

wendung dieser Bestimmungen befaßten Amtsträger von deren Wirksamkeit ausgehen, ohne damit ihre Sorgfaltspflichten zu verletzen. Um so mehr gilt dies, als auch die Rechtsprechung der Sozialgerichte, beispielsweise in dem von der Kl. betriebenen sozialgerichtlichen Verfahren, die Wirksamkeit und Anwendbarkeit dieser Vorschriften bejaht hatte. Das Bayerische LSG hat in seinem – nicht mit einer Begründung versehenen – der Kl. günstigen Urteil die Bekl. zur Erteilung der Zustimmung verpflichtet, die Wirksamkeit des Zustimmungserfordernisses selbst also nicht in Frage gestellt.

c) Die Handhabung der als wirksam angesehenen Bestimmungen der GGR-Ä und des BMV-Ä durch die Bekl. und die auf dieser Grundlage getroffenen Entscheidungen begründen auch für sich allein betrachtet, d. h. ohne Rücksicht auf die Verfassungswidrigkeit, keinen Schuldvorwurf. Insbesondere handelte die Bekl. nicht schuldhaft, als sie es ablehnte, die Kl. als „Übergangsfall“ im Sinne des Abschn. F Nr. 2 GGR-Ä anzuerkennen. Diese Bestimmung lautete (i. d. F. v. 23. 9. 1986) wie folgt: „In die Standortplanung sind die bei Inkrafttreten der Richtlinien vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte einzubeziehen; dies gilt auch für die Ersatzbeschaffung. Den vorhandenen Geräten im Sinne dieser Richtlinien sind auch solche Geräte gleichgestellt, deren beabsichtigte Anschaffung vor Inkrafttreten der Richtlinien (28. März 1986) der Kassenärztlichen Vereinigung angezeigt wurde und für die darüber hinaus der Beginn der Installation zu diesem Tage nachgewiesen wird.“

Die Bekl. hat ihre Entscheidung darauf gestützt, daß die Kl. zum Stichzeitpunkt die erforderliche fachliche Qualifikation für die Erbringung von Leistungen mit dem Computertomographen (unstreitig) nicht nachgewiesen habe. Das SG M. hat in seinem Urt. v. 12. 11. 1987 diese Rechtsauffassung der Bekl. gebilligt. Es hat ausgeführt, § 25 Abs. 4 BMV-Ä sei eine besondere Regelung für die Erbringung ärztlicher Sachleistungen bei Kassenpatienten, die die allgemeinen Vorschriften um ein weiteres objektbezogenes Kriterium (Übereinstimmung mit der Standortplanung für medizinisch-technische Großgeräte) erweitert habe. Die Erbringung ärztlicher Sachleistungen setze jedoch voraus, daß der Arzt auch bestimmte persönliche Voraussetzungen (Zulassungsvoraussetzung, spezielle Qualifikationsvoraussetzung) erfülle. Die Zustimmung zur Ausführung ärztlicher Sachleistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten könne deshalb nur erteilt werden, wenn der Arzt über die entsprechende fachliche Qualifikation verfüge. Maßgeblicher Zeitpunkt, zu dem die persönlichen Voraussetzungen vorliegen müßten, sei bei der Anerkennung als Übergangsfall der Zeitpunkt des Inkrafttretens der Großgeräte-Richtlinien (28. 3. 1986); denn die Übergangsregelung in Abschn. F Nr. 2 der Großgeräte-Richtlinien stelle sowohl in Satz 1 als auch in Satz 2 hinsichtlich der in objektiver Hinsicht erreichten Rechtsposition auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens ab. Für die in subjektiver Hinsicht erlangte Rechtsposition könne nichts anderes gelten. Eine Anerkennung als Übergangsfall nach Satz 1 sei demnach nur möglich, wenn der ärztliche Betreiber im Zeitpunkt des Inkrafttretens bestimmte persönliche Voraussetzungen erfülle. Das gleiche gelte für die Anerkennung eines Übergangsfalles nach Satz 2. Danach müßten im Zeitpunkt des Inkrafttretens in objektiver Hinsicht alle notwendigen Vorarbeiten abgeschlossen sein. Dasselbe müsse dann auch für den Arzt gelten. Auch dieser müsse im Zeitpunkt des Inkrafttretens alle persönlichen Genehmigungen eingeholt haben, die das Betreiben des Geräts bei Inbetriebnahme gestatteten.

d) Zwar ist im vorliegenden Fall die allgemeine Richtlinie nicht anwendbar, daß dem Beamten dann kein Schuldvorwurf gemacht werden kann, wenn ein mit mehreren Rechtskundigen besetztes Kollegialgericht das Vorgehen

dieses Beamten für objektiv amtspflichtgemäß gehalten hat; denn an der Entscheidungsfindung des SG war lediglich ein Berufsrichter beteiligt. Es ist auch nicht zu verkennen, daß die Entscheidung des SG im Ergebnis der Nachprüfung durch die Berufungsinstanz nicht standgehalten hat. Gleichwohl sind die Erwägungen des SG keineswegs als sachfremd zu bezeichnen. Deswegen kann auch den Amtsträgern der Bekl., wenn sie aufgrund inhaltsgleicher Erwägungen zu ihrer der Kl. ungünstigen Entscheidung gelangt sind, nicht der Vorwurf gemacht werden, sie hätten sich so weit von Wortlaut und Sinn der anzuwendenden Bestimmungen entfernt, daß das gewonnene Ergebnis (die Wirksamkeit jener Bestimmungen unterstellt) nicht mehr als vertretbar angesehen werden könne. Deshalb liegt ein Verstoß gegen den objektivierten Sorgfaldmaßstab im oben bezeichneten Sinne nicht vor.

e) Unerheblich war, daß die Kl. beabsichtigte, die entsprechenden Leistungen durch die in die zu gründende Gemeinschaftspraxis aufzunehmende ärztliche Partnerin erbringen zu lassen. Das Berufungsgericht hat unstreitig gestellt, daß die Kl. im eigenen Namen um die Abrechnungsgenehmigung nachgesucht habe, nicht im Namen einer Gemeinschaftspraxis und nicht im Namen eines ärztlichen Partners, der über die entsprechende Weiterbildung verfügte. Deswegen war in subjektiver Hinsicht allein auf die Person der Kl. abzustellen. [Wird ausgeführt.]

f) Unerheblich ist auch das weitere Vorbringen der Kl., die Bekl. habe anderen Ärzten die Zustimmung erteilt, obwohl diese die subjektive Qualifikation ebenfalls nicht besessen hätten. Wenn die Bekl. bei objektiv zweifelhafter Rechtslage in Einzelfällen zu unterschiedlichen Entscheidungen gelangte, so läßt dies keinen Rückschluß darauf zu, daß speziell im Fall der Kl. die objektivierten Sorgfaltspflichten mißachtet worden sind. Um so mehr gilt dies, als die Kl. selbst vorträgt, die von ihr benannten Ärzte hätten die jeweiligen Geräte durch andere Ärzte bedienen lassen, die über die entsprechenden Befähigungsnachweise verfügt hätten. Gerade dies war indessen im Stichzeitpunkt weder bei der Kl. noch bei ihrer in Aussicht genommenen Partnerin der Fall gewesen. Deshalb ist nicht ersichtlich, daß die Sachverhalte überhaupt vergleichbar gewesen waren.

2. Ein Entschädigungsanspruch aus enteignungsgleichem Eingriff steht der Kl. nicht zu, da die Versagung der Zustimmung seitens der Bekl. den eigentumsmäßigen Schutzbereich der Arztpraxis der Kl. als eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nicht tangiert hat (siehe dazu die Ausführungen oben I.).

3. Da nach alledem die mit der Klage geltend gemachten Amtshaftungs- und/oder Entschädigungsansprüche nicht bestehen, fehlt auch den zu deren Vorbereitung und Durchsetzung dienenden Auskunftsansprüchen von vornherein die Grundlage.

III. Aufgrund des von dem Berufungsgericht festgestellten Sachverhalts ist die Sache im Sinne einer abschließenden Entscheidung reif. Auf die Revision der Bekl. ist das klageabweisende Urteil des LG unter Zurückweisung der Rechtsmittel der Kl. wiederherzustellen.

(Bearbeitet von Dr. iur. Hans Kamps, Geschäftsführer der Bezirksärztekammer Südwürttemberg, Jasminweg 15, 72076 Tübingen)

Organisationspflichten des Belegkrankenhausträgers

BGB § 823

Das Belegkrankenhaus muß im Rahmen seiner Organisationspflicht gegen eine Handhabung einschreiten, durch welche der Belegarzt dem Pflegepersonal des

Belegkrankenhauses Aufgaben überläßt, die die pflegerische Kompetenz übersteigen (hier: Überwachung eines CTG durch die Nachtschwester).

BGH, *Urt. v. 16. 4. 1996 – VI ZR 190/95 (OLG Hamm)*

Problemstellung: Die Entscheidung des BGH erging zu den Organisationspflichten des Trägers eines Belegkrankenhauses. Dem VI Zivilsenat stellte sich die Frage, ob das Belegkrankenhaus es zu verantworten hat, wenn durch die Handhabung des Nachtdienstes auf der Belegstation dem Pflegepersonal vom Belegarzt Aufgaben außerhalb des pflegerischen Bereichs zugewiesen oder überlassen werden, welche die pflegerische Kompetenz überschreiten. Ausgehend von dem Grundsatz, daß beim gespaltenen Arzt-Krankenhaus-Verhältnis (grundlegend zum Belegarztsystem Franzki/Hansen, *NJW* 1990, 737–743) die ärztlichen Leistungen nicht zu den Aufgaben des Krankenhauses gehören und dieses weder vertraglich noch deliktisch für Fehler des Arztes einzustehen braucht (vgl. zuletzt BGHZ 129, 6, 13 f. = *MedR* 1995, 366 m. Problemstellung v. Reiling), stellt der Senat klar, daß diese haftungsrechtliche Unterscheidung zwischen Belegarzt und Belegkrankenhaus nicht dazu führen kann, das Belegkrankenhaus von der Haftung für eigene Fehler freizustellen, wenn ihm innerhalb seines Verantwortungsbereichs schuldhaft Versäumnisse unterlaufen sind, die zu einer Schädigung des Patienten geführt haben. Weil im vorliegenden Fall die Überwachung des CTG durch eine dafür nicht qualifizierte Nachtschwester der auf der gynäkologischen Station üblichen Regelung bzw. Handhabung entsprach, sieht das Gericht nicht ausschließlich die ärztliche Tätigkeit betroffen, sondern auch die Verantwortlichkeit des Krankenhausträgers berührt. Dieser hätte durch organisatorische Maßnahmen sicherstellen müssen, daß sein Pflegepersonal nicht mit derartigen medizinischen Aufgaben befaßt wurde, und jedenfalls in geeigneter Weise gegen einen solchen Mißstand einschreiten müssen. Hinsichtlich des Kausalitätsnachweises gewährt der BGH dem verletzten Patienten bei groben Organisationsfehlern Beweiserleichterungen in gleicher Weise wie bei groben Behandlungsfehlern (vgl. BGH, *VersR* 1994, 562 m. w. N.).

Zum Sachverhalt: Die Kl. zu 1 a) war mit einer Zwillingschwangerschaft (errechneter Geburtstermin 5. 7. 1990) Patientin des früheren Zweitbekl., der Belegarzt in einem von der Erstbekl. getragenen Krankenhaus ist. Dort wird u. a. eine gynäkologische Belegstation unterhalten. Am 22. 5. 1990 wurde die Kl. nach einer Untersuchung, die vorzeitige Wehen ergab, auf Veranlassung des Zweitbekl. gegen 11.30 Uhr in diese Belegstation aufgenommen und dort mittels Tokolyse-Tropf behandelt. Zeitweise fanden CTG-Aufzeichnungen statt. Während der folgenden Nacht waren auf der Belegabteilung weder ein Arzt noch eine Hebamme zugegen. Nachdem die Nachtschwester den Zweitbekl. mindestens zweimal – zunächst wegen Erbrechens und sodann wegen von der Patientin gemeldeter Wehen – angerufen hatte, verständigte sie gegen 5.49 Uhr die frühere Drittbekl., die als Beleghebamme Bereitschaftsdienst hatte. Auf deren Veranlassung bat sie gegen 5.51 Uhr telefonisch den Zweitbekl., ins Krankenhaus zu kommen, wo dieser und die Drittbekl. kurz nach 6.00 Uhr eintrafen. Die Geburt der Zwillinge erfolgte spontan um 6.50 Uhr und 6.53 Uhr. Während beim erstgeborenen Kind, dem Kl. zu 2), zunächst keine neurologischen Auffälligkeiten eingetreten sind, kam es beim zweiten Kind als Folge einer Hirnblutung zur Ausbildung eines Wasserkopfes und am 9. 9. 1990 zum Tod durch Hirnversagen.

Mit der Klage haben die Kl. zu 1 a) und ihr Ehemann, der Kl. zu 1 b), als Erben des verstorbenen Kindes von den Bekl. die Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes – nach ihrer Vorstellung mindestens 20 000 DM – verlangt. Der Kl. zu 2) hat die Feststellung der Ersatzpflicht der Bekl. für alle künftigen Schäden aus dem Geburtsgeschehen begehrt. Die Kl. zu 3) hat als gesetzlicher Krankenversicherer

Ersatz gezahlter Krankenkosten in Höhe von 30 643,47 DM und die Feststellung der Ersatzpflicht der Bekl. für künftige Aufwendungen verlangt. Die Kl. haben der Bekl. zu 1) Organisations- und Überwachungsverschulden und den Bekl. zu 2) und 3) Behandlungsfehler vorgeworfen. Sie haben behauptet, hierdurch sei es zu dem Tod des zweitgeborenen Kindes und der Gefahr künftiger Schäden des Kl. zu 2) gekommen.

Das LG hat die Klagen in vollem Umfang abgewiesen. Auf die Berufungen der Kl. hat das OLG unter Zurückweisung der Rechtsmittel im übrigen die Bekl. zu 1) und 2) als Gesamtschuldner zur Zahlung eines Schmerzensgeldes von 20 000 DM verurteilt und gegenüber diesen Bekl. den Feststellungsanträgen der Kl. zu 2) und 3) stattgegeben sowie den Zahlungsantrag der Kl. zu 3) für dem Grunde nach berechtigt erklärt. Zur Entscheidung über die Höhe des Anspruchs und die Kosten des Berufungsverfahrens hat es die Sache an das LG zurückverwiesen. Gegen dieses Urteil hat nur die Erstbekl. Revision eingelegt, mit der sie Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils erstrebte. Die Revision hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen: I. Das Berufungsgericht hat nach sachverständiger Beratung eine Haftung des Zweitbekl. für die geltend gemachten Schäden bejaht, weil ihm im Zusammenhang mit der Geburt eine Reihe von Behandlungsfehlern unterlaufen seien, die zumindest in ihrer Gesamtschau als grob zu bewerten seien. Der Erstbekl. falle ein Organisations- und Überwachungsverschulden im Hinblick auf die unzureichende Beobachtung und Kontrolle von Patientinnen mit Risikoschwangerschaft zur Last. Zwar treffe im Rahmen eines gespaltenen Krankenhausvertrages (Modell Belegkrankenhaus) den Krankenhausträger grundsätzlich keine Haftung für die eigenen Fehler des selbst liquidierenden Arztes bei der Erbringung der von ihm persönlich geschuldeten ärztlichen Leistungen. Er müsse lediglich die erforderliche ärztliche und nichtärztliche Assistenz verschaffen und den notwendigen technischen Apparat bereitstellen. Dieser Pflicht habe die Erstbekl. insofern genügt, als Arzt und Hebamme in Rufbereitschaft bereitgestanden hätten und auch zwei CTG-Geräte vorhanden gewesen seien. Es sei grundsätzlich Sache des selbst liquidierenden Belegarztes, wie er die von ihm allein geschuldete medizinische Betreuung und Versorgung organisiere, zumal dem Krankenhausträger im Notfall auch die erforderliche medizinisch-fachliche Kompetenz fehle, um ärztliche Anordnungen beurteilen zu können.

Das könne jedoch nicht gelten, wenn organisatorische Anordnungen des Arztes dazu führten, daß eigenes Personal des Krankenhausträgers mit Aufgaben befaßt werde, zu deren Erfüllung es erkennbar nicht die erforderliche fachliche Qualifikation besitze. Nach dem Vortrag des Zweitbekl., dem die Erstbekl. nicht konkret widersprochen habe, sei es die übliche Regelung gewesen, daß nächtliche CTG-Beurteilungen zunächst allein durch die Nachtschwester erfolgten und diese erst dann Arzt oder Hebamme verständigte, wenn sie Auffälligkeiten festgestellt zu haben glaubte. So sei es auch hier gehandhabt worden, so daß die unzureichende CTG-Kontrolle der Kl. nicht auf einer falschen medizinischen Einschätzung des Zweitbekl. beruhe, für welche die Erstbekl. nicht einzustehen habe, sondern auf einer unzulänglichen Organisation der nächtlichen Betreuung durch die Erstbekl. Der Hinweis des Zweitbekl., dies sei wegen der Überlastung von Ärzten und Hebammen auch in anderen Krankenhäusern so üblich, könne die Erstbekl. nicht entlasten. Diese habe nach ihrem eigenen Vortrag gewußt, daß die Nachtschwester die Kurvenverläufe des CTG nicht richtig deuten könne und hierzu auch nicht befugt sei. Da die Erstbekl. aufgrund vertraglicher Nebenpflichten gehalten sei, erkennbar drohende Gefahren von im Belegkrankenhaus aufgenommenen Patienten abzuwenden, müsse sie jedenfalls im Organisationsbereich der stationären Behandlung den Arzt hinsichtlich der Grundzüge der diesem obliegenden Organisationsaufgaben überwachen. Deshalb hätte sie dafür sorgen müssen, daß entweder

Arzt oder Hebamme auch nachts im Krankenhaus seien, wenn die Beurteilung eines CTG erforderlich sei, oder daß nachts keine Patienten aufgenommen würden, bei denen eine CTG-Kontrolle erforderlich sei oder werden könne. Selbst wenn die Erstbekl. keine konkrete Kenntnis von der organisatorischen Praxis in der betreffenden Belegstation gehabt habe, entlaste sie das nicht, weil sie sich im Rahmen der Kontroll- und Aufsichtspflichten über ihr Pflegepersonal vergewissern müsse, daß Schwestern nicht durch Anordnungen des Arztes mit Aufgaben befaßt würden, die außerhalb ihrer fachlichen Kompetenz lägen.

Das Organisations- und Überwachungsversäumnis der Erstbekl. sei als grober Fehler zu bewerten, weil die fehlerhafte Organisation bei ausreichender Beaufsichtigung des eigenen Personals von der Erstbekl. leicht zu entdecken und abzustellen gewesen sei und das geübte Verfahren der nächtlichen CTG-Beurteilung durch die Schwester ein erkennbar erhebliches Gefahrenpotential für die Patientin mit sich gebracht habe. Das führe ebenso wie beim Zweitbekl. zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität der Pflichtverletzung für den eingetretenen Schaden.

II. Diese Ausführungen halten den Angriffen der Revision jedenfalls im Ergebnis stand.

1. Die Revision rügt in erster Linie, das Berufungsgericht habe den Umfang der Organisationspflicht der Erstbekl. verkannt.

a) Zutreffend und insoweit von der Revision unbeanstandet geht das Berufungsgericht davon aus, daß das von der Erstbekl. getragene Krankenhaus hinsichtlich der gynäkologischen Belegstation als sog. Belegkrankenhaus anzusehen ist und deshalb grundsätzlich nicht für Fehler des Belegarztes haftet. Dies beruht, wie der erkennende Senat zuletzt im Urte. v. 14. 2. 1995 (BGHZ 129, 6, 13 f. = MedR 1995, 366, 369 f.; vgl. auch Senatsurt. BGHZ 95, 63, 70 = MedR 1986, 137, 140 m. Anm. Uhlenbruck, und v. 14. 7. 1992 – VI ZR 214/91 –, MedR 1993, 67 = VersR 1992, 1263 f., sowie BGH, Urte. v. 29. 3. 1990 – I ZR 76/88 –, MedR 1990, 266 = NJW 1990, 2317 f.) dargelegt hat, auf der Erwägung, daß die ärztlichen Leistungen nicht zu den Vertragsaufgaben des Belegkrankenhauses gehören und folglich dessen Träger nach den für den sog. gespaltenen Krankenhausvertrag entwickelten Regeln (hierzu Senatsurt. BGHZ 121, 107, 111 ff., m.w.N. = MedR 1993, 191, 192 f.) nicht für Fehler des Arztes einzustehen braucht, die diesem bei Erbringen der von ihm selbst geschuldeten ärztlichen Leistungen unterlaufen.

b) Indessen kann diese haftungsrechtliche Unterscheidung zwischen Belegarzt und Belegkrankenhaus nicht dazu führen, das Belegkrankenhaus von der Haftung für eigene Fehler freizustellen, wenn ihm innerhalb seines Verantwortungsbereichs schuldhaft Versäumnisse unterlaufen sind, die zu einer Schädigung des Patienten geführt haben.

Das Berufungsgericht hat ein solches Versäumnis bei der Organisations- und Überwachungspflicht des Belegkrankenhauses für sein eigenes Personal darin gesehen, daß es nicht gegen die Handhabung des Zweitbekl. eingeschritten sei, CTG-Beurteilungen der Nachtschwester zu überlassen, die erst dann den Belegarzt oder die Beleghebamme verständigen sollte, wenn sie Auffälligkeiten festzustellen glaubte. Hiergegen wendet sich die Revision im Ergebnis ohne Erfolg.

aa) Richtig ist zunächst der Ansatz des Berufungsgerichts, daß die pflegerische Betreuung zu den Vertragsaufgaben des Belegkrankenhauses gehört und dieses insoweit eine eigene Verantwortung für das von ihm eingesetzte Pflegepersonal trägt (Senatsurt. BGHZ 89, 263, 271 = MedR 1984, 143, 145). Dieser Verantwortung des Belegkrankenhauses wird die Revision mit ihrer Auffassung, es handele sich bei dem Vertrag zwischen Belegkrankenhaus und Patient lediglich um einen „Beherbergungsvertrag be-

sonderer Art“, nicht gerecht. Zwar entspricht es der oben skizzierten Eigenart des Belegkrankenhauses wie auch dem von der Erstbekl. vorgelegten Belegarztvertrag mit dem Zweitbekl. v. 23. 9. 1987 (dort § 4 Abs. 1 Satz 2 und § 7), daß die fachliche medizinische Behandlung und Betreuung allein Sache des Belegarztes ist, der auch zu Weisungen gegenüber dem ihm vom Belegkrankenhaus zur Durchführung seiner ärztlichen Tätigkeit bereitgestellten Personal berechtigt ist. Diese vertraglichen Regelungen betreffen indes nur die Beziehungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus, während vorliegend die Pflichten des Belegkrankenhauses gegenüber dem Patienten zu beurteilen sind.

Dabei geht es im Streitfall nicht um Fehler des Personals bei der Pflegetätigkeit, für welche das Belegkrankenhaus ohne weiteres einzustehen hätte (Senatsurt. v. 7. 2. 1956 – VI ZR 302/54 –, VersR 1956, 221 f.; sowie OLG Stuttgart, NJW 1993, 2384 ff.). Vielmehr stellt sich die Frage, ob das Belegkrankenhaus es zu verantworten hat, wenn durch die Handhabung des Nachtdienstes auf der Belegstation dem Pflegepersonal vom Belegarzt Aufgaben außerhalb des pflegerischen Bereichs zugewiesen oder überlassen werden, die die pflegerische Kompetenz übersteigen. Insoweit geht das Berufungsgericht in Einklang mit den Ausführungen des medizinischen Sachverständigen zutreffend davon aus, daß es sich bei der Auswertung des CTG nicht um eine pflegerische, sondern um eine medizinische Tätigkeit handelt, die grundsätzlich dem Arzt oder der Hebamme obliegt und für welche jedenfalls die Nachtschwester nicht die erforderliche Qualifikation besaß.

Die Revision zieht das nicht in Zweifel, meint aber, die Haftung für diesen kompetenzüberschreitenden Einsatz der Nachtschwester treffe nur den Belegarzt, der dieser gegenüber weisungsbefugt gewesen sei. Dabei verkennt sie jedoch zum einen, daß das Weisungsrecht des Belegarztes nach § 7 des Belegarztvertrags bei interessengerechter Auslegung nur Weisungen bezüglich derjenigen Tätigkeit betreffen kann, für welche das Personal vom Belegkrankenhaus bereitgestellt worden ist, mithin also im Bereich der pflegerischen Tätigkeit; eine Befugnis des Arztes, dem Pflegepersonal eigene medizinische Aufgaben zuzuweisen, kann hieraus nicht hergeleitet werden. Im übrigen hat das Berufungsgericht für den vorliegenden Fall keine konkreten Weisungen des Erstbekl. an die Nachtschwester betreffend die nächtliche Auswertung des CTG festgestellt, sondern dem Belegkrankenhaus zur Last gelegt, daß es nicht gegen eine Handhabung des nächtlichen Dienstes auf der Belegstation eingeschritten sei, durch welche in Fällen der vorliegenden Art die Betreuung von Patienten allein der Nachtschwester überlassen werde.

Die Revision wendet sich nicht gegen die tatrichterliche Feststellung, es habe der üblichen Regelung entsprochen, daß nächtliche CTG-Beurteilungen zunächst allein durch die Nachtschwester erfolgten und diese erst dann Arzt oder Hebamme verständigte, wenn sie Auffälligkeiten festzustellen glaubte. Sie meint unter Hinweis auf die medizinische Kompetenz des Belegarztes lediglich, das Belegkrankenhaus habe gegen diese Handhabung nicht einschreiten und sich entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts auch nicht vergewissern müssen, daß Schwestern nicht durch ärztliche Anordnung mit Aufgaben außerhalb ihrer fachlichen Kompetenz befaßt würden.

Entsprach jedoch nach den tatrichterlichen Feststellungen dieser Ablauf des nächtlichen Dienstes auf der gynäkologischen Belegstation der dort üblichen Regelung bzw. Handhabung, so betrifft das entgegen der Auffassung der Revision nicht ausschließlich die ärztliche Tätigkeit, sondern berührt auch die Verantwortlichkeit der Erstbekl.

bb) Der erkennende Senat hat im Urte. v. 14. 2. 1995, a.a.O., die Frage aufgeworfen, wie weit die Organisationspflicht eines Belegkrankenhauses hinsichtlich der Bereitstel-

lung von ärztlichem und nichtärztlichem Personal reicht, brauchte sie jedoch nicht zu entscheiden, weil im damaligen Fall mit der Anwesenheit von Bereitschaftsarzt und Hebamme bei der Entbindung der Einsatz von entsprechend qualifiziertem Personal organisatorisch sichergestellt war. Auch der vorliegende Fall nötigt nicht zu einer abschließenden Beurteilung dieser Frage. Wenngleich das Berufungsgericht kein Versäumnis der Erstbkl. darin gesehen hat, daß Arzt und Hebamme lediglich in Rufbereitschaft standen, hat es doch die konkrete Handhabung unter dem Blickpunkt einer geordneten Krankenhausorganisation für unzureichend erachtet. Das hält im Ergebnis rechtlicher Nachprüfung stand.

Bei einer derartigen Ausgestaltung des Nachtdienstes war nämlich die ordnungsgemäße Versorgung der Patientin auch von seiten des Belegkrankenhauses nicht in der erforderlichen Weise sichergestellt. Soll nämlich einerseits die Nachtschwester bei Auffälligkeiten des CTG den Arzt verständigen, kann sie aber andererseits solche Auffälligkeiten mangels fachlicher Ausbildung nicht zuverlässig erkennen, so liegt auf der Hand, daß die Rufbereitschaft des Belegarztes jedenfalls dann nicht ausreichen kann, wenn ihre Auslösung von der Auswertung eines CTG durch die fachlich nicht kompetente Nachtschwester abhängt.

Unter diesem Blickpunkt hat das Berufungsgericht mit Recht ein entscheidendes Defizit auf seiten der Erstbkl. darin gesehen, daß es nach der üblichen Handhabung der nur für den allgemeinen Pflegebereich ausgebildeten Nachtschwester überlassen war, die Entscheidung über die Hinzuziehung des Belegarztes zu treffen, obwohl sie jedenfalls im Hinblick auf die Auswertung des CTG gar nicht erkennen konnte, wann die Situation kritisch wurde und ärztliches Erscheinen geboten war. Deshalb hätte das Belegkrankenhaus durch organisatorische Maßnahmen sicherstellen müssen, daß sein Pflegepersonal nicht mit derartigen Aufgaben befaßt wurde, und jedenfalls in geeigneter Weise gegen einen solchen Mißstand einschreiten müssen. Das hätte sich dahin ausgewirkt, daß der Belegarzt für eine den medizinischen Anforderungen entsprechende Regelung des Nachtdienstes und der Rufbereitschaft auf der Belegstation und in diesem Rahmen auch für die Überwachung des CTG durch eine entsprechend ausgebildete Person hätte sorgen müssen, ohne insoweit Pflegepersonal einsetzen zu können.

cc) Soweit das Berufungsgericht allerdings meint, das Belegkrankenhaus hätte bei nicht ständiger geburtshilflicher Präsenz von Arzt oder Hebamme nachts keine Patienten aufnehmen dürfen, bei denen eine CTG-Kontrolle erforderlich war oder werden konnte, stellt sich diese Frage im Streitfall nicht, da die Aufnahme der Kl. zu 1 a) am Vormittag erfolgt ist. Auch hat der medizinische Sachverständige es vorliegend für vertretbar gehalten, daß die Kl. zu 1 a) in ein Belegkrankenhaus mit der von der Erstbkl. im einzelnen dargelegten personellen und technischen Ausstattung aufgenommen und nicht an ein besonderes geburtshilfliches Zentrum verwiesen worden ist. Da das Berufungsgericht einen Fehler der Erstbkl. lediglich im organisatorischen Bereich gesehen hat, ohne im übrigen ihre Ausstattung zu beanstanden, stellt es entgegen der Auffassung der Revision auch keinen Verfahrensfehler nach § 286 ZPO dar, daß es sich mit dem Vortrag der Erstbkl. zu ihrer personellen und technischen Ausstattung nicht im einzelnen befaßt hat.

c) Mit zutreffenden Erwägungen hat das Berufungsgericht die Versäumnisse der Erstbkl. für schuldhaft erachtet, weil sie sich selbst dann, wenn sie keine konkrete Kenntnis von den Vorgängen in der betreffenden Belegstation gehabt haben sollte, im Rahmen der Kontroll- und Aufsichtspflichten über ihr Pflegepersonal hätte vergewissern müssen, daß Schwestern nicht mit ärztlichen Aufgaben befaßt

würden. Nach den verfahrensfehlerfreien Feststellungen des Berufungsgerichts, daß die Handhabung des Nachtdienstes der üblichen Regelung entsprochen habe, kann nämlich von einer längeren Dauer dieses Zustands ausgegangen werden. Dann liegt jedoch auf der Hand, daß die Erstbkl. bei pflichtgemäßer Überwachung ihres Personals hiervon ohne weiteres Kenntnis erhalten konnte und gegen dessen kompetenzüberschreitenden Einsatz einschreiten mußte.

2. Erfolglos wendet sich die Revision auch dagegen, daß das Berufungsgericht das Organisations- und Überwachungsversäumnis der Erstbkl. als groben Fehler bewertet hat und deshalb zu einer Umkehr der Beweislast für den Ursachenzusammenhang zwischen Pflichtverletzung und Schaden gelangt ist.

a) Die Revision hält schon vom Ansatz her die vom erkennenden Senat entwickelten Grundsätze zur Beweiserleichterung bei groben ärztlichen Fehlern (vgl. Senatsurt. v. 4. 10. 1994 – VI ZR 205/93 –, MedR 1995, 70 = VersR 1995, 46 m. zahlr. Nachw.) für nicht anwendbar auf den vorliegenden Fall, weil diese Beweislastregeln nur für das Arzt/Patientenverhältnis entwickelt worden seien.

Indessen können Beweiserleichterungen für den Kausalitätsbeweis nicht nur bei groben Behandlungsfehlern, sondern in gleicher Weise bei Organisationsfehlern in Betracht kommen (vgl. Senatsurt. v. 1. 2. 1994 – VI ZR 65/93 –, VersR 1994, 562 m.w.N.). Auch ein Verstoß des Krankenhausträgers gegen die ihm obliegenden Organisationspflichten kann sich im Einzelfall als grober Fehler darstellen, wenn hierdurch wie bei groben ärztlichen Fehlern das Spektrum der Schadensursachen derart verbreitert oder verschoben worden ist, daß dem Patienten billigerweise die Beweisführung nicht mehr zugemutet werden kann (vgl. Senatsurt. BGHZ 85, 212, 216 f.). Infolgedessen kommt es nach den vom erkennenden Senat entwickelten Kriterien (zusammengefaßt im Senatsurt. v. 4. 10. 1994, a.a.O.) darauf an, ob die Versäumnisse der Erstbkl. derart schwerwiegend waren, daß sie dem Träger eines Belegkrankenhauses schlechterdings nicht unterlaufen durften, und ob durch sie die Aufklärung des Sachverhalts für den Patienten unzumutbar erschwert worden ist. Unter diesen Blickpunkten hält die tatrichterliche Bewertung der Versäumnisse der Erstbkl. als grob revisionsrechtlicher Nachprüfung stand. Das Berufungsgericht hat hierzu ausgeführt, das auf der Belegstation geübte Verfahren habe einerseits ein erkennbar erhebliches Gefahrenpotential für die Patientin dargestellt, sei jedoch andererseits bei ausreichender Beaufsichtigung des eigenen Personals von der Erstbkl. leicht zu entdecken und abzustellen gewesen. Hiernach hält sich die Beurteilung des Fehlers als grob im Rahmen des tatrichterlichen Ermessens (vgl. hierzu auch OLG Stuttgart, NJW 1993, 2384, 2386 f.).

b) Bei dieser Sachlage oblag den Kl. entgegen der Auffassung der Revision nicht der Beweis dafür, daß der Organisationsfehler für den Tod des zweitgeborenen und eine mögliche gesundheitliche Schädigung des erstgeborenen Kindes ursächlich war. [...]

*(Eingesandt und bearbeitet von
Wiss. Mitarb. Dr. iur. Christian Katzenmeier,
Friedrich-Ebert-Platz 2, 69117 Heidelberg)*

Pflicht der Ärztekammer zur Auskunftserteilung in Verfahren vor der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen

GG Art. 20 Abs. 1 (Demokratie); VwVfG §§ 88, 93 Satz 2 Nr. 2

Die Ärztekammer ist bei Durchführung eines Verfahrens vor der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen gegenüber dem beteiligten Arzt ver-