders zu wahren.

¹⁵ OLG Koblenz, Beschluss vom 28. September 2015, 5 U 810 / 15

Festzuhalten bleibt, dass die Pflichtenanforderungen, was die Sturzprophylaxe angeht, bei Patienten im Krankenhaus wesentlich strenger ausgestaltet sind als in Pflegeheimen.

Auf die Zumutbarkeit kommt es nicht an; wenn Betreuung erforderlich ist, muss sie auch geleistet werden.

4.

Die Grundsätze des voll beherrschbaren Risikos sind auch auf so genannte **Lagerschäden** anwendbar¹⁶.

Die ordnungsgemäße Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und deren Überprüfung während der Operation zur Vermeidung von Lagerungsschäden kann dem voll beherrschbaren Risikobereich zugerechnet werden.

Die Lagerung eines Patienten stellt aber nicht automatisch einen voll beherrschbaren Risikobereich dar und rechtfertigt eine entsprechende Beweislastumkehr nur dann, wenn feststeht, dass die Lagerung auch tatsächlich voll beherrschbar war¹⁷.

Die Beweislastumkehr bei Lagerungsschäden beruht nämlich darauf, dass bei der Lagerung des Patienten während der Operation auch die Risikofaktoren, die sich aus seiner körperlichen Konstitution ergeben, ärztlicherseits eingeplant und dementsprechend ausgeschaltet werden können¹⁸.

Kann nicht von der Ausschaltbarkeit der aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus resultierenden Risiken ausgegangen werden, wenn also alles so gemacht worden ist, "wie es im Lehrbuch steht", kommen die Grundsätze des voll beherrschbaren Risikos nicht zur Anwendung, mit der Folge, dass von einer unzureichenden Lagerungskontrolle während der Operation nicht ausgegangen werden kann¹⁹.

5.

Sodann können auch **Verletzungen von Überwachungspflichten** zum Nachteil des Patienten zu einer Haftung der Behandlerseite führen:

„ Es liegt eine Verletzung der Pflichten aus dem Behandlungsvertrag vor, wenn die nach einer Magenspiegelung in der Aufwachphase befindliche und mithin unter dem Einfluss eines seditiven Medikaments stehende Patientin, nicht so überwacht wird, dass diese nicht aufgrund der durch das Medikament bestehenden geringeren Einsichts- und Steuerungsfähigkeit zu Schaden kommt.

Der Umstand dass die Patientin eigenständig aufgestanden ist, um sich die Schuhe anzuziehen, führt zu keiner anderen Beurteilung, da bei der Verabreichung des seditiven

¹⁶ BGH VersR 19 84,386 ff; BGH VersR 1995,539 ff

¹⁷ OLG Köln Beschluss vom 25. 02. 2013, 5 U 152 / 12

¹⁸ BGH VersR 1995,539 ff.

¹⁹ OLG Köln Urteil vom 13. 05, 2015, 5 U 166 / 14: „Die Patientin muss beweisen, dass die Art und Weise der Lagerung bei einer laparoskopischen, roboterassistierten Myomenucleation nicht dem medizinischen Standard entsprach. Eine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen des voll beherrschbaren Risikobereichs ist abzulehnen, da vorliegend darauf abzustellen ist, ob die Komplikation und der Lagerungsschaden selbst beherrschbar und vermeidbar waren und bei einer mehrere Stunden dauernden Operation nicht von einer Ausschaltbarkeit der aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus resultierenden Risiken ausgegangen werden kann.“

Medikaments Dormicum die Möglichkeit eines Gedächtnisverlustes und seitens der Praxis die Pflicht besteht, notwendige Vorkehrungen zum Schutz der Patienten zu treffen. Aus dieser Pflicht folgt, dass gegen ein zu erwartendes weisungswidriges Aufstehen der Patientin hätte Vorsorge getroffen werden müssen, wie z.B. durch eine durchgehende Überwachung der Patientin oder durch eine Umgrenzung des Bettes²⁰“

6.

Steht fest, dass der Primärschaden des Patienten im Gefahrenbereich des voll beherrschbaren Risikos gesetzt worden ist, folgen hieraus Beweiserleichterungen für den Patienten; sie betreffen die Ebene des Beweises der objektiven Verrichtung und des Verschuldens, **nicht** jedoch der Kausalität.

Das folgt neben dem Wortlaut des §§ 280 Abs. 1 S. 2 BGB auch aus der Regelung des §§ 630 h Abs. 1 BGB.

Die Rechtsfigur wird unmittelbar auf Ansprüche wegen Schlechterfüllung des Behandlungsvertrages sowie in entsprechender Anwendung auf deliktische Ansprüche angewendet.

Die Ebene der haftungsbegründenden Kausalität wird nicht erfasst, wobei für den Kausalitätsnachweis andere Beweiserleichterungen eingreifen können (grober Behandlungsfehler, Organisationsfehler - § 630 Buchst. h Abs. 5 BGB).

Trotz der Beweiserleichterung für den Patienten ist für die Behandlungsseite der Beweis eröffnet, dass ein verschuldeter Behandlungsfehler gerade nicht vorliegt.

Ferner kann die Behandlungsseite nachweisen, dass nicht in ihrem Risikobereich liegende, bei der Operationsplanung nicht erkennbarer Umstände vorlagen, die ebenfalls zur Schädigung geführt haben könnten, mit der Folge, dass die Beweislastumkehr zu unterbleiben hat.

Ist medizinisch-naturwissenschaftlich nicht erklärbar, wie es zu der Schädigung hat kommen können, scheidet trotz Annahme eines voll beherrschbaren Risikobereichs eine Haftung aus, wenn der Arzt beweisen kann, dass das verwendete Gerät in ordnungsgemäßem Zustand auch ordnungsgemäß bedient worden ist und der Patient ordnungsgemäß behandelt wurde, also der Facharztstandard eingehalten worden ist.

II.

Kein Krankenhaus bzw. Krankenhausträger ist heute mehr in der Lage den Krankenhausbetrieb ohne Arbeitsteilung aufrechtzuerhalten bzw. zu gewährleisten.

Für Haftungsfragen ist in diesem Zusammenhang die Fallgruppe der Organisation und Koordination des Behandlungsbetriebes sowie des konkreten Behandlungsgeschehens hervorzuheben.

In dieser Fallgruppe wird die Problematik einer unzureichenden personellen Ausstattung des Operationsteams bzw. einer Intensivstation zu diskutieren sein, aber auch die Gefahren, die

²⁰ Landgericht Hildesheim Urteil vom 09. 01 2015, 4 O 170 / 13

sich im Zusammenwirken verschiedener Fachrichtungen ergeben (horizontale Arbeitsteilung, Koordinationsmängel)²¹.

Die horizontale Arbeitsteilung ist dadurch gekennzeichnet, dass zwischen den Beteiligten eine partnerschaftliche, von jeder Subordinationbeziehung freie Gleichordnung besteht (Chirurg - Anästhesist).

Bei der vertikalen Arbeitsteilung ist demgegenüber die Verteilung der Verantwortungsbereiche modifiziert in hierarchisch gegliederte Zuständigkeiten.

Als Hauptbeispiel mag der Chefarzt im Krankenhaus dienen, welcher gewissermaßen in der Hierarchie auf der obersten Stufe steht, allerdings die Endverantwortung trägt (Kontroll- und Überwachungspflichten).

Zu den Sorgfaltsanforderungen im Bereich horizontaler Arbeitsteilung hat der BGH für die zivilrechtliche Haftung bestätigt, dass jeder Arzt denjenigen Gefahren zu begegnen hat, die in seinem Aufgabenbereich entstehen, und dass er sich, solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, darauf verlassen darf, dass auch der Kollege der anderen Fachrichtung seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt (Vertrauensgrundsatz):

Den geschuldeten Facharztstandard kann der Arzt jeweils nur für sein Gebiet gewährleisten²².

Der grobe Organisationsfehler und die sich hieraus ergebenden Konsequenzen werden nunmehr durch § 630 h Abs. 5 S. 1 BGB erfasst:

Liegt ein solcher grobe Organisationsfehler vor, so führt dies zur Kausalitätsvermutung dergestalt, dass der Behandlungsfehler/Organisationsfehler für die eingetretene Verletzung ursächlich war.

Organisationsfehler unterfallen entsprechen der Gesetzesbegründung ebenfalls einer Unterschreitung des medizinischen Standards²³.

Die Gewährleistung des Facharztstandards beinhaltet sowohl für den Krankenhausträger als auch für jeden leitenden Arzt, die Aufgabe eine Qualitätssicherung durch geeignete organisatorische Maßnahmen zu erreichen.

Die Rechtsprechung zu Organisationsfehler bewirkt die Ausschaltung der Exkulpationsmöglichkeit des §§ 831 BGB. Der leitende Angestellte ist Organ im Sinne der §§ 30, 31 BGB, so dass der Geschäftsherr für dessen Verschulden wie für eigenes Verschulden ohne Entlastungsmöglichkeiten haftet.

Organisationsverschulden kann vorliegen (Fallgruppen - keine abschließende Aufzählung)

- bei mangelnder Qualifikation des ärztlichen und nichtärztlichen Personals
- beim Unterlassen von Kontrollmaßnahmen
- bei einer unzulänglichen Kommunikation zwischen einzelnen Abteilungen/Ärzten oder Koordination
- bei Fehlen von Dienstanweisungen
- bei einer für die sachgerechte Versorgung der Patienten unzureichenden Personalausstattung

²¹ OLG Köln VersR 1992,452; BGHZ 140,309

²² BGH NJW 1980,649; BGH VersR 1991,694

²³ Bundestagsdrucksache 17/10 488, Seite 20

- bei mangelnder Überwachung der Chefärzte durch den Krankenhausträger in Bezug auf die Grundzüge der ihnen übertragenen Organisationsaufgaben
- bei nicht ausreichender Instruktion, Überwachung und Weiterbildung des Personals

Andererseits werden dem Geschäftsherrn, als z.B. dem Krankenhausträger, selbst auch Organisations-, Überwachungs- und Koordinierungspflichten auferlegt, bei deren Verletzung er unmittelbar aus dem Behandlungsvertrag oder gemäß § 823 BGB haftet.

Der leitende Arzt hat geeignete Kontrollmechanismen zu schaffen, sowie für die Auswahl geeigneten Personals, den richtigen Einsatz seiner Mitarbeiter und deren Überwachung Sorge zu tragen.

Organisatorische Maßnahmen sind auch für die Bewältigung der Aufklärungsaufgabe zu fordern, die der Krankenhausträger und je nach Vertragssituation auch der Chefarzt sicherzustellen haben.

Organisationspflichten des Krankenhausträgers können sich ergeben im Bezug auf Personal ebenso wie in Bezug auf Einrichtungen und Apparate und in Bezug auf die Aufsicht und Überwachung leitender oder sonstiger Ärzte und des nichtärztlichen Personals und auch in Bezug auf die Organisation des Operationsbetriebes.

Der Krankenhausträger hat für die Personalausstattung Sorge zu tragen, welche erforderlich ist, um eine sachgerechte Versorgung der Patienten sicherzustellen:

Er muss für jede Behandlungsphase – auch an Wochenenden – den Facharztstandard gewährleisten.

Beispielsweise muss dabei ein Krankenhaus der Maximalversorgung oder eine Spezialklinik einen anderen Standard gewährleisten als ein Krankenhaus der Grundversorgung.

Ein Organisationsverschulden kann sich auch im Zusammenhang mit Anfängeroperationen und Anfängernarkosen ergeben:

Es darf dem Patienten durch das Tätigwerden eines Assistenzarztes kein zusätzliches Risiko entstehen und die mit der Ausbildung junger Ärzte naturgemäß verbundenen höheren Verletzungsgefahren müssen deshalb durch besondere Maßnahmen ausgeglichen werden²⁴.

Fälle in denen von einem groben Organisationsfehler ausgegangen werden muss sind, bestimmt durch die Charakteristik des Einzelfalles, wobei immer wieder die personelle Ausstattung im Raum steht.

Ein Verstoß des Krankenhausträgers gegen die ihm obliegenden Organisationspflichten kann im Einzelfall dann einen groben Fehler darstellen, wenn hierdurch wie beim groben ärztlichen Fehler das Spektrum der Schadensursachen derart verbreitert oder verschoben worden ist, dass dem Patienten billigerweise die Beweisführung der Kausalität des Organisationsmangels für den erlittenen Gesundheitsschaden nicht mehr zugemutet werden kann²⁵.

Nach einer Entscheidung des OLG Zweibrücken²⁶ hat das Krankenhaus im Falle einer Notsectio eine rechtzeitige ärztliche Bereitschaftsanästhesie zur Verfügung zu stellen.

Dies gilt auch für den Fall, dass die Geburt von einem Belegarzt durchgeführt wird:

²⁴ BGH VersR 1993,1231; BGH NJW 1994,3008

²⁵ BGH NJW 1996,2429

²⁶ OLG Zweibrücken Urteil vom 27. März 2012,5 U 7 / 08

Bei einem Belegarztvertrag muss der Krankenhausträger zur Erfüllung seiner Leistungspflicht die Grund- und Funktionspflege des Patienten sicherstellen, wozu auch die Vorhaltung von medizinisch-technischem Gerät sowie von ärztlichem und nichtärztlichem Hilfspersonal in einem Maß und einer Qualität gehört, dass eine ausreichende medizinische Behandlung durch den Belegarzt gewährleistet ist²⁷.

So hat das OLG München²⁸ entschieden, dass dem Krankenhausträger ist demgemäß ein grober Organisationsmangel anzulasten ist, wenn leitende Ärzte keine organisatorische Vorsorge getroffen haben, um Notfälle bei der künstlichen Beatmung von Patienten auf der Intensivstation zeitgerecht durch hinreichend qualifizierte Ärzte behandeln zu lassen.

Dies ist dann der Fall, wenn auf der Intensivstation nur im Beatungsmanagement unkundiges Personal, d.h. 2 Ärzte im Praktikum, anwesend waren, welche nicht im Stande waren, einen verlegten, unverzüglich zu entfernenden Tubus zu ziehen, so dass es mindestens 8 Minuten dauerte, bis die erforderlichen Maßnahmen getroffen wurden.

Ein verlegter Beatmungstubus ist, wenn er nicht kurzfristig wieder durchgängig gemacht werden kann, unverzüglich zu ziehen, weil andernfalls der Patient nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt wird und das Gehirn nach 3-5 Minuten beginnt wegzusterben. Wird nach einer Operation auf der Intensivstation ein verlegter Beatmungstubus erst nach ca. 8 Minuten entfernt, weil die anwesenden Ärzte keine nennenswerte Erfahrung mit dem Beatungsmanagement haben und sich aufgrund ihres Übungs- und Ausbildungsstandes nicht "getraut" haben bzw. nicht in der Lage waren, den verlegten Tubus zu ziehen, so begründet dies die Haftung des Krankenhausträgers, wenn der Patient wegen der zu langen Sauerstoffunterversorgung reanimiert werden muss und ein apallisches Wachkoma mit dauerhafter Pflegebedürftigkeit erleidet.

Das Oberlandesgericht Nürnberg²⁹ hatte sich mit der Personalausstattung eines Säuglingszimmers und der Überwachung der Sauerstoffversorgung von Neugeborenen zu befassen und in den Leitsätzen folgendes festgeschrieben:

Ein Krankenhaus mit Wöchnerinnen muss die Grundvoraussetzungen bieten, um Neugeborenen zu überwachen. Zu diesen Grundvoraussetzungen gehören und gehörten bereits 2004 auch in einem Krankenhaus niedrigster Versorgungsstufe die Anwesenheit einer Kinderkrankenschwester oder jedenfalls einer Schwester, die sich mit Neugeborenen auskennt und jedenfalls vorhandene Geräte (hier insbesondere: Wärmebett mit zusätzlicher Sauerstoffanreicherung) bedienen kann.

Dies gilt auch dann, wenn auf der Station normalerweise nur gesunde Neugeborene betreut werden. Unabhängig vom Ausbildungs- und Kenntnisstand der Schwester reicht es nicht aus, wenn nur eine Schwester die gesamte Station einschließlich des Kinderzimmers überwachen muss.

Werden seitens des Krankenhauses Einrichtungen wie Oxymeter und Wärme-/Sauerstoffbett bereitgestellt, muss einerseits das Krankenhaus dafür Sorge tragen, dass das eingesetzte Personal auch mit diesen Geräten umgehen kann, und darf sich umgekehrt ein Belegarzt darauf verlassen, dass dies auch der Fall ist. Dies gilt auch dann, wenn der Einsatz in dem Krankenhaus nach Geburten zwar selten ist, aber doch vorkommt, und diese Geräte nicht nur auf Säuglingsstationen eingesetzt werden.

²⁷ BGH NJW 1996,2429

²⁸ OLG München Urteil vom 15.12.2011, 1 U 1913/10

²⁹ OLG Nürnberg Urteil vom 25. März 2011, 5 U 1786 / 10

Ein für das Säuglingszimmer zuständige Schwester muss wissen, wie ein Oxymeter eingestellt wird und welche Alarmgrenzen gelten, und hat die gemessenen Werte halbstündlich zu dokumentieren. Fehlt es an den notwendigen Dokumentationen, insbesondere der halbstündlich vom Puls abzulesenden Sauerstoffsättigungswerte, so ist davon auszugehen, dass diese notwendigen Überwachungsmaßnahmen nicht durchgeführt wurde.

Eine mangelnde Personalausstattung (sowohl zahlenmäßig als auch ausbildungsmäßig) stellt sich als ein zur Umkehr der Beweislast führender grober Organisationsfehler dar, der auch dann schlechterdings nicht unterlaufen darf, wenn grundsätzlich nur die Betreuung von (vermeintlich) gesunden Kindern vorgesehen ist.

Ein grober Organisationsmangel liegt vor, wenn im Babyzimmer nur eine Schwester anwesend war, die zudem seitens des Krankenhausträgers weder im speziellen Umgang mit Neugeborenen geschult war, noch mangels entsprechender Unterweisung mit den vorhandenen Geräte umgehen konnte (Hirnschädigung eines Neugeborenen infolge mangelnder Überwachung der Sauerstoffversorgung bei Krampfanfällen nach der Geburt).