

# Zu wenig und zu schlecht ausgebildetes Personal - der Klinik-Geschäftsführer haftet persönlich!-

Wolfgang Bruns, Karlsruhe<sup>1</sup>

Urteil des Landgerichts Mainz vom 15.4.2014 – 2 O 266/11 –<sup>2</sup>

**Das nachfolgend wiedergegebene und kommentierte Urteil des Landgerichts Mainz befasst sich mit einer Medizinkatastrophe an einer Klinik für ästhetisch-plastische Chirurgie. Durch die insuffiziente Organisation der postoperativen Nachsorge kam es bei der betroffenen Patientin zu einer schweren Hirnschädigung.**

**Bemerkenswert an diesem Urteil ist die persönliche Verurteilung des Klinik-Geschäftsführers. Das Urteil ist ein ermutigender Schritt in die richtige Richtung. Die Gerichte fangen an, sich im Schadensfall mit der Organisation medizinischer Behandlungen zu beschäftigen und die hierfür Verantwortlichen – im Regelfall die Klinik-Geschäftsführer – in die persönliche Haftung zu nehmen.**

## Zum Sachverhalt:

Die Klägerin begab sich am 20.6.2011 in die von der Beklagten zu 1 betriebene F-Klinik in M., um einen plastischen Eingriff an ihrem Gesicht (Oberlidstraffung, Unterlidstraffung, Halsstraffung, Facelift) in Vollnarkose durchführen zu lassen. Nach dem Eingriff sollte die Klägerin noch ein bis zwei Tage in der Privatklinik bleiben, deren Geschäftsführer der Beklagte zu 2 ist. Zu diesem Zweck hält

die Klinik zwei Patientenzimmer vor. Die gesamten Behandlungskosten in Höhe von 11.800,00 € bezahlte die Klägerin im Voraus.

Die Operation erfolgte am 20.6.2011 zwischen etwa 10.00 Uhr und 18.30 Uhr. Operateur war der Beklagte zu 2, die Anästhesie wurde durch den Beklagten zu 3 durchgeführt.

Im Anschluss an die Operation erhielt die Klägerin von dem Beklagten zu 3 eine Infusion mit Kochsalzlö-

sung. Die Klägerin war wach und orientiert und konnte sich selbst vom OP-Tisch auf die bereitstehende Liege bewegen. Sie wurde sodann gegen 18.45 Uhr in das Patientenzimmer verbracht.

Gegen 19.00 Uhr erschien die Beklagte zu 4, zum damaligen Zeitpunkt eine Medizinstudentin im 10. Semester, die als einzige Nachtwache vorgesehen war.

Der Beklagte zu 2 führte eine Übergabe aus chirurgischer Sicht durch und erläuterte der Beklagten zu 4 insbesondere, was die Klägerin essen könne. Die Übergabe des Beklagten zu 3 an die Beklagte zu 4 ist hinsichtlich der Einzelheiten streitig. Jedenfalls aber wurde der Klägerin, die unter Diabetes leidet, Insulin verabreicht und ein Schmerzmittel gespritzt, nämlich Dipidolor. Unstreitig schrieb der Beklagte zu 3 auch eine Medikamentenliste, überwie-

Zurzeit findet das Betragsverfahren vor dem Landgericht Mainz statt. Der Streitwert für das erstinstanzliche, durch Grundurteil abgeschlossene Verfahren und das Berufungsverfahren wurde jeweils auf 863.797,79 € festgesetzt. Die vom LG Mainz im laufenden Betragsverfahren festzulegenden Zahlungen dürften sich in ähnlicher Höhe bewegen, weil die Patientin als Folge der erlittenen Hirnschädigung schwerstpflegebedürftig ist. Neben einem Schmerzensgeld in Höhe von 431.909,00 € und verschiedenen weiteren Schadenspositionen wurde deshalb auch eine Schmerzensgeld- und Mehrbedarfsrente in Höhe von 5.579,47 € pro Monat eingeklagt.

<sup>1</sup> Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Bruns, Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Kanzlei für ArztRecht, Karlsruhe

<sup>2</sup> Das Grundurteil des Landgerichts Mainz ist rechtskräftig. Der Geschäftsführer und die F-Klinik hatten gegen ihre Verurteilung zwar noch unter dem Aktenzeichen 5 U 591/14 Berufung zum OLG Koblenz eingelegt. Nach einem rechtlichen Hinweis des OLG Koblenz vom 21.7.2014 nahmen diese ihre unzulässige Berufung allerdings zurück.

gend mit Bedarfsmedikation. Außerdem findet sich in der Liste folgender Eintrag:

„Infusionsrest aus Op iv“.

Bis 20.00 Uhr hatten sowohl der Beklagte zu 3 als auch etwas später der Beklagte zu 2 die Klinik verlassen. **Als einziges medizinisches Personal stand noch die Beklagte zu 4 zur Verfügung. Außerdem war zeitweise eine Putzfrau anwesend.**

Aufgabe der Beklagten zu 4 war außer der Betreuung der Klägerin auch, den OP aufzuräumen, eine Medikamentenliste zu erstellen und - falls möglich - ein Ikea-Regal zusammenzubauen.

Gegen 20.15 Uhr meldete sich die Klägerin und teilte der Beklagten zu 4 mit, dass ihr nicht gut sei. Sie meinte, sie müsse etwas essen. Die Beklagte zu 4 gab ihr einen Joghurt. Außerdem maß sie Blutdruck und Puls sowie den Blutzucker, der mit 219 erhöht war. Daraufhin gab sie der Klägerin auf deren Wunsch zwei Einheiten Insulin. Die Klägerin wies die Beklagte zu 4 darauf hin, dass in etwa einer Stunde erneut der Blutzucker kontrolliert werden müsse.

Zuvor bereits hatte die Beklagte zu 4 im Hinblick auf die vermeintliche Anweisung des Beklagten zu 3 die noch am Tropf im OP hängende Infusionsflasche geholt und ins Patientenzimmer verbracht, um sie ggf. der Klägerin infundieren zu können. **Die Flasche war mit NaCl beschriftet, enthielt aber außer Kochsalzlösung auch Propofol, mit dem der Beklagte zu 3 die Narkose durchgeführt hatte. Der Inhalt der Flasche war milchig.**

Gegen 21.15 Uhr schaute die Beklagte zu 4 erneut nach der Klägerin. Die Beklagte zu 4 gab der Klägerin Orangensaftschorle zu trinken, worauf sich die Klägerin mehrfach übergeben musste. Die Beklagte zu 4 schätzte anhand des anhängenden Urinbeutels, dass die Klägerin auf diese Weise ungefähr 500 ml Flüssigkeit verloren habe. Da sie sich zudem mehrfach übergeben hatte, ent-

schloss sich die Beklagte zu 4, der Klägerin Flüssigkeit zuzuführen, indem sie ihr den Inhalt des aus dem OP mitgebrachten Tropfs infundierte.

Nach einem kurzen Gespräch über die nächste Blutzuckermessung antwortete die Klägerin der Beklagten zu 4 nicht mehr. Die Beklagte zu 4 hörte lediglich noch ein brodelndes Geräusch. Die Klägerin erlitt einen Atem- und Kreislaufstillstand. Die Beklagte zu 4 benachrichtigte um 21.29 Uhr über den polizeilichen Notruf den Notarzt, der um 21.37 Uhr in der F-Klinik eintraf. Zwischenzeitliche Notfallmaßnahmen der Beklagten zu 4 blieben erfolglos. Nachdem es zunächst Schwierigkeiten bei der Intubation gegeben hatte, gelang es dem Notarzt um 21.42 Uhr, die Klägerin zu intubieren und zu reanimieren. Um 22.34 Uhr wurde sie in das K-Klinikum M. verlegt.

**Die Klägerin befindet sich seitdem im Wachkoma. Ihr Gehirn ist durch die über längere Zeit unterbliebene Versorgung mit Sauerstoff irreparabel geschädigt.**

### Aus den Gründen:

Die zulässige Klage ist gegenüber der Beklagten zu 1 (Klinik), dem Beklagten zu 2 (Klinik-Geschäftsführer) und der Beklagten zu 4 (Medizinstudentin/Nachtwache) dem Grunde nach gerechtfertigt. Gegenüber dem Beklagten zu 3 (Anästhesist) ist sie unbegründet.

Die Beklagte zu 1 (Klinik) haftet wegen einer Verletzung des Behandlungsvertrages nach den §§ 280 Abs. 1, 278 Abs. 1, 249, 253 Abs. 2 BGB der Klägerin auf Schadensersatz und Schmerzensgeld.

Die Haftung der Beklagten zu 2 und 4 beruht auf den §§ 823 Abs. 1, 249, 253 Abs. 2 BGB bzw. auf den §§ 823 Abs. 2 BGB, 229 StGB (deliktische Haftung wegen fahrlässiger Körperverletzung).

### Haftung der Klinik

Die Beklagte zu 1 hat ihre vertraglichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag verletzt, indem sie mit der Beklagten zu 4 (Medizinstudentin) 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.

Die Beklagte zu 4 war für die alleinige postoperative Überwachung der Klägerin medizinisch nicht geeignet. Dies steht nach den Feststellungen des Sachverständigen Prof. Dr. Z. fest. Zu Recht hat der Sachverständige festgestellt, dass ein Medizinstudent im 10. Semester ganz überwiegend theoretische Kenntnisse erworben hat, dass es ihm aber regelmäßig an der praktischen Ausbildung für den Dienst am Patienten fehlt. Soweit die Beklagten zu 1 und 2 darauf hinweisen, jedenfalls im konkreten Fall sei die Beklagte zu 4 besonders gut geeignet gewesen, um diese Tätigkeit im Nachtdienst alleine auszuüben, spricht allein der Behandlungsablauf am Abend des 20.6.2011 eine völlig andere Sprache.

Zu Recht hat der Sachverständige Prof. Dr. Z. darauf hingewiesen, dass die eingetretene Komplikation eigentlich ein nur sehr kleiner Zwischenfall gewesen sei. Der Klägerin war nach der Operation schlecht geworden. Dies ist ein Risiko, das viele Patienten, besonders Frauen, nach einer langen Operation treffen kann. Die Klägerin hatte nach den Darlegungen des Sachverständigen insoweit ein Risiko von 40 bis 60%. Bereits mit diesem kleinen Zwischenfall war die Beklagte zu 4 hoffnungslos überfordert. Statt nämlich einfach der Klägerin die von dem Beklagten zu 3 aufgeschriebene Medikation gegen Übelkeit zu verabreichen, infun-

dierte sie der Patientin die aus dem OP geholte Lösung.

Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. Z. in seiner mündlichen Anhörung am 11.3.2014 angegeben, er erwarte von einer medizinischen Hilfskraft, dass sie, bevor sie eingesetzt werde, über medizinische Folgen ihres Handelns Bescheid wissen müsse, sie müsse ihre Kompetenzen kennen, aber vor allen Dingen müsse sie wissen, was im Notfall zu machen sei. Genau diese Qualifikation besaß die Beklagte zu 4 offensichtlich nicht. Dies zeigt sich nicht nur in ihrem Umgang mit der Übelkeit der Klägerin, sondern insbesondere auch in ihrem Verständnis der schriftlichen Anordnung des Beklagten zu 3 „Infusionsrest aus OP“. Die Anordnung kann sprachlich zweifellos mehrdeutig verstanden werden, entweder als „Infusionsrest aus der OP“ oder als „Infusionsrest aus dem OP“.

Der Sachverständige Prof. Dr. Z. hat jedoch, für die Kammer uneingeschränkt und gut nachvollziehbar dargelegt, dass im konkreten Kontext die Anordnung aus medizinischer Sicht völlig eindeutig war. Er hat dies damit begründet, dass die Infusionsflasche, die sich noch im OP befand, als der Beklagte zu 3 die Klinik verließ, bereits angebrochen war. Sie war schließlich am Ende der Operation noch zur Narkose verwendet worden. Eine zum Zeitpunkt der Infundierung bereits seit mehr als zweieinhalb Stunden offen herumhängende, angebrochene Infusion noch mal einem Patienten anzuhängen, widerspricht nach den Angaben des Sachverständigen sowohl in seinem schriftlichen Gutachten als auch in seiner mündlichen Erläuterung aber jeglichen hygienischen Vorschriften und wäre medizinisch qualifiziertem Personal nicht passiert.

Dies gilt umso mehr, als die Infusionslösung milchig-weiß und nicht klar war, woraus sich für jeden Mediziner ergab, dass es sich nicht um Kochsalzlösung handeln konnte,

auch wenn die Flasche so beschriftet war. Tatsächlich bemerkte auch die Beklagte zu 4, dass es sich jedenfalls nicht um reine Kochsalzlösung handeln konnte. Sie zog aber ihre eigenen - falschen - Schlüsse und beruhigte sich damit, es müsse wohl etwas für den Diabetes der Patientin darin sein. Damit beging sie einen weiteren schwerwiegenden Fehler, der medizinischem Fachpersonal nicht passiert wäre, indem sie nämlich der Klägerin ein Mittel infundierte, von dem sie überhaupt nicht wusste, worum es sich handelte.

Als sie begonnen hatte, der Klägerin die mit Propofol versetzte Infusion zu verabreichen, die Klägerin das Bewusstsein verloren hatte und die Beklagte zu 4 brodelnde Geräusche vernahm, kam sie nicht auf den Gedanken, dass dies davon herrühren könnte, dass die Zunge zurückgefallen war und die Atemwege verlegt hatte, sodass es angezeigt gewesen wäre, der Klägerin den Rachen freizumachen. Erst auf die Aufforderung des Rettungsdienstes versuchte sie, durch Drehen der Patientin zu erreichen, dass etwas herausgelaufen kam, falls diese erbrochen haben sollte. Letztlich war sie auch nicht in der Lage, eine Reanimation durchzuführen, was sich aus dem Protokoll des Notrufs hinreichend deutlich ergibt.

Der Sachverständige Prof. Dr. Z. hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten vom 19.8.2013 dargelegt, dass die Betreuung eines frisch operierten Patienten eine hoch anspruchsvolle Aufgabe sei. Insbesondere unmittelbar postoperativ in den ersten 12 bis 24 Stunden könnten Komplikationen auftreten. Typische operationsbedingte Komplikationen nach Facelift seien Nachblutungen, Gesichtsschwellungen, Störungen des Lymphabflusses sowie postoperative Schmerzen. In 10 bis 15 % aller Fälle könne eine chirurgische Intervention nötig werden. Diese Komplikationen könnten hervorgerufen werden durch

Unruhe, Schmerz, Übelkeit, Erbrechen oder unkontrollierte Blutdruckanstiege. **Es werde daher empfohlen, einen Patienten in den ersten 8 Stunden engmaschig zu beobachten und unter Monitoring zu stellen, da fast alle ausgedehnten Blutergüsse in dieser Zeit aufträten.**

**Anästhesiologisch träten in 20 bis 30 % aller Fälle postoperativ Übelkeit und Erbrechen auf. Nach dem sogenannten Apfel-Score habe das Risiko der Klägerin bei mindestens 40 bis 60 % gelegen.** Bei der Klägerin seien zusätzlich Risiken durch die bei ihr vorliegende Diabeteserkrankung gegeben gewesen. Daher sei eine engmaschige Kontrolle des Blutzuckers erforderlich gewesen, gegebenenfalls habe intravenös Glukose gegeben werden müssen oder Insulin. Es habe sich folglich im Fall der Klägerin um eine komplexe postoperative Betreuung und Überwachung gehandelt bei einem deutlich erhöhten postoperativen Risikoprofil.

Der Sachverständige hat weiter ausgeführt, dass 10 Semester Medizinstudium nicht als Nachweis dafür genügte, dass ausreichende praktische Erfahrung bestanden habe: Regelmäßig werde in den ersten 10 Semestern primär theoretisches Wissen vermittelt, erste systematische Kontakte zur klinischen Praxis erfolgten erst im praktischen Jahr. Aus diesem Grund sei der Ausbildungsstand der Beklagten zu 4 nicht mit demjenigen einer Gesundheits- oder Krankenpflegerin vergleichbar gewesen, sondern lediglich mit dem einer pflegerischen Hilfskraft. Daraus hat der Sachverständige den Schluss gezogen, dass die Beklagte zu 4 weder formell noch materiell geeignet gewesen sei, die postoperative Betreuung der Klägerin als alleinige Nachtwache zu übernehmen.

Diese Ausführungen des Sachverständigen sind für die Kammer in jeder Hinsicht überzeugend. Wie bereits dargelegt, handelte es sich im Fall der Klägerin um eine komplexe Betreuungssituation nach einer um-

fangreichen, mehr als 8-stündigen Operation. Dass die im Wesentlichen theoretisch geschulte Beklagte zu 4 zur Bewältigung auftretender Komplikationen alleine nicht in der Lage sein würde, lag auf der Hand. Der Verlauf des Abends des 20.6.2011 belegt dies mehr als deutlich. Die Beklagte zu 4 war nicht einmal in der Lage, mit der eigentlich geringfügigen Komplikation einer Übelkeit bei der Klägerin fertig zu werden. Statt die von dem Beklagten zu 3 aufgeschriebenen Medikamente gegen Übelkeit zu verabreichen, traf sie gravierende Fehlentscheidungen.

**Soweit der Beklagte zu 2 vortragen lässt, es könne an eine Klinik der „Minimalversorgung“, wie es die F-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 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 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, was sich nunmehr unmissverständlich aus der Regelung des § 630a Abs. 2 BGB ergibt, zum Zeitpunkt des Vorfalls aber auch bereits der ständigen Rechtsprechung entsprach (vgl. u.a. BGH NJW 2003, 2311 Rn 13 = ArztR 2003, 237, zitiert nach juris; ebenso Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 3. Aufl. B 25).

**Soweit die Beklagten zu 1 und 2 ferner einwenden, ein Arzt habe in 10 Minuten da sein können, da der Beklagte zu 3 in M. gewohnt habe, erscheint dies zwar zweifelhaft, da nicht nur die reine Fahrtzeit zu berücksichtigen ist, insbesondere nicht bei einem Notruf am Abend oder gar in der Nacht, es kann dies aber letztlich dahingestellt bleiben, weil auch eine Fahrtzeit von 10 Minuten zu lang ist, wie der vorliegende Fall nachdrücklich zeigt. Der von der Beklagten zu 4 herbeigerufene Notarzt benötigte sogar nur 8 Minuten, um zur F-Klinik zu gelangen. Gleichwohl war es zu spät, um die schweren Schäden von der Klägerin abzuwenden. Eine direkte ärztliche Aufsicht über das Handeln der Beklagten zu 4 war eben gerade nicht gegeben.**

Es steht aus Sicht der Kammer fest, dass der Atem- und nachfolgend der Kreislaufstillstand bei der Klägerin durch die von der Beklagten zu 4 verabreichte Infusion ausgelöst wurden.

Folglich haftet die Beklagte zu 1 für die bei der Klägerin eingetretenen Schäden, weil sie sich zur Erfüllung ihrer Verbindlichkeiten aus dem Behandlungsvertrag mit der Klägerin hinsichtlich der postoperativen Betreuung ungeeigneten Personals bediente, indem sie die Beklagte zu 4 als alleiniges medizinisches Personal für die Nacht in der Klinik zurückließ. Sie haftet daher

aus eigenem Organisationsverschulden ebenso wie für das Verschulden der Beklagten zu 4 im Rahmen des Behandlungsvertrages über § 278 BGB.

### Haftung des Klinik-Geschäftsführers

Auch der Beklagte zu 2 ist als Geschäftsführer der Beklagten zu 1 insoweit verantwortlich. Als Geschäftsführer ist er derjenige, der die GmbH nach außen vertritt. Dementsprechend schließt er auch die Verträge mit dem von der GmbH beschäftigten Personal. Als einziger Mediziner war er zudem der einzige, der die Qualifikation oder Nichtqualifikation der Beklagten zu 4 beurteilen konnte. Darüber hinaus war er für die Organisation der Klinik und damit auch der postoperativen Betreuung der Klägerin verantwortlich. Er haftet folglich aus unerlaubter Handlung wegen Organisationsverschuldens.

### Haftung der Medizinstudentin

Die Klage ist auch gegen die Beklagte zu 4 begründet. Dabei kann dahinstehen, ob die Beklagte zu 4 ein sogenanntes Übernahmeverschulden trifft. Ein Übernahmeverschulden setzt voraus, dass der Betreffende, 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. Es kommt darauf an, ob er sich unter den besonderen Umständen des Falles darauf verlassen durfte, dass die vorgesehene Behandlung ihn nicht überforderte (BGHZ 88, 248, 258 f. = ArztR 1984, 131; BGH NJW 1994, 3008). Die Kammer hat Zweifel daran, dass von der Beklagten zu 4 nach ihren Erfahrun-

gen und Kenntnissen verlangt werden konnte, die Behandlung der Klägerin, abzulehnen. Gerade im Hinblick auf die geringe Praxiserfahrung der Beklagten zu 4 erscheint dies fraglich, da ihr möglicherweise gar nicht klar war, welche Komplikationen auftreten konnten. Letztlich kann dies aber dahingestellt bleiben.

Die Beklagte zu 4 hat selbstständig Behandlungsfehler begangen, für die sie haftet. Selbst wenn sie die Anweisung des Beklagten zu 3 „Infusionsrest aus OP“ missverstanden haben sollte, so ist es ihr doch in jedem Fall anzulasten, dass sie, obwohl sie erkannt hat, dass der Inhalt der Infusionsflasche nicht der Beschriftung entsprechen konnte, da er milchig-trüb war, sich über diesen Inhalt nicht vergewisserte, sondern ihn unter Heranziehung einer vermeintlich plausiblen Erklärung der Klägerin infundierte; und dies, obwohl ihr die Beklagten zu 2 und 3 ihre Telefonnummern hinterlassen hatten, falls Unklarheiten bestünden oder Komplikationen auftraten. Damit hat sie, wie auch der Sachverständige Prof. Dr. Z. ausgeführt hat, gegen eine medizinische Grundregel verstoßen. Sie haftet daher ebenfalls aus unerlaubter Handlung auf Schadensersatz und Schmerzensgeld.

### Haftung des Anästhesisten

Hingegen war die Klage gegen den Beklagten zu 3 abzuweisen.

Die Kammer verkennt nicht, dass auch der Beklagte zu 3 einen pflichtwidrigen kausalen Beitrag zu dem Geschehen geleistet hat, indem er die angebrochene Infusionsflasche im Operationssaal hat hängen lassen, noch dazu mit einer falschen Beschriftung. Dabei bestand eine, wenn auch nicht schriftlich fixierte, Absprache dahingehend, dass der Anästhesist nach einer Operation in der F-Klinik seinen Arbeitsplatz selbst

aufräumte und auch für die Säuberung der Geräte verantwortlich war. Einmalgegenstände waren von dem Anästhesisten zu entsorgen.

Der Sachverständige Prof. Dr. Z. hat bereits in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, der Beklagte zu 3 habe das Infusionsgemisch nicht adäquat entsorgt und beschriftet und damit gegen zahlreiche aktuelle Sicherheitsvorschriften verstoßen.

Gleichwohl kann eine Verurteilung des Beklagten zu 3 auf diese Pflichtwidrigkeit nicht gestützt werden. Der Beklagte zu 3 ist davon ausgegangen, dass er es bei der Beklagten zu 4 mit einer examinieren Krankenschwester zu tun habe. Er hat sie bei ihrem Erscheinen gefragt, ob sie die Nachtschwester sei, was sie bejaht habe. Die Beklagte zu 4 hat dies letztlich nicht bestritten. Sie hat sich dahingehend eingelassen, dass sie sich selbst nicht als Nachtschwester bezeichnen würde, dass es aber sein könne, dass sie auf Frage des Beklagten zu 3 dies bejaht habe. Damit durfte der Beklagte zu 3 davon ausgehen, es mit einer examinieren Krankenschwester zu tun zu haben, zumal es auch nicht naheliegender war, dass von den Beklagten zu 1 und 2 unqualifiziertes Personal als einzige Nachtwache eingesetzt wurde, sodass er damit auch nicht zu rechnen brauchte.

Aufgrund dieses Umstandes konnte der Beklagte zu 3 aber nicht damit rechnen, dass eine im OP zurückgelassene Infusionsflasche mit offenem, also unsterilem Infusionssystem und einem Rest milchig-trüber Verfärbung, mithin unklarem Inhalt, durch ausgebildete und qualifizierte Pflegekräfte nochmals zur Anwendung am Patienten kommt, da dies gegen jegliche Grundregeln im Umgang mit Infusionslösungen verstößt.

Auch die Anweisung „Infusionsrest aus OP“ ändert an diesem Ergebnis nichts, da, wie bereits ausgeführt, die Anweisung aus medizinischer Sicht aus den vorerwähnten

Gründen eindeutig war. Damit ist der Zurechnungszusammenhang der von dem Beklagten zu 3 in Gang gesetzten Kausalkette unterbrochen worden. Zwar muss derjenige, der ein pflichtwidriges Verhalten an den Tag legt, auch damit rechnen, dass andere ebenfalls Fehler machen und sie sich gegebenenfalls zurechnen lassen. Sofern es sich bei diesen Fehlern jedoch um besonders gravierende Fehler handelt, wird der Kausalzusammenhang unterbrochen. Dies ist dann der Fall, wenn der hinzutretende Dritte die ihm obliegenden Sorgfaltspflichten und die Anforderungen an ein gewissenhaftes fachliches Verhalten in außergewöhnlich hohem Maße außer Acht lässt bzw. in völlig unsachgemäßer Weise eine weitere Schadensursache setzt (vgl. BGH NJW 2012, 2024 Rn 15 = ArztR 2012, 294 und NJW 2003, 2311 Rn 18 = ArztR 2003, 237, Palandt/Grüneberg, BGB, 73. Aufl.; Vorbem. vor § 249 Rn 47). Ein solcher gravierender Fehler war vorliegend gegeben. Wie bereits ausgeführt, verstieß das Handeln der Beklagten zu 4 in mehrfacher Hinsicht gegen elementare Grundregeln medizinischen Verhaltens. Hiermit brauchte und konnte der Beklagte zu 3 nicht zu rechnen.

Soweit der Sachverständige Prof. Dr. Z. Kritik an der Vorgehensweise bei der Anästhesie und auch an der Dokumentation der Anästhesie geübt hat, hat er gleichzeitig ausgeführt, dass sich diese Mängel nicht ausgewirkt haben, da die Klägerin nach Abschluss der Operation zeitnah aufgewacht und wach und orientiert gewesen sei. Diese Einschätzung ist für die Kammer in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Die für die Klägerin fatalen Fehler wurden nicht bei der Anästhesie unter der Operation gemacht, sondern im Rahmen der postoperativen Betreuung.

Letztlich war die Beklagte zu 4 nicht Erfüllungsgehilfin des Beklagten zu 3. Aufgabe des Beklagten zu 3 war es, die Anästhesie durchzuführen

ren. Üblicherweise wird ein Patient, wenn er operiert worden ist, zunächst auf eine Aufwach- oder Intensivstation verbracht, wo Anästhesisten und Intensivmediziner sie betreuen. Einen Aufwachraum gibt es in der F-Klinik nicht, weshalb die Klägerin sofort auf ihr Zimmer verbracht wurde. Anders als im Fall eines Krankenhauses, in dem ein Patient von der Fachabteilung wieder übernommen wird, sobald er sich auf der jeweiligen Fachstation befindet, war es hier allerdings so, dass der Beklagte zu 2 und der Beklagte zu 3 jeweils nach ihren Fachgebieten die Beklagte zu 4 für den Nachtdienst instruierten. Der Beklagte zu 2 unterrichtete sie über die Wunden und Verbände sowie darüber, was die Klägerin unter chirurgischen Gesichtspunkten essen durfte. Der Beklagte zu 3 erläuterte der Beklagten zu 4 die Schmerzmedikation und auch die Insulingabe. Die von ihm gemachten Vorgaben dürften folglich, so wie die Behandlung in der F-Klinik praktiziert wurde, nicht lediglich eine Empfehlung für den Beklagten zu 2 dargestellt haben, der sie dann umsetzte. Vielmehr gab es Anweisungen direkt von dem Beklagten zu 3 an die Beklagte zu 4. Für diese Anweisungen trägt der Beklagte zu 3 auch die Verantwortung. Gleichwohl wurde damit die Beklagte zu 4, die der Beklagte zu 3 überhaupt nicht kannte, und die von dem Beklagten zu 2 für die von ihm geschuldete postoperative Betreuung angestellt worden war, nicht zur Erfüllungsgehilfin des Beklagten zu 3. Sie blieb vielmehr Angestellte der Beklagten zu 1, die im Rahmen des Behandlungsvertrages die von der Beklagten zu 1 geschuldeten Pflegeleistungen durchführte. Dass der Beklagte zu 3 für das Fehlverhalten der Beklagten zu 4 nicht haftet, folgt auch bereits daraus, dass die Anästhesie von der Beklagten zu 1 selbst geschuldet war, die Klägerin also mit dem Beklagten zu 3 keinen eigenen

Behandlungsvertrag abgeschlossen hatte. Dementsprechend ist auch ausgeschlossen, dass der Beklagte zu 3 sich der Beklagten zu 4 zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten gegenüber der Klägerin bediente. Als Verrichtungsgehilfin des Beklagten zu 3 im Sinne von § 831 BGB kommt die Beklagte zu 4 schon deshalb nicht in Betracht, weil der Beklagte zu 3 die Beklagte zu 4 nicht zu der Verrichtung als Nachtwache bestellt hatte, sondern weil dies durch die Beklagten zu 1 und 2 geschehen war.

Eine Haftung des Beklagten zu 3 ist damit ausgeschlossen. Die Klage war gegen ihn abzuweisen.

Die Sache ist noch nicht zur Entscheidung reif, da über einzelne Schadenspositionen noch Beweis zu erheben sein wird. Sie ist daher dem Grunde nach für gerechtfertigt zu erklären. Aus dem gleichen Grund war der Feststellungsantrag zuzusprechen.

### Wertung und Schlussfolgerungen

Eine „Klinik“ für Plastische Chirurgie mit lediglich zwei Patientenzimmern führt bei einer Patientin mit zusätzlichen Risiken eine Operation von 8,5 Stunden Dauer durch. In dieser „Klinik“ existiert weder ein Aufwachraum, noch ein ärztlicher Bereitschaftsdienst, noch eine qualifizierte pflegerische Betreuung.

Operateur, Anästhesist und Pflege verabschieden sich bald nach Durchführung der OP in den Feierabend, ohne eine mit Propofol versetzte Kochsalzinfusion zu entsorgen, die von der Operation übrig geblieben war.

Leben und Gesundheit der Patientin liegen ab diesem Zeitpunkt in den Händen einer Medizinstudentin, die noch nicht einmal die Standardkomplikation „Postoperative Übelkeit“ beherrscht, sodass die Katastrophe ihren Lauf nimmt.

Die Medizinstudentin infundiert

grob fahrlässig das nicht entsorgte Narkosemittel, verursacht hierdurch - wenig überraschend - eine sofortige tiefe Narkose, die ohne adäquate Behandlung mit Stabilisierung der Vitalfunktionen dann zu einem Herz-, Kreislauf- und Atemstillstand bei der Patientin führt. Völlig überfordert und allein gelassen versagt die Medizinstudentin dann bei der Notfallbehandlung/Reanimation. Das Ganze führt zu einer irreparablen schweren Hirnschädigung bei der Patientin, die sich seitdem im Wachkoma befindet.

Vor dem Landgericht Mainz beschrieb der Geschäftsführer diese „Organisation“ seiner Klinik selbst rechtfertigend als „Minimalstandard“. Der Begriff „lebensbedrohliche Organisationskatastrophe“ wäre wohl treffender.

So weit so schlecht. Die Verurteilung der „Klinik“ wegen einer Verletzung des Behandlungsvertrages und der Medizinstudentin wegen schwerer Behandlungsfehler ist nach einem derartigen Desaster unvermeidlich.

**Wirklich interessant und neu ist aber die persönliche Verurteilung des Klinik-Geschäftsführers. Das Landgericht Mainz hat diese nur beiläufig begründet. Vermutlich war dem Landgericht Mainz gar nicht bewusst, dass es mit dieser Verurteilung juristisches Neuland betreten hat.**

Dass Klinik-Geschäftsführer bei einer Schädigung von Patienten durch Organisationsfehler zivilrechtlich und strafrechtlich in die Haftung genommen werden müssen, wird zwar schon seit langem gefordert<sup>3</sup>. Real scheitert eine persönliche Verurteilung der verantwortlichen Klinik-Geschäftsführer aber meist an einer Reihe praktischer Probleme, insbesondere daran, dass im Schadensfall keine strukturellen

<sup>3</sup> Vgl. Bruns, Wolfgang; Persönliche Haftung des Krankenhaus-Geschäftsführers für Organisationsfehler? *ArztR* 2003, 60 - 66

Defizite untersucht werden<sup>4</sup>.

Obwohl sich vorliegend die überforderte, grob fehlerhaft handelnde Medizinstudentin als „Sündenbock“ und „Schuldabladestelle“ geradezu anbot, und entsprechende „Entlassungsstrategien“ von Klinik, Geschäftsführer und Anästhesist auf die gerichtliche Feststellung eine „Alleinschuld“ der Medizinstudentin zielten, ist es deshalb verdienstvoll, dass sich das Landgericht Mainz hiermit nicht zufrieden gab, sondern sich sachverständig beraten konsequent auch mit der organisatorischen Verantwortung befasste.

Wenn man aber konsequent nachfragt, wer dafür sorgte, dass eine völlig überforderte Medizinstudentin als Nachtwache eine frisch operierte Risikopatientin nach einer OP von 8,5 Stunden Dauer allein betreuen musste, findet man auch die richtige Antwort:

Der Klinik-Geschäftsführer ist verantwortlich für diesen katastrophalen Organisationsfehler und muss deshalb auch persönlich haften.

4 Vgl. Bruns, a.a.O.

5 Bruns, Wolfgang; Gastroskopie und Koloskopie ohne zweiten Arzt – Freiheitsstrafe nach tödlicher Komplikation bei der Sedierung, Strafurteil des Amtsgerichts Augsburg vom 23.12.2013, 8 LS 200 Js 112337/09, ArztR 2014, 117 - 125;

Organisationsverantwortung von Praxisinhabern, Strafurteil des Amtsgerichts Limburg an der Lahn vom 25.3.2011, 3 Js 7075/08 – 52 LS, ArztR 2011, 232 - 239;

Zum Tötungsvorsatz bei nicht rechtzeitiger Einweisung einer komatösen Patientin, BGH, Urteil vom 7.7.2011, 5 StR 561/10 zu einer Schönheits-OP ganz ohne Anästhesisten, ArztR 2012, 123 - 126;

Bruns, Wolfgang; Sedierung ohne zweiten Arzt – Strafbarkeit wegen fahrlässiger Tötung, Urteil des Amtsgerichts München vom 13.12.2005, 824 Ds 125, Urteil des Landgerichts München I vom 26.7.2006 16 Ns 125 ArztR 2007, 69 - 74;

Schulte-Sasse, Uwe, Bruns, Wolfgang; Sedierung ohne zweiten Arzt - Lebensgefahr für die Patienten, ArztR 2007, 116 - 124;

Schulte-Sasse, Uwe, Bruns, Wolfgang; Fachübergreifender Bereitschaftsdienst, Lebensgefahr als Folge von Kosteneinsparungen, ArztR 2006, 116 - 127;

Andreas, Manfred; Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal, ArztR 2008, 144 - 155 zum letztlich gescheiterten MAfA-Konzept des HELIOS-Konzerns;

Zwar war der Klinik-Geschäftsführer in Personalunion auch als ästhetisch-plastischer Chirurg tätig und konnte sich in dieser Funktion völlig entlasten. Die OP verlief trotz „Zimmer-Klinik“, einer Dauer von 8,5 Stunden und einer Risikopatientin ordnungsgemäß.

Die katastrophale postoperative Nachsorge ging aber auf – kostensparende – betriebliche Entscheidungen des Geschäftsführers zurück, sodass es konsequent ist, dass er hierfür im Schadensfall genauso persönlich haftet wie die Medizinstudentin für die von ihr zu verantwortenden Behandlungsfehler.

**Die vom Landgericht Mainz vorgenommene persönliche Verurteilung des Klinik-Geschäftsführers ist ein ermutigendes Signal.**

Wer als Geschäftsführer künftig kostensparende Billigstrukturen organisiert, Personal immer weiter einspart oder qualifiziertes Personal durch unterqualifizierte Billigkräfte ersetzt, muss im Schadensfall damit rechnen, dass er hierfür persönlich haftet – zivilrechtlich und gegebenenfalls auch strafrechtlich.

Dubiose, in der ästhetisch-plastischen Chirurgie aber besonders verbreitete „Zimmer-Kliniken“, umwerben Patienten häufiger mit „schönem Schein“, verzichten aber auf die erforderliche kostenaufwendige Einrichtungs- und Personalstruktur, damit die behandelungsimmanenten medizinischen Risiken sicher beherrscht und die Patienten vor Schaden bewahrt werden.

Diese wirtschaftlich höchst lukrative, medizinisch aber desaströse Unterschreitung des medizinisch gebotenen Standards ist aber nicht auf die ästhetisch-plastische Chirurgie beschränkt. Ähnliche Entwicklungen gibt es bei ambulanten OP-Zentren, der Patienten-Sedierung zur Durchführung ambulanter Eingriffe<sup>5</sup>, aber auch in vermeintlich besser organisierten Akutkrankenhäusern.

**Wenn es überhaupt möglich sein**

**sollte, mit haftpflichtrechtlichen oder strafrechtlichen Verurteilungen eine verhaltenssteuernde Wirkung zu erzielen, dann in vergleichbaren Fällen wie dem des Landgerichts Mainz. Wenn die für die Organisation verantwortlichen Geschäftsführer im Schadensfall persönlich in die Haftung genommen werden, kann dies helfen, dem übergroßen wirtschaftlichen Anreiz zu schadenstiftender Billigmedizin zu widerstehen und teure aber sichere Strukturen vorzusehen, die eine Schädigung der Patienten vermeiden.**

### Haftung des Anästhesisten

Soweit das Landgericht Mainz die Klage gegen den Anästhesisten abgewiesen hat, geschah dies wohl unter dem Einfluss des zweitbeauftragten anästhesiologischen Sachverständigen und nach Auffassung des Autors zu Unrecht.

Zwar ist es richtig, dass das Landgericht die Kritik des Gutachters an dem Vorgehen während der Anästhesie und deren Dokumentation in seinem Urteil angesprochen aber als nicht entscheidend angesehen hat. Die Patientin hatte die Operation trotz der Anästhesiemängel gut überstanden, war wach und orientiert.

Zweifelhaft ist dagegen das Argument des Landgerichts Mainz, die sorgfaltswidrig unterlassene Entsorgung des Infusionsrests sei dem Anästhesisten infolge „unterbrochener Kausalität“ nicht mehr zurechenbar, weil sich genau diese Sorgfaltswidrigkeit bei der Schädigung der Patientin auswirkte. Wenn der fehlerhaft beschriftete Infusionsrest von dem Anästhesisten ordnungsgemäß entsorgt worden wäre, hätte dieser nicht mehr verwendet werden können.

Entscheidend ist aber das folgende Argument: Der Anästhesist wusste aufgrund seiner Zusammenarbeit mit der F-Klinik, dass diese über keinen Aufwachraum und keinen ärztli-

chen Bereitschaftsdienst verfügte und zur Überwachung einer Risikopatientin nach einer langen schweren OP nur eine einzige Pflegekraft als Nachtwache einsetzte.

Durfte der Anästhesist, der diese offensichtliche Standardunterschreitung kannte, dann auf die pflegerische Fachkompetenz dieser einzigen, ihm persönlich nicht bekannten Nachtwache vertrauen und davon ausgehen, dass diese eine postoperative Übelkeit, d.h. eine Komplikation sicher beherrscht, die er selbst zuvor durch seine Anästhesie verursacht hatte?

Diese Frage zu stellen, heißt sie zu verneinen. Das Landgericht Mainz hätte daher auch den Anästhesisten als vierten Gesamtschuldner zu Schadensersatz und Schmerzensgeld verurteilen müssen.

Allerdings verzichtete die Patientin bzw. deren Betreuer darauf, gegen das insoweit unrichtige Grundurteil des Landgerichts Mainz Berufung zum OLG Koblenz einzulegen, um auf diese Weise doch noch eine Verurteilung des Anästhesisten zu erreichen. Dies ist zwar rechtlich unbefriedigend, war aber wirtschaftlich vernünftig. Nach dem Grundurteil des Landgerichts Mainz haften der Patientin bereits drei Gesamtschuldner auf Schadensersatz und Schmerzensgeld. Von einer Verurteilung des Anästhesisten durch das OLG Koblenz als viertem Gesamtschuldner hätte die Patientin daher keinen nennenswerten wirtschaftlichen Vorteil gehabt.

Anzumerken ist allerdings, dass die Klinik und der Geschäftsführer in ihrer unzulässigen Berufung wort-

reich begründet hatten, dass der Anästhesist ebenfalls als Gesamtschuldner haften müsse.

Von der Einbeziehung des Anästhesisten in die Haftung versprachen sich Klinik und Geschäftsführer Vorteile im internen Gesamtschuldnerausgleich, weil der Schaden dann auf insgesamt vier Personen und deren Haftpflichtversicherungen verteilt worden wäre. Zudem hätten von den beteiligten Haftpflichtversicherungen dann interne Diskussionen über „Hauptschuld“ und „Nebenschuld“ und hieran anknüpfende Schadensquoten geführt werden können.