

Kommunikationsmängel zwischen Operateur und Anästhesist gefährden Patienten

Urteil des Bundesgerichtshofs vom 26.1.1999 - VI ZR 376/97 -

mit einer Risk-Management-Analyse von Chefarzt Prof. Dr. Uwe Schulte-Sasse, Heilbronn

Der Bundesgerichtshof hat seiner Entscheidung folgenden amtlichen Leitsatz vorangestellt:

„Beim Zusammenwirken mehrerer Ärzte im Rahmen der sogenannten horizontalen Arbeitsteilung (hier: Anästhesist und Ophthalmologe bei einer Schieloperation) bedarf es zum Schutz des Patienten einer Koordination der beabsichtigten Maßnahmen, um Risiken auszuschließen, die sich

aus der Unverträglichkeit der von den beteiligten Fachrichtungen vorgesehenen Methoden oder Instrumente ergeben könnten.“

Schulte-Sasse hat auch das zugrunde liegende Urteil des Oberlandesgerichts analysiert und ist unter Berücksichtigung der Methoden des Risk-Managements zu folgendem Ergebnis gelangt: Der Zeitaufwand, den Chirurgen und Anästhesisten in Kontrolle,

Verbesserung und Sicherung der Qualität der Kommunikation untereinander investieren, wird im Ergebnis weit mehr zur Risikominderung und Qualitätssicherung in der operativen Medizin beitragen, als es zeitaufwendige, bürokratische Qualitätssicherungsmaßnahmen vermögen, die gegenwärtig - ungeachtet ihrer fehlenden Aussagekraft - in unsere Krankenhäuser Einzug halten.

Zum Sachverhalt:

Die am 14.10.1985 geborene Klägerin wurde wegen beidseitigen Schielens nach einer vorangegangenen, in Intubationsnarkose durchgeführten Operation des linken Auges am 12.4.1988 in der von der Streithelferin getragenen Universitätsaugenklinik von dem dort als Oberarzt tätigen Prof. Dr. H. am rechten Auge operiert. Die Anästhesie wurde von der Erstbeklagten als Ketanest-Narkose durchgeführt. Hierbei wurde der Klägerin über einen am Kinn befestigten Schlauch reiner Sauerstoff

in hoher Konzentration zugeführt, während ihr Gesicht bis auf das Operationsfeld am rechten Auge mit sterilen Tüchern abgedeckt war. Bei der Operation setzte Prof. Dr. H. zum Stillen von Blutungen einen Thermokauter ein, mit dem verletzte Gefäße durch Erhitzung verschlossen werden. Während des Kauterns kam es zu einer heftigen Flammenentwicklung, bei der die Klägerin schwere und entstellende Verbrennungen im Gesicht erlitt. In den Folgejahren wurden zahlreiche plastisch-chirurgische Eingriffe durchgeführt, wobei endgültige optische Korrekturen erst

nach Abschluss des Gesichtswachstums möglich sein werden.

Die Klägerin nimmt die Erstbeklagte und das zweitbeklagte Land auf Schadensersatz in Anspruch und macht geltend, der Unfall hätte sowohl von der Anästhesistin als auch vom Operateur vermieden werden können, wenn eine andere Narkose oder ein anderes Instrument zur Blutstillung angewandt worden wäre, da die Flammenbildung auf dem Zusammentreffen von Sauerstoff und Thermokauter beruhe. Für diesen Fehler habe auch das beklagte Land als Anstellungskörperschaft und Träger der Universitätsklinik

einzustehen. Die Klägerin verlangt Schmerzensgeld in Form eines Kapitalbetrags, den sie im zweiten Rechtszug mit 60.000 DM für angemessen hält, daneben wegen der fortgesetzten Beeinträchtigung eine monatliche Schmerzensgeldrente von mindestens 250 DM, ferner Ersatz materiellen Schadens in Höhe von 5.917,90 DM sowie Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten für künftigen materiellen und immateriellen Schaden vorbehaltlich eines Anspruchsübergangs auf Sozialversicherungsträger oder sonstige Dritte.

Das Landgericht hat die gegen das zweitbeklagte Land gerichtete Klage wegen fehlender Passivlegitimation abgewiesen und die Erstbeklagte unter Abweisung der weitergehenden Klage zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 60.000 DM sowie materiellen Schadensersatz von 2.935,15 DM verurteilt und ihr gegenüber auch dem Feststellungsantrag entsprochen. Auf die Berufung der Klägerin hat das Berufungsgericht der Klage gegenüber beiden Beklagten als Gesamtschulder in vollem Umfang stattgegeben, während die von der Erstbeklagten und ihrer Streithelferin eingelegte Berufung ohne Erfolg blieb.

Hiergegen richten sich die Revision des zweitbeklagten Landes und die von der Streithelferin geführte Revision der Erstbeklagten mit dem Ziel vollständiger Klagabweisung.

Aus den Gründen:

I. Begründung des Oberlandesgerichts

Das Berufungsgericht führt - sachverständig beraten - aus, es bestehe kein Zweifel daran, dass die intraoperative Brandentwicklung auf Nachlässigkeit des am Eingriff beteiligten Personals zurückzuführen sei und durch Anwendung der erforder-

lichen Sorgfalt hätte vermieden werden können. **Die Flammenbildung beruhe auf der Verwendung des Thermokauters in Verbindung mit der Zufuhr reinen Sauerstoffs.** Insofern habe sich ein Risiko aus einem von Ärzten voll beherrschbaren Gefahrenbereich verwirklicht, so dass der Krankenträger beweisen müsse, dass die eingetretenen Verletzungen nicht auf einem vermeidbaren Fehler des Personals beruhten. Indessen bestehe kein Zweifel, dass der Brand sowohl für den Operateur als auch die Anästhesistin vermeidbar gewesen sei, und zwar durch Anwendung einer Intubationsnarkose, eines anderen Instruments zur Blutstillung oder selbst bei Wahl der Ketanestnarkose durch vorübergehende Unterbrechung der Sauerstoffzuführung während des Kauterns. Die Beklagten könnten sich nicht darauf berufen, dass ein ähnlicher Schadensfall in der allgemein zugänglichen medizinischen Literatur bis zu dem fraglichen Vorfall vom 12.4.1988 nicht beschrieben gewesen sei. Es liege auf der Hand, dass bei gleichzeitiger Verwendung eines punktuell mit sehr starker Hitzeentwicklung verbundenen Thermokauters zur Vermeidung einer Brandentstehung besondere Vorsicht geboten sei. **Ferner sei bereits aufgrund allgemeiner physikalischer Grundsätze bekannt, dass die Zufuhr reinen Sauerstoffs die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Feuers in hohem Maße begünstigen und beschleunigen könne.**

Beide Beklagten hätten haftungsrechtlich für den Vorfall einzustehen. Wenngleich der Erstbeklagten die Wahl des Narkoseverfahrens nicht als fehlerhaft anzulasten und bei dieser Narkose auch die Zuführung reinen Sauerstoffs nicht zu beanstanden sei, müsse ihr doch vorgeworfen werden, dass sie ihr Vorgehen nicht im Einzelnen mit dem Operateur abgesprachen habe. Wenn sie vor der Operation in Erfahrung gebracht hätten, dass Prof. D. H. einen Thermokau-

ter verwenden wollte, hätte sie eine andere Narkosemethode wählen oder ihn zum Verzicht auf dieses bei der Ketanestnarkose gefährliche Gerät bewegen müssen. Insofern habe es sich verhängnisvoll ausgewirkt, dass die beteiligten Ärzte sich allein auf die Regelung des eigenen Verantwortungsbereichs beschränkt hätten, ohne untereinander die erforderliche Koordination und Absprache vorzunehmen.

Die Haftung des zweitbeklagten Landes ergebe sich trotz fehlender Passivlegitimation aus den Grundsätzen von Treu und Glauben. Auch wenn aufgrund der gesetzlichen Regelung nicht das beklagte Land, sondern die Streithelferin Trägerin der Universitätsklinik sei, könne sich das Land hierauf nicht berufen, weil es sich im vorliegenden Rechtsstreit fast drei Jahre lang ohne Widerspruch als Krankenträger habe behandeln lassen. Insofern sei das Land wegen der für den Patienten kaum zu durchschauenden tatsächlichen und rechtlichen Verzahnungen mit der Universität verpflichtet gewesen, frühzeitig auf das Fehlen der eigenen Trägerschaft hinzuweisen.

II. Begründung des Bundesgerichtshofs

Diese Ausführungen halten der Revision der Erstbeklagten stand, während die Revision des zweitbeklagten Landes Erfolg hat.

A. Revision der Erstbeklagten:

1. Die Revision wendet sich nicht mehr gegen die Feststellung des Berufungsgerichts, dass die plötzliche Flammenentwicklung bei der Operation auf der gleichzeitigen Verwendung eines Thermokauters durch den Operateur und der Zufuhr reinen Sauerstoffs durch die Erstbeklagte während der Ketanestnarkose beru-

he. Bei dieser Sachlage bekämpft sie ohne Erfolg die Auffassung des Berufungsgerichts, die Erstbeklagte habe für die Folgen des Unfalls deliktisch rechtlich einzustehen.

a) Die Revision macht geltend, entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts habe es sich bei dem Zusammenwirken von Thermokauter und Ketanestnarkose nicht um ein durch die Ärzte voll beherrschbares Risiko gehandelt, weil den Ärzten die Gefahr dieses Zusammenwirkens nicht bekannt und folglich von ihnen auch nicht beherrschbar gewesen sei. Mit diesem Vorbringen will sie in erster Linie zur Überprüfung stellen, ob der vom erkennenden Senat für die haftungsrechtliche Zuweisung eines Schadens an den Krankenhausträger entwickelte Grundsatz, dass sich der Krankenhausträger in Umkehr der Beweislast gemäß § 282 BGB entlasten muss, wenn sich der Gesundheitsschaden des Patienten in einem Bereich ereignet hat, dessen Gefahren vom Klinikpersonal voll beherrscht werden können und müssen (Senatsurteil vom 24. 1. 1995 - VI ZR 60/94 - VersR 1995, 539, 540 m.w.N. = ArztR 1996, 62), auf den vorliegenden Fall anzuwenden ist. Indessen bedarf dies keiner abschließenden Beurteilung, weil das Berufungsgericht den **Gesichtspunkt des vollbeherrschbaren Risikos** ersichtlich nur im Zusammenhang mit der Klärung des Ursachenzusammenhangs zwischen der Kombination von Thermokauter und Ketanestnarkose einerseits und der Brandentstehung andererseits herangezogen hat. Da diese Ursächlichkeit nunmehr unstrittig ist, bedarf es hierfür keiner Beweiserleichterung, so dass sich die von der Revision aufgeworfene Frage insoweit nicht stellt.

b) Allerdings bleibt das Vorbringen der Revision, die Gefahr einer Brandentstehung beim Zusammentreffen von Ketanestnarkose und Thermokauter sei für die betroffenen Ärzte nicht vorhersehbar gewesen, bedeut-

sam für die deliktische Haftung der Erstbeklagten, die das Berufungsgericht unter dem Blickpunkt eines vorwerfbareren Koordinationsfehlers bejaht hat. Im Ergebnis kann die Revision jedoch hiermit keinen Erfolg haben.

aa) Vergeblich sucht sie aus dem Senatsurteil vom 26.2.1991 - VI ZR 344/89 - VersR 1991, 694, 695 = ArztR 1991, 282 herzuleiten, dass unter den Umständen des Streitfalls entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts eine präoperative Abstimmung zwischen Anästhesistin und Operateur entbehrlich gewesen sei.

Zwar hat der erkennende Senat in jenem Urteil den Grundsatz aufgestellt, dass jeder Arzt denjenigen Gefahren zu begegnen hat, die in seinem Aufgabenbereich entstehen, und dass er sich, solange keine offensichtliche Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, darauf verlassen darf, dass auch der Kollege des anderen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt, ohne dass insoweit eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht. Hieraus kann jedoch nicht hergeleitet werden, dass eine Abstimmung zwischen mehreren an einer Heilmaßnahme beteiligten Ärzten - hier: Anästhesist und Operateur - in solchen Fällen unterlassen werden dürfe, in denen sich die Gefährdung des Patienten gerade aus dem Zusammenwirken mehrerer Ärzte bzw. einer Unvereinbarkeit der von ihnen angewendeten Methoden oder Instrumente ergibt.

bb) Der dargestellte Vertrauensgrundsatz kann nämlich nur in solchen Konstellationen gelten, in denen es um Gefahren geht, die ausschließlich dem Aufgabenbereich eines der beteiligten Ärzte zugeordnet sind, während im Streitfall die Schädigung der Klägerin gerade daraus entstanden ist, dass die von den beteiligten Ärzten angewendeten Maßnah-

men für sich genommen jeweils beanstandungsfrei waren und das besondere Risiko sich erst aus der Kombination der beiderseitigen Maßnahmen ergeben hat.

Insoweit unterscheidet sich der vorliegende Fall maßgeblich von dem Senatsurteil vom 26. 2. 1991 (a.a.O.) zugrundeliegenden Sachverhalt, bei dem es um die Frage ging, ob dem Patienten während der Narkose bestimmte Medikamente verabreicht werden mussten. Hierzu hat der erkennende Senat dargelegt, dass in der präoperativen Phase der Anästhesist für die Vorbereitung der Narkose zuständig und dass es auch seine Sache sei, das geeignete Betäubungsverfahren auszuwählen; demgegenüber sei in der intraoperativen Phase nach dem Grundsatz der horizontalen Arbeitsteilung der Chirurg für den operativen Eingriff mit den sich daraus ergebenden Risiken, der Anästhesist für die Narkose einschließlich der Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen des Patienten zuständig. Wenn der erkennende Senat insoweit darauf hingewiesen hat, dass in diesem Rahmen eine gegenseitige Überwachungspflicht nicht bestehe, weil andernfalls die im Operationssaal besonders wichtige ärztliche Zusammenarbeit empfindlich gestört und ein zusätzliches Risiko für den Patienten geschaffen werde (vgl. auch BGH, Urteil vom 2.10.1979 - 1 StR 440/79 - NJW 1980, 649, 650 = ArztR 1979, 327), so gilt dies ersichtlich nur für Fälle, in denen die Schädigung des Patienten sich im ausschließlichen Verantwortungsbereich eines der beteiligten Fachgebiete, also in einem abgrenzbaren und auf das betreffende Fachgebiet beschränkten Gefahrenkreis eintritt. Aus dem hierfür aufgestellten **Vertrauensgrundsatz** kann jedoch nicht hergeleitet werden, dass unter den Umständen des Streitfalls eine Abstimmung zwischen Anästhesist und Operateur

über die Wahl der Narkosemethode bzw. die bei der Operation zum Einsatz gelangenden Instrumente entbehrlich gewesen wäre.

Insbesondere vermag jener Grundsatz die Pflichten der beteiligten Ärzte gegenüber dem Patienten nicht in solchen Fällen zu begrenzen, in denen sich wie im Streitfall das besondere Risiko der Heilmaßnahme gerade aus dem Zusammenwirken zweier verschiedener Fachrichtungen und einer Unverträglichkeit der von ihnen verwendeten Methode oder Instrumente ergibt.

cc) Der erkennende Senat hat bereits im Urteil vom 5.10.1993 - VI ZR 237/92 - VersR 1994, 102 = ArztR 1994, 156 in Zusammenhang mit der Verpflichtung des hinzugezogenen Arztes, dem behandelnden Arzt über das Ergebnis des Überweisungsauftrags zu berichten, unter Hinweis auf **das ärztliche Berufsrecht** (§§ 3 Abs. 3 und 16 Abs. 5 Musterberufsordnung, § 19 Abs. 2 Bundesmantelvertrag/Ärzte) ausgeführt, dass bei Beteiligung mehrerer Ärzte eine gegenseitige Informationspflicht zu den Schutzpflichten gegenüber dem Patienten gehöre. Schon hiernach liegt eine Verpflichtung der beteiligten Ärzte zur Abstimmung über die Vereinbarkeit von Narkose- und Operationsmethode auf der Hand. Mit Deutlichkeit wird das Bestehen einer solchen Pflicht durch die Anwendung der Grundsätze bestätigt, die der schon im Senatsurteil vom 26.2.1991 (a.a.O.) erwähnten Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung (MedR 1983, 21) sowie der entsprechenden Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Anästhesisten mit der HNO-Heilkunde zugrunde liegen und die der Sachverständige Prof. Dr. K. in

seinem schriftlichen Gutachten vom 19.1.1993 hervorgehoben hat. Er hat hierzu ausgeführt, dass zwar eine solche Vereinbarung zwischen den Berufsverbänden der Anästhesisten und der Ophthalmologen - um die es vorliegend geht - nicht bestehe, **es sich insoweit jedoch um prinzipielle Aussagen handele, die für alle operativen Fächer Gültigkeit habe.**

Infolgedessen ist für den Streitfall jedenfalls sinngemäß der vom Sachverständigen Prof. Dr. K. wiedergegebene Grundsatz aus der Vereinbarung zwischen den Anästhesisten und den HNO-Ärzten anwendbar, wonach der Anästhesist den Erfordernissen des operativen Vorgehens Rechnung zu tragen und er über die Wahl des anästhesiologischen Verfahrens innerhalb der durch das operative Vorgehen gestellten Anforderungen im Benehmen mit dem Operateur zu entscheiden hat. **Dieser Grundsatz entspricht inhaltlich einem wesentlichen Prinzip der horizontalen Arbeitsteilung, also dem Zusammenwirken mehrerer Ärzte verschiedener Fachrichtungen.** Da auch hier das Wohl des Patienten oberstes Gebot und Richtschnur ist, muss für diese Zusammenarbeit der Grundsatz gelten, dass die beteiligten Ärzte den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung entgegenwirken müssen und es deshalb bei Beteiligung mehrerer Ärzte einer Koordination der beabsichtigten Maßnahmen bedarf, um zum Schutz des Patienten einer etwaigen Unverträglichkeit verschiedener von den Fachrichtungen eingesetzten Methoden oder Instrumente vorzubeugen.

Unter diesem Blickpunkt ist auch dann, wenn insoweit keine ausdrückliche Vereinbarung zwischen den beteiligten Fachrichtungen besteht, schon nach allgemeinen Grundsätzen eine Pflicht der beteiligten Ärzte zu bejahen, durch hinreichende gegenseitige Information und Abstimmung

vermeidbare Risiken für den Patienten auszuschließen (vgl. auch Steffen/Dressler, *Arzthaftungsrecht*, 7. Aufl., Rn. 240; Geiß, *Arzt haftpflichtrecht*, 2. Aufl. S. 110; Laufs, *Arztrecht*, 5. Aufl., Rn. 529).

Angesichts dieser Verpflichtung, die im Ergebnis auch der gerichtliche Sachverständige bestätigt hat, lässt die Auffassung des Berufungsgerichts, es habe vorliegend an der erforderlichen Koordination und Absprache aller Maßnahmen gefehlt, einen Rechtsfehler nicht erkennen.

dd) Die deshalb gebotene Abstimmung zwischen der Erstbeklagten und dem Operateur war entgegen der Auffassung der Revision auch nicht etwa deshalb entbehrlich, weil das Risiko einer Brandentstehung nicht vorhersehbar gewesen wäre. Auch in diesem Punkt konnte sich das Berufungsgericht rechts- und verfahrensfehlerfrei auf das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. K. stützen, der auf nähere Befragung eindeutig erklärt hat, **das Brandrisiko beim Zusammentreffen von Thermokauter und reinem Sauerstoff sei aufgrund physikalischer Grundkenntnisse für die betreffenden Ärzte erkennbar gewesen**, auch wenn es bis zu diesem Vorfall in der medizinischen Literatur nicht beschrieben gewesen sei. Bei dieser Sachlage ist den Einwendungen der Revision gegen die Feststellung eines schuldhaften Koordinationsfehlers auf Seiten der Erstbeklagten die Grundlage entzogen. War die Erstbeklagte nämlich, wie oben ausgeführt, zur Abstimmung mit dem Operateur verpflichtet und war das aus der Kombination der von beiden Seiten vorgesehenen Methoden hervorgehende Brandrisiko neben dem Operateur auch für sie vorhersehbar, wie der Sachverständige ausdrücklich bestätigt hat, so liegt auf der Hand, dass das Versäumnis einer hinreichenden Abstimmung schuldhaft war.

Soweit die Erstbeklagte in der mündlichen Revisionsverhandlung die Behauptung aufgestellt hat, dass in der betreffenden Klinik bei Operationen dieser Art bisher kein Thermokauter verwendet worden sei, so dass sie aus diesem Grund nicht mit dem Einsatz eines solchen Instruments habe rechnen müssen, ist dies in den Tatsacheninstanzen nicht vorgetragen worden. Auch die übrigen Verfahrensrügen, die sie in diesem Zusammenhang erhebt, greifen nicht durch. Insbesondere kann als wahr unterstellt werden, dass der Erstbeklagten bei der hier zu beurteilenden Operation nicht bekannt war, dass Prof. Dr. H. einen Thermokauter verwenden wollte. Ihr Sorgfaltsverstoß besteht nämlich gerade darin, dass sie die gebotene präoperative Abstimmung mit dem Operateur unterlassen hat, bei der sie dies in Erfahrung gebracht hätte.

B. Revision des zweitbeklagten

Landes:

Die Revision des zweitbeklagten Landes hat Erfolg und führt unter teilweiser Aufhebung des Berufungsurteils zur Zurückweisung der Berufung der Klägerin gegen die erstinstanzliche Abweisung der Klage gegenüber dem Land.

1. Zutreffend ist das Berufungsgericht unter Anwendung der Grundsätze aus dem in BGHZ 96, 360, 363 ff. = ArztR 1986, 143 abgedruckten Senatsurteil zur Auffassung gelangt, dass nicht das zweitbeklagte Land, sondern die Streithelferin der Erstbeklagten Trägerin der Universitätsklinik und damit für die geltend gemachten Ansprüche passivlegitimiert ist.

2. Die Auffassung des Berufungsgerichts, gleichwohl müsse sich das Land nach den Grundsätzen von Treu und Glauben im vorliegenden Rechtsstreit als passivlegitimiert behandeln lassen, beanstandet die Revision mit Recht.

Das Berufungsgericht sucht insoweit aus dem Senatsurteil vom 10.11.1970 - VI ZR 83/69 - VersR 1971, 227 ff. = ArztR 1971, 40 und dem Urteil des OLG Schleswig, VersR 1996, 634 eine Haftung des zweitbeklagten Landes herzuleiten, weil es sich trotz fehlender Passivlegitimation nahezu drei Jahre lang widerspruchlos als richtiger Anspruchsgegner habe behandeln lassen.

Dieser Auffassung vermag der erkennende Senat nicht zu folgen. Er hat wiederholt ausgesprochen, dass der Beginn eines Rechtsstreits den Parteien regelmäßig keine besonderen Pflichten zu gegenseitiger Rücksichtnahme auferlege und insbesondere nicht die Pflicht, sofort auf Bedenken gegen die fehlende Passivlegitimation hinzuweisen (Senatsurteil BGHZ 96, 360, 370 m.w.N. = ArztR 1986, 143). Zutreffend macht die Revision geltend, dass Ausnahmen von diesem Grundsatz bisher nur bei Fallgestaltungen angenommen worden sind, in denen der Einwand fehlender Passivlegitimation erst nach langjähriger Prozessdauer erhoben worden war, wie im Senatsurteil vom 10.11.1970 (a.a.O.) nach sieben und im Urteil des OLG Schleswig (a.a.O.) nach acht Jahren. Demgegenüber wird der vorliegende Fall entscheidend dadurch geprägt, dass die Frage der Passivlegitimation des durch die nachträgliche Klageerweiterung im

November 1989 in den Rechtsstreit einbezogenen Landes erstmals durch einen Hinweisbeschluss des Landgerichts vom 30.6.1992 aufgeworfen worden ist und sich das Land hierauf bereits mit Schriftsatz vom 10.9.1992 ausdrücklich auf seine fehlende Passivlegitimation berufen hat. Dies stellt nach Lage des Falles keinen Verstoß gegen Treu und Glauben dar, zumal die Klägerin hierauf erst im August 1996 durch Streitverkündung an die jetzige Streithelferin als Trägerin der Universitätsklinik reagiert hat, obwohl ihr seit September 1992 bekannt war, dass sich das Land auf seine fehlende Passivlegitimation berief (vgl. auch BGH, Urteil vom 6.12.1990 - VII ZR 126/90 - NJW 1991, 975, 976 m.w.N.).

Soweit das Berufungsgericht die Anwendung des Grundsatzes von Treu und Glauben darauf stützen will, dass für den betroffenen Patienten die tatsächlichen und rechtlichen Verzahnungen zwischen Land und Universität kaum durchschaubar seien und deshalb eine Verpflichtung für das Land bestanden habe, frühzeitig auf das Fehlen der eigenen Trägerschaft hinzuweisen, ist dem entgegen zu halten, dass eine solche Unklarheit nicht mehr bestand, nachdem die Frage der Passivlegitimation von Land oder Universitätsklinik als Krankenhausträger durch das bereits erwähnte, in BGHZ 96, 360 ff. = ArztR 1986, 143 abgedruckte Senatsurteil für eine vergleichbare Rechtslage geklärt worden war. Deshalb vermag auch dieser Gesichtspunkt die rechtliche Beurteilung der Passivlegitimation durch das Berufungsgericht nicht zu stützen.

Anmerkung mit Risk-Management-Analyse

Ein Oberarzt, beamteter Professor, einer Universitäts-Augenklinik, führte bei einem dreijährigen Mädchen eine Schieloperation durch. Zur Schmerzausschaltung während der Operation

erhielt das Kind von einer Fachärztin für Anästhesie Ketanest, ein Narkosemedikament, das Schmerzempfindungen unterdrückt und zu Bewusstlosigkeit führt. Als Besonderheit - im Ver-

gleich zu anderen Anaesthetika - hemmt Ketanest den Atemtrieb der Patienten weniger, so dass Eingriffe bei weitgehend erhaltener Spontanatmung vorgenommen werden kön-

nen. Um einer Sauerstoffuntersättigung im arteriellen Blut entgegenzuwirken - eine gewisse Atemdepression ist auch bei Ketanest zu beobachten - wird die Einatmungsluft mit Sauerstoff angereichert. Dies war auch bei dem Kind geschehen; die Anästhesistin hatte einen Schlauch am Kinn der Patientin befestigt, über den 6 Liter Sauerstoff pro Minute zugeführt wurden. Nach der Hautdesinfektion wurde das Gesicht des narkotisierten, spontan atmenden Kindes mit Tüchern abgedeckt, so dass nur noch das zu operierende rechte Auge zugänglich war. Zwanzig Minuten nach Beginn des Eingriffs wollte der Operateur eine Blutung aus der Augenmuskulatur stillen. Hierfür benutzte er einen Thermokauter, ein elektrisches Gerät, mit dem eröffnete Blutgefäße durch Hitze, die beim Stromfluss entsteht, verkocht und damit verschlossen werden. Während dieser Maßnahme kam es plötzlich zu einer heftigen Flammenentwicklung, bei der das Kind schwerste Verbrennungen im Gesicht erlitt. In den folgenden Jahren waren bei dem Kind umfangreiche plastisch - chirurgische Operationen notwendig - Maßnahmen, die bis heute noch nicht abgeschlossen sind, um die ästhetisch entstellenden Verletzungsfolgen zu beseitigen.

Die Eltern des geschädigten Kindes machten Ersatzansprüche geltend, sie behaupten, der verhängnisvolle Unfall hätte sowohl von der Anästhesistin als auch vom Operateur vermieden werden können (16): Das Narkoseverfahren, verbunden mit der offenen Zufuhr von Sauerstoff sei unnötig riskant gewesen, als Alternative wäre bei einer Intubationsnarkose Sauerstoff in einem geschlossenen System zugeführt worden, eine Anreicherung der Sauerstoffkonzentration unter den das Gesicht abdeckenden Tüchern wäre vermieden worden. Der Operateur hätte das Unglück vermieden, wenn er einen anderen Kauter - eine „Bipolarzange“ - eingesetzt hätte. Ge-

klagt wurde auf Schadenersatz und Schmerzensgeld. Landgericht und Oberlandesgericht und schließlich der Bundesgerichtshof haben sich über mehrere Jahren mit der Klage der Eltern befasst. In der nun rechtskräftigen höchststrichterlichen Entscheidung wurde gegenüber der Anästhesistin festgestellt, dass sie verpflichtet ist, der Patientin sämtliche materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die ursächlich auf das Unfallereignis während der Operation zurückzuführen sind. Außerdem wurde die Anästhesistin verurteilt, ein Schmerzensgeld von 60.000,00 DM sowie eine monatliche Schmerzensgeldrente von 250,00 DM zu zahlen. Der den Schaden verursachende Beitrag des Operateurs wurde im Urteilsausspruch deshalb nicht erwähnt, weil die Eltern des Kindes den Operateur nicht verklagt hatten. Dies schließt aber nicht aus, dass sich die Anästhesistin im Innenverhältnis beim Operateur schadlos hält und diesen gemäß § 426 Abs. 2 BGB auf angemessenen Ausgleich - etwa zur Hälfte - in Anspruch nimmt. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass es dazu tatsächlich kommt, weil die Haftpflichtversicherung für beide Ärzte vermutlich gleichermaßen zuständig ist und den Schaden aufgrund des rechtskräftigen Urteils reguliert hat.

Aus Schaden wird man klug - um dieses Sprichwort auf die Medizin im Zeitalter der „Gesundheitsreform 2000“ anzuwenden, ließe sich das Unglück mit den Methoden des heute so betonten *risk management* (12) analysieren, um herauszufinden, welche Konsequenzen für die eigene Praxis aus dem Fall zu ziehen sind. Dies soll in den Schritten des klassischen *risk management* hier geschehen (21):

1. Identifizierung eines Problems,
2. Analyse der Umstände, die ein Unglück verursacht haben,
3. Maßnahmen mit denen zukünftig Unglücke verhindert werden können, und schließlich

4. Erfolgskontrolle, ob die unter 3. vorgeschlagenen Maßnahmen auch greifen, um Risiken zu „managen“.

1. Schritt im risk management - Identifizierung des Problems:

Bei der Überlegung, ob sich ein Unglück, wie beschrieben, auch im eigenen Verantwortungsbereich ereignen könnte, wird jeder in der operativen Medizin tätige Kliniker überrascht sein, wie häufig - nicht nur in der Augenheilkunde - **Operationen im Gesichtsbereich** an wachen oder sedierten, mit Tüchern abgedeckten Patienten in örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Beim Blick unter die Tücher wird man entdecken, dass oft Sauerstoff über eine Sonde zugeführt wird. Diese Maßnahme kommt gehäuft zur Anwendung, insbesondere seitdem billige Apparate zur Verfügung stehen, mit denen die Sauerstoffsättigung im Blut der Patienten nicht invasiv und kontinuierlich überwacht werden kann (10). Und es sind nicht nur Anästhesisten, die Sauerstoffsättigung überwachen und aufrechterhalten, auch Augenärzte, Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Hautärzte und Zahnärzte geben ihren Patienten Sauerstoff, wenn sie in örtlicher Betäubung, ohne „stand by“, von Anästhesisten, operieren (13). Das Risiko, das sich im Operationsaal des Augenarztes verwirklicht hat, kann also durchaus auch an anderer Stelle zu einer Katastrophe führen, Grund genug, um im zweiten Schritt des *risk management* die Gründe zu beleuchten, die zu der schweren Patientenschädigung geführt haben.

2. Schritt im risk management - Analyse der Umstände, die ein Unglück verursacht haben:

Hierzu heißt es im Urteil des Bundesgerichtshofes vom 26.1.99 (3):

„Die Flammenbildung beruhe auf der Verwendung des Thermokauters in Verbindung mit der Zufuhr reinen Sauerstoffs“. In ihrer Verteidigung betonte die Anästhesistin, dass das von ihr gewählte Narkoseverfahren für eine Schieloperation besonders geeignet und in der Augenklinik üblich gewesen sei. Das Unfallereignis sei für sie nicht vorhersehbar gewesen (16). Die Richter des Bundesgerichtshofes setzten dem entgegen: Angesichts der hohen Sauerstoffkonzentration unter den Abdecktüchern liege es auf der Hand, „dass bei der gleichzeitiger Verwendung eines punktuell mit sehr starker Hitzeentwicklung verbundenen Thermokauters zur Vermeidung einer Brandentstehung besondere Vorsicht geboten sei“. Weiter führte die Verteidigung der Anästhesistin an, dass „in der zum Zeitpunkt der Operation maßgebenden medizinischen Literatur es keinen Hinweis auf das Risiko einer Brandentstehung gegeben“ habe (16). Offenbar werden die vom Bundesgerichtshof betonten physikalischen Grundsätze, dass nämlich „die Zufuhr reinen Sauerstoffs die Entstehung und Aufrechterhaltung eines Feuers in hohem Maße begünstigen und beschleunigen könne“ tatsächlich als so „allgemein bekannt“ vorausgesetzt, dass die Mehrzahl der **Lehrbuchautoren** diese Gefahr unerwähnt läßt: So beschreibt das Standardwerk „Augenärztliche Operationen“ im Kapitel „Schieloperationen“ zwar den Einsatz eines Kauters sowie verschiedene Narkosezwischenfälle, ein Hinweis auf die Gefahren, die sich aus den „allgemein bekannten physikalischen Grundsätzen“ verwirklichen könnten, fehlt jedoch (20). Man muss schon eine Weile suchen, um schließlich in den besseren (oft in englischer Sprache verfassten) Lehrbüchern dieses Risiko beschrieben zu finden (4,19): So warnen die Anästhesisten der Harvard Medical School in ihrem Lehrbuch (19), dass „electrocautery

devices are the most common ignition sources“ und dies insbesondere in Gegenwart hoher Sauerstoffkonzentrationen, denn „oxygen is by far the most common oxidizing agent. Materials that are only marginally combustible in air can produce a massive flame in the presence of a high oxygen concentration“. Wenn in der medizinischen Literatur nur gelegentlich auf die Gefahr von Flammenbildung in Gegenwart hoher Sauerstoffkonzentrationen hingewiesen wird, so fehlen in den Bedienungsanleitungen moderner Kautergeräte entsprechende Warnhinweise jedoch nie. So heißt es in der **Bedienungsanleitung** des von Augenärzten benutzten Ophthalmotom der Firma Erbe Elektromedizin (5): „Die Verwendung von zündfähigen Anästhetika, von Lachgas und Sauerstoff sollte vermieden werden, wenn eine Operation im Gebiet von Thorax oder Kopf ausgeführt wird, es sei denn, dass diese Stoffe abgesaugt werden.“ Weiter wird betont: „Brennbare Stoffe, die als Reinigungs- oder Desinfektionsmittel oder als Lösungsmittel für Kleber verwendet werden, sollten vor Anwendung der Hochfrequenz-Chirurgie verdunstet sein“ und „Materialien wie Watte und Mull können durch auftretende Funken gezündet werden, wenn sie mit Sauerstoff gesättigt sind“.

Bei der Analyse der Umstände, die zu dem Unglück geführt haben, wird von den Gerichten ein weiterer Schwachpunkt herausgestrichen, ein Risiko, dass sich auch außerhalb eines Augenoperationssaales verwirklichen kann: gemeint ist der **Mangel an Kommunikation** zwischen Operateur und Anaesthesist, eine - wie der anaesthesiologische Autor meint - typische Schwäche in der gesamten operativen Medizin. Obwohl die beiden Fachvertreter für sich allein vernünftige Ziele verfolgten - die Anästhesistin, die eine adäquate Sauerstoffsättigung sicherstellen, der Augenarzt, der Blutungen stillen

wollte - ist die Schädigung des Kindes gerade daraus entstanden, „dass von den beteiligten Ärzten angewendete Maßnahmen für sich genommen jeweils beanstandungsfrei waren und das besondere Risiko sich erst aus der Kombination der beiderseitigen Maßnahmen ergeben hat“ (3). Zutreffend betont das Oberlandesgericht, „dass es sich verhängnisvoll ausgewirkt hat, dass sich die beteiligten Ärzte darauf beschränkt haben, den eigenen Verantwortungsbe- reich zu regeln; es fehlte die erforderliche Koordination und Absprache aller Maßnahmen“ (16).

Die Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anaesthesist wird - aus anaesthesiologischer Sicht - als „im Großen und Ganzen gut“ (14), bei festlichen Anlässen gar als ein „Konzert des Zusammenspiels zwischen den Fachgebieten einer spezialisierten und technischen Medizin“ (17) beschrieben. Dass diese Charakterisierung der Kommunikation zwischen Operateur und Anaesthesist nicht immer erlebte Wirklichkeit im Klinikalltag darstellt, macht eine Veröffentlichung im angesehenen *British Medical Journal* deutlich: Hier beschreibt ein Anästhesist seine Erfahrungen bei der gemeinsamen Patientenversorgung im Operationsaal mit „If you are from anaesthesia you are dirt. Do not try to join in the conversation in theater, do not expect to be informed or consulted on anything“ (8). Dass Mängel in Zusammenarbeit und Kommunikation nicht von einer Seite allein ausgehen, wird deutlich, wenn der prominente niederländische Anästhesist Booij seinen Kollegen auf dem Europäischen Anästhesiekongress 1998 vorhält, dass „lacking presence throughout the case“, „reading the newspaper in the OR“, „not anticipating on things to come“, „not showing post-operative interest“ dafür verantwortlich sind, dass „surgeons do not consider anaesthetists as serious partners in the treatment of their patients“ (1). Solche Äußerungen, in ihrer Deut-

Narkose auch die Zuführung reinen Sauerstoffs nicht zu beanstanden sei, müsse ihr doch vorgeworfen werden, dass sie ihr Vorgehen nicht im einzelnen mit dem Operateur abgesprochen habe. Wenn sie vor der Operation in Erfahrung gebracht hätte, dass Prof. Dr. einen Thermokauter verwenden wollte, hätte sie eine andere Narkosemethode wählen oder ihn zum Verzicht auf dieses bei der Ketanestnarkose gefährliche Gerät bewegen müssen. Insoweit habe es sich verhängnisvoll ausgewirkt, dass die beteiligten Ärzte sich allein auf die Regelung des eigenen Verantwortungsbereiches beschränkt hätten, ohne untereinander die erforderliche Koordination und Absprache vorzunehmen“ (3).

Um ähnliche Unglücke zu verhüten, gilt es also die Kommunikation zwischen Anästhesisten und Operateuren zu überprüfen, und - so sich Mängel, wie in der Literatur immer wieder beschrieben, auf tun - mit Nachdruck auf Abhilfe zu drängen. Im Interesse der Patientenversorgung - nicht nur in der Augenheilkunde - ist dies eine erfolversprechende, kostengünstige *risk-management* Maßnahme für die gesamte operative Medizin, denn - so betont der Chirurg Hirner (9): „Die Therapie wird überall dort besonders günstige Ergebnisse aufweisen, wo gemeinsamer Dialog und intensive Zusammenarbeit keine künstlichen Grenzen innerhalb der Behandlung einzelner Krankheitsbilder schaffen. Die engstmögliche Zusammenarbeit mit dem Anaesthesisten nimmt hierbei eine herausragende Sonderstellung ein“.

4. Schritt im risk management - Prüfung, ob die zur Risikominderung empfohlenen Maßnahmen greifen:

Im konkreten Fall wird sich zeigen, dass es nicht mehr zu Explosionen im Augenoperationssaal kommt, wenn „die beteiligten Ärzte den spezifischen Gefahren der Arbeitsteilung

entgegenwirken“ und zwar durch „hinreichende gegenseitige Information und Abstimmung“ (so der BGH).

Die Richter des Bundesgerichtshofes betonen die Kommunikation untereinander als „oberstes Gebot und Richtschnur für das Zusammenwirken mehrere Ärzte“. In gleichem Sinne äußert sich der Chirurg Robert F. Freeark in seiner „presidential address“, wenn er bei seinen Fachkollegen eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Anaesthesisten und Operateuren anmahnt: „I hope that I have alerted you to an area that has received insufficient attention far to long; I hope that I have been able to convince you of the importance of improving our communication with those on the other side of the ether screen“ (6).

Der Zeitaufwand, den Chirurgen und Anästhesisten in Kontrolle, Verbesserung und Sicherung der Qualität der Kommunikation untereinander investieren, wird im Ergebnis weit mehr zur Risikominderung und damit zur Qualitätssicherung in der operativen Medizin beitragen, als es die zeitaufwendigen, bürokratischen Qualitäts-sicherungsmaßnahmen vermögen, die gegenwärtig - ungeachtet ihrer fehlenden Aussagekraft (11) - in unsere Krankenhäuser Einzug halten.

Literatur

- 1) Booi LHDJ (1998) How do others think about us, and how can we change it. European Congress of Anesthesiology, Abstract ECA-520.1
- 2) Buck N, Devlin HB, Lunn JN (1987) The report of the confidential inquiry into perioperative deaths. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust / King's Fund
- 3) siehe das oben veröffentlichte Urteil zu I. der Gründe
- 4) Donlon JV Jr, Nozik DL (1982) Anesthesia for head and neck surgery. In: Lebowitz PW, Newberg LA, Gillette MT (eds): Clinical anesthesia procedu-

res of the Massachusetts General Hospital (2nd Ed), pp 195-214

- 5) Erbe Elektromedizin GmbH (1993) Bedienungsanleitung Erbokombi Ophthalmotom, S. 37
- 6) Freeark RJ (1981) Presidential address: Current relations between surgery and anesthesiology - a look at the other side. Surgery 90: 565-576
- 7) Gyssens IC, Knappe JT, Van Hal G, van der Mer JW (1997) The anaesthetist as a determinant factor of surgical antimicrobial prophylaxis. A survey in a university hospital. Pharm World Sci 2: 89-92
- 8) Hambly P (1996) Visions of anaesthesia hell. BMJ 312: 1045
- 9) Hirner A (1990) Maßvolle Chirurgie. Akt Chir 25: 185-191
- 10) Hovagim AR, Vitkun SA, Manecke GR, Reiner R (1989) Arterial oxygen desaturation in adult dental patients receiving conscious sedation. J Oral Maxillofac Surg 47: 936-939
- 11) Junger A, Veit Ch, Klöss Th (1998) Erfahrungsbericht über vier Jahre externe Qualitätssicherung in der Anästhesiologie in Hamburg. Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 33: 417-424
- 12) Junghanns K (1999) Qualitätssicherung - Risk-Management. ArztR 1999: 88-89
- 13) Kraut RA (1985) Continuous transcutaneous O2 and CO2 monitoring during conscious sedation for oral surgery. J Oral Maxillofac Surg 43: 489-492
- 14) Landauer B (1991) Die Zusammenarbeit in der operativen Medizin aus der Sicht des Anästhesisten. Anesthesiol Intensivmed 32: 265-267
- 15) Neale G (1993) Clinical analysis of 100 medico-legal cases. BMJ 307: 1483-1487
- 16) Oberlandesgericht Düsseldorf vom 20.11.1997 - 8 U 13/97 - und LG Düsseldorf vom 5.12.1996 - 8 U 13/97 -
- 17) Patschke D (1999) Eröffnungsansprache des Präsidenten. Anesthesiol Intensivmed 40: 470-474
- 18) Posen S (1996) The portrayal of the doctor in non-medical literature. 15. The surgeon. Aus N Z J Surg 66: 630-635
- 19) Raines D, Su-Pen Chang B, Patafio O (1993) Intraoperative problems. In: Davison JK, Eckhardt WF III, Perese DA (eds): Clinical anesthesia procedures of the Massachusetts General Hospital (4th Ed), pp 247-272
- 20) Rüssmann W (1988) Operative Schielbehandlung. In: Mackensen G, Neubauer H (Hrsg): Augenärztliche Operationen 1 (3. Aufl), S. 400-475
- 21) Schulte-Sasse U (1999) Risk-Management in Anästhesie und Intensivmedizin. ArztR 1999: 89-90
- 22) Sugrue M, Seger M, Kerridge R, Sloane D, Deane S (1995) A prospective study of the performance of the trauma team leader. J Trauma 38: 79-82

Prof. Dr. U. Schulte-Sasse, Heilbronn

ArztR