

Nachschlagewerk: ja
BGHZ: nein

BGB § 839 B, Fc; § 276 Ca

Zu den Sorgfaltspflichten eines Narkosearztes bei einer
Intubationsnarkose.

BGH, Urt. v. 18. März 1974 - III ZR 48/73 - OLG Köln
LG Bonn

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

III ZR 48/73

URTEIL

Verkündet am
18. März 1974
[REDACTED],
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

1. des Professors Dr.med. Günther K [REDACTED], A [REDACTED],
L [REDACTED] O [REDACTED]straße [REDACTED],

Beklagten und Revisionsklägers,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED]

2. des Landes N o r d r h e i n - W e s t f a l e n ,
vertreten durch den Rektor der Universität B [REDACTED],

Streitgehilfen des Beklagten,

- Prozeßbevollmächtigte
II. Instanz: Rechtsanwälte Dr. [REDACTED], [REDACTED],
Dr. [REDACTED], Dr. [REDACTED] und [REDACTED],
K [REDACTED], H [REDACTED]ring [REDACTED] -

gegen

Frau Dr.med. Inge F [REDACTED], A [REDACTED], A [REDACTED]-
straße [REDACTED] - [REDACTED],

Klägerin und Revisionsbeklagte,

- Prozeßbevollmächtigte: Rechtsanwälte Prof.Dr.Dr. [REDACTED]
und Prof.Dr. [REDACTED] -

- 2 -

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. März 1974 durch die Richter Dr. Kreft, Dr. Arndt, Dr. Beyer, Gähtgens und Keßler

für Recht erkannt:

Die Revision des Beklagten gegen das Urteil des 7. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Köln vom 29. Januar 1973 wird zurückgewiesen.

Der Beklagte trägt die Kosten des Revisionsrechtszuges.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Die Klägerin nimmt den Beklagten, einen Facharzt für Anaesthesie, wegen der Folgen eines Narkosezwischenfalls auf Schmerzensgeld in Anspruch.

Am 6. Oktober 1965 ließ sich die damals 40jährige Klägerin in der Universitäts-Frauenklinik in Bonn von deren kommissarischem Leiter, dem damaligen Privatdozenten Dr. L., einen kindskopfgroßen Genitaltumor (Uterusmyom) operativ entfernen. Die in Aachen ansässige Klägerin, die selbst Ärztin ist, suchte gerade die Bonner Klinik auf, weil sie an Kälteüber-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
(mobile App)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

empfindlichkeit litt und deswegen wünschte, daß die für die Operation erforderliche Narkose von einem Fachanaesthesisten vorgenommen würde.

Der Beklagte war damals in der Universitäts-Frauenklinik als beamteter Facharzt für Anaesthesie tätig. Ihm oblag die Durchführung der Narkose bei der Klägerin. Am Vorabend der Operation erhob er bei der Klägerin die übliche Anamnese.

Narkose und Operation verliefen folgendermaßen:

Um 8.00 Uhr verabreichte der Beklagte der Klägerin 0,5 g Evipan intravenös, um durch eine kurze Allgemeinnarkose die Schmerzausschaltung für die beabsichtigte Periduralanaesthesie zu erreichen. Nachdem die Klägerin eingeschlafen war, lagerte er sie auf die rechte Seite und führte die Periduralanaesthesie durch Einspritzen von 30 ml 2 %igem Scandicain in den sogenannten Periduralraum durch. Anschließend wurde die Klägerin in den Operationssaal gefahren und auf den Operationstisch gelagert. Sie erhielt dann noch über eine Gesichtsmaske aus einem Narkosegerät ein Lachgassauerstoffgemisch von 2 : 3 l/min. zur Narkosevertiefung. Gegen 8.20 Uhr begann die Operation. Beim Anlegen des Hautschnittes zeigte die Klägerin Abwehrbewegungen, die erkennen ließen, daß die Periduralanaesthesie "nicht saß". Der Beklagte vertiefte daraufhin die bereits durch die Evipangabe und die Lachgasverabreichung herbeigeführte Allgemeinnarkose mit dem Inhalationsnarkotikum Fluothan in einer Dosierung von 3 Vol % und gab 100 mg

Succinylcholin, um eine Muskeler schlaffung herbeizuführen. Anschließend wurde die Klägerin intubiert (= Einführen eines Schlauches in die Luftröhre) und durch eine Beatmungsmaschine mit dem Narkosegemisch künstlich beatmet. Das Fluothan wurde dann abgestellt und die Narkose allein durch Verabreichung eines Lachgassauerstoffgemischs aufrechterhalten. Während der Operation, die nunmehr ihren Fortgang nahm, verließ der Beklagte den Operationssaal, weil er zu einer anderen Operation gerufen worden war. Er überließ die zwischenzeitliche Überwachung der Klägerin einem Medizinalassistenten. Um 9.30 Uhr wurde der Beklagte zu der Klägerin gerufen, da sie "preßte", d.h. die Muskeler schlaffung nicht mehr ausreichte. Der Beklagte, der bereits um 9.00 Uhr weitere 100 mg Succinylcholin injiziert hatte, verabreichte nochmals eine Dosis von 200 mg und entfernte sich dann wieder, um nach der anderen in Narkose befindlichen Patientin zu sehen. Um 9.35 Uhr war diese zweite Narkose beendet, und der Kläger kehrte in den Operationsraum zurück. Inzwischen war bei der Klägerin ein Verfall eingetreten. Der Beklagte sah sofort, daß sie zyanotisch (= blau) war und ihre Pupillen mittelweit waren. Die unverzüglich durchgeführte Blutdruckkontrolle ergab keinen meßbaren Blutdruck; beim Abhören der Herztöne war kein Herzschlag festzustellen; ein Carotispuls (= Puls an der Halsschlagader) war nicht tastbar.

Im Narkoseprotokoll ist demgemäß für 9.35 Uhr der Vermerk "Herzstillstand" eingetragen. Zunächst wurden äußere Herzmassage sowie Beatmung mit reinem Sauerstoff

angewandt und daneben Kreislaufmittel (Suprarenin, Calcium und Effortil) gespritzt. Diese Maßnahmen brachten insoweit eine Besserung, als sich die Pupillen verengten und die Hautfärbung normalisierte. Da aber eine spontane Herzaktion ausblieb, wurden die Thoraxchirurgen der Chirurgischen Universitätsklinik gerufen, die den Brustkorb öffneten und das Herz unmittelbar massierten. Nach Anwendung von Elektroschocks setzte schließlich wieder eine spontane Herzaktion ein. Der Brustkorb wurde daraufhin wieder verschlossen. Auch die eigentliche gynäkologische Operation konnte nunmehr beendet werden.

Nach Beendigung der Operation wurde die Klägerin sofort in die Wachstation der Chirurgischen Universitätsklinik verlegt. Dort wurde sie u.a. mit Unterkühlung behandelt, zog sich eine Urämie zu und war am 16. Oktober 1965 ein zweites Mal "klinisch tot". Es schloß sich eine stationäre Behandlung in der Medizinischen Universitätsklinik an, die bis Mitte Februar 1966 andauerte.

Als Dauerfolge erlitt die Klägerin eine Hirnleistungsminderung, die sie arbeitsunfähig macht. Nach einem Bericht des Facharztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. B. [REDACTED] vom 7. Oktober 1966 besteht bei ihr eine Verlangsamung und Weitschweifigkeit des formalen Gedankenablaufs, eine Schwerbesinnlichkeit und Auffassungserschwerung, eine Antriebsverminderung mit mangelnder Initiative und Spontaneität, eine affektive Nivellierung mit mangelnder Steuerungsfähig-

keit sowie eine Beeinträchtigung der Konzentration und der Merkfähigkeit. Hinzu kommt eine psychogene Gangstörung. Alle diese Befunde sind nach fachärztlichem Urteil auf eine schwere cerebrale hypoxämische Schädigung zurückzuführen.

Die Klägerin hat von dem Beklagten und von dem Land Nordrhein-Westfalen als Träger der Universitäts-Frauenklinik Bonn und als Anstellungskörperschaft der an der Operation beteiligten Ärzte Schmerzensgeld verlangt. Zur Begründung der gegen den Beklagten gerichteten Klage hat die Klägerin u.a. vorgetragen:

Der Beklagte habe den Narkosezwischenfall und dessen schädliche Folgen schuldhaft herbeigeführt. Seine Pflichtverletzung sei insbesondere darin zu sehen, daß er sich aus dem Operationssaal entfernt und für die Zeit seiner Abwesenheit einen dazu ungeeigneten Medizinalassistenten mit der Überwachung der Narkose betraut habe.

Die Klägerin hat beantragt festzustellen, daß der Beklagte und das im ersten Rechtszug mitverklagte Land Nordrhein-Westfalen verpflichtet seien, ihr für den aus der Operation vom 6. Oktober 1965 entstandenen immateriellen Schaden ein vom Gericht nach billigem Ermessen festzusetzendes Schmerzensgeld zu zahlen.

Der Beklagte hat um Klageabweisung gebeten. Er hat ein ärztliches Fehlverhalten in Abrede gestellt und die Einrede der Verjährung erhoben.

Das Landgericht hat der gegen den Beklagten gerichteten Feststellungsklage stattgegeben und die Klage gegen das Land Nordrhein-Westfalen abgewiesen. Die Berufung des Beklagten ist erfolglos geblieben. Mit der Revision verfolgt er seinen Klageabweisungsantrag weiter. Die Klägerin bittet, das Rechtsmittel zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

I.

1. a) Das Berufungsgericht hat ein Feststellungsinteresse (§ 256 ZPO) der Klägerin für den Zeitpunkt der Klageerhebung (Ende 1968) mit folgenden Erwägungen bejaht: Seinerzeit habe der Ablauf der dreijährigen Verjährungsfrist des § 852 BGB gedroht. Der Klägerin sei damals aber die Erhebung einer Leistungsklage noch nicht zuzumuten gewesen, da das Ausmaß ihres immateriellen Schadens noch nicht überschaubar gewesen sei. Vom damaligen Standpunkt aus habe man nicht zuverlässig beurteilen können, ob ihr Zustand sich bessern, unverändert bleiben oder sich gar verschlechtern werde.

b) Demgegenüber meint die Revision, schon aus der Klageschrift und den ihr beigefügten Unterlagen ergebe sich, daß die Klägerin seinerzeit bereits von einem endgültigen Zustand ausgegangen sei. Sie habe insbesondere angenommen, daß bei ihr die Gehirnleistungen dauernd herabgesetzt seien, sie nur noch schwer gehen und ihren Beruf nicht mehr ausüben könne.

Mit dieser Rüge vermag die Revision die Feststellung des Oberlandesgerichts nicht zu erschüttern, die Schadensentwicklung sei bei Klageerhebung noch nicht zu übersehen gewesen. In der Klageschrift werden zwar schwere Gesundheitsschäden der Klägerin geschildert, es wird aber auch ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Berechnung des immateriellen Schadens noch Schwierigkeiten bereite. Auch die Anlagen zur Klageschrift stützen nicht die Auffassung der Revision. Im Gegenteil heißt es in einem Untersuchungsbefund vom 28. Mai 1968: "Die Prognose ist vor Ablauf von sieben Jahren unsicher". Auch die Stellungnahme von Dr. B. [REDACTED] vom 7. Oktober 1966 ergibt nicht, daß keine Zukunftsschäden mehr zu erwarten gewesen wären.

c) Irrig ist auch die Ansicht der Revision, der Klägerin sei das Feststellungsinteresse im Sinne des § 256 ZPO abzusprechen, weil sie mit einer unbezifferten Leistungsklage die Zahlung eines von dem Gericht nach billigem Ermessen festzusetzenden Schmerzensgeldes hätte begehren können. Die Revision verkennt, daß auch bei einem derartigen unbezifferten Klageantrag dem Gericht geeignete Tatsachen unterbreitet werden müssen, welche ihm die Ermittlung eines angemessenen Schmerzensgeldes gestatten (BGHZ 45, 91, 93; BGH MDR 1964, 831; BGH NJW 1969, 1427 f). Die Klägerin war aber im Zeitpunkt der Klageerhebung - wie ausgeführt - noch nicht in der Lage, dem Gericht die für die Bemessung des Schmerzensgeldes erforderlichen Angaben über ihren künftigen Gesundheitszustand zu machen.

Es ist daher aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden, daß das Oberlandesgericht zu dem Ergebnis gelangt ist, die Feststellungsklage sei bei ihrer Erhebung zulässig gewesen.

2. Dem Berufungsgericht ist auch darin beizutreten, daß die Klägerin nicht genötigt war, von der Feststellungsklage zur Leistungsklage überzugehen, wenn im Verlaufe des Rechtsstreits eine Bezifferung des Schmerzensgeldbegehrens möglich wurde. Es ist anerkannt, daß eine zulässig erhobene positive Feststellungsklage grundsätzlich auch dann weiterverfolgt werden darf, wenn inzwischen die Schadensentwicklung abgeschlossen ist und deshalb auf Leistung geklagt werden könnte (BGHZ 28, 123, 127; BGH LM § 256 ZPO Nr. 5 und Nr. 92). Anders kann die Zulässigkeitsfrage zu beurteilen sein, wenn im ersten Rechtszug lange vor dessen Beendigung die Schadensentwicklung voll abgeschlossen ist, der Beklagte deshalb den Übergang von der Feststellungsklage zur Leistungsklage anregt, der Kläger jedoch an seinem Feststellungsantrag festhält, ohne daß der Wechsel zur Leistungsklage die Entscheidung über den Grund des Anspruchs verzögern oder den Parteien für den Streit über die Höhe des Anspruchs eine Instanz nehmen würde (BGH LM § 256 ZPO Nr. 5). Die Revision hat indes nicht aufgezeigt, daß die Voraussetzungen dieses Sonderfalles vorgelegen hätten.

II.

Mit Recht hat das Berufungsgericht die Anspruchsgrundlage für das Klagebegehren in den §§ 839, 847 Abs. 1 BGB erblickt. Der Beklagte war nach den Fest-

stellungen des Berufungsgerichts zur Zeit des Unfallereignisses Beamter im staatsrechtlichen Sinne. Er wurde bei der Durchführung der Narkose als beamteter Arzt tätig. Dabei oblag ihm gegenüber der Klägerin die Amtspflicht, die Narkose nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst vorzunehmen. Das Oberlandesgericht hat zutreffend ausgeführt, daß der Beklagte hierbei als zuständiger Facharzt in eigener Verantwortung tätig wurde, auch wenn er dem Operateur, Dozent Dr. L., dem damaligen kommissarischen Leiter der Frauenklinik, im allgemeinen dienstlich unterstanden haben sollte.

Der gesetzliche Haftungsgrund des § 839 BGB wird nicht dadurch in Frage gestellt, daß die Rechtsbeziehungen zwischen der Universitätsklinik und der als Privatpatientin aufgenommenen Klägerin bürgerlich-rechtlicher Natur waren (BGHZ 9, 145, 148 f; BGH NJW 1959, 816) und der Beklagte im privat-rechtlichen Rechtskreis seines Dienstherrn tätig geworden ist. Auch in diesem Bereich richtet sich die Eigenhaftung des Beklagten für Amtspflichtverletzungen nach § 839 BGB (BGH VersR 1966, 262, 264).

III.

1. Das Oberlandesgericht hat zur Frage des Behandlungsfehlers u.a. ausgeführt: Der Beklagte habe seine Amtspflicht zur sach- und kunstgerechten Durchführung der Narkose dadurch verletzt, daß er den Operationssaal vor Beendigung der Narkose zeitweilig verlassen und die Überwachung der Klägerin einem Medizinalassistenten

übertragen habe. In diesem Verhalten des Beklagten müsse insbesondere aus zwei Gründen ein Verstoß gegen seine ärztlichen Sorgfaltspflichten erblickt werden:

a) Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof.Dr. Be● sei die Intubationsnarkose, die der Beklagte nach dem Fehlschlagen der zunächst versuchten Periduralanaesthesie angewandt habe, für die Klägerin mit erhöhten Gefahren verbunden gewesen. Bei der Intubationsnarkose müßten dem Patienten fortlaufend Inhalationsnarkotika mit Sauerstoff sowie Muskelrelaxantien verabreicht werden, um die erforderliche Narkosetiefe und die Muskelentspannung aufrechtzuerhalten. Außerdem müsse der Patient wegen der ausgefallenen Spontanatmung künstlich beatmet werden. Im Unterschied zur Periduralanaesthesie, bei der nach einer gewissen Zeitspanne ein verhältnismäßig stabiler Zustand eintrete, handele es sich bei der Intubationsnarkose um ein "dynamisches Narkoseverfahren", das weitaus risikoreicher sei und daher auch erheblich höhere Anforderungen an die Qualifikation des Überwachungspersonals stelle. Die Komplikationsrate sei bei der Intubationsnarkose nur dann nicht größer als bei der Periduralanaesthesie, wenn die Narkose von einem Facharzt für Anaesthesie durchgeführt und überwacht werde.

Aus der erhöhten Gefährlichkeit der Intubationsnarkose folge, daß weder ihre selbständige Durchführung noch ihre eigenverantwortliche Überwachung einem Medizinalassistenten übertragen werden dürfe. Der für die Narkose verantwortliche Facharzt müsse zumindest

in der Lage sein, jederzeit die Narkose zu überwachen und erforderlichenfalls die anaesthesiologische Versorgung des Patienten zu übernehmen. Diese Auffassung sei auch im Schrifttum anerkannt (Weißbauer, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1968, 2502; Uhlenbruck NJW 1972, 2201, 2205). Die Möglichkeit, jederzeit die Überwachung der Narkose und die Versorgung des Patienten zu übernehmen, bestehe für den Narkosearzt aber nicht mehr, wenn er den Operationssaal verlasse, um in einem anderen Saal eine weitere Narkose durchzuführen (sog. Parallelnarkose).

b) Das der Intubationsnarkose allgemein eigene erhöhte Risiko sei im Falle der Klägerin noch durch eine durch starken Blutdruckabfall angezeigte konkrete Gefährderrhöhung gesteigert worden. Nach dem Narkoseprotokoll sei der Blutdruck der Klägerin schon 15 Minuten nach dem Beginn der Operation von anfänglich 145/95 mm Hg auf 100/65 mm Hg abgefallen. Soweit die dann unklar werdenden Eintragungen eine Beurteilung gestatteten, sei der Blutdruck bis zu dem Herzstillstand nicht mehr angestiegen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen weise ein solches Absinken des Blutdrucks für eine längere Zeit immer auf eine Gefährdung des Patienten hin.

Der Beklagte hätte daher die weitere Entwicklung sorgfältig beobachten und die Überwachung der Klägerin nicht einmal für eine kurze Zeitspanne einem Medizinalassistenten anvertrauen dürfen. Das gelte um so mehr, als er nichts unternommen gehabt habe, um die

Kreislaufsituation der Klägerin zu verbessern, wie dies nach den Ausführungen des Sachverständigen geboten gewesen wäre.

2. a) Die Revision wendet sich zunächst gegen die Auffassung des Berufungsgerichts, der Beklagte habe seine Pflichten als Narkosearzt dadurch verletzt, daß er unter den gegebenen Umständen einen Medizinalassistenten mit der Überwachung der Narkose betraut habe. Die Revision meint, die von dem Oberlandesgericht angeführten Literaturstellen stützten nicht seine Ansicht, der Beklagte habe sich pflichtwidrig verhalten. Dieser Rüge muß indes der Erfolg versagt bleiben. Weißbauer und Uhlenbruck verlangen in den genannten Beiträgen ausdrücklich, daß der leitende Narkosearzt, auch wenn er sich zur Durchführung ärztlicher Verrichtungen und Aufgaben eines Medizinalassistenten bedient, jederzeit die Narkose überwachen und bei Zwischenfällen unverzüglich eingreifen sowie die fachärztliche Versorgung des Patienten übernehmen kann. Das Berufungsgericht hat sich diesen, wörtlich zitierten Ausführungen der genannten Autoren zumindest für den hier gegebenen Fall einer Intubationsnarkose angeschlossen. Die Revision verkennt, daß der Beklagte nach den bindenden Feststellungen des Oberlandesgerichts sich der Möglichkeit jederzeitigen Eingreifens begeben hatte, indem er den Operationssaal verließ, um in einem anderen Saal eine Parallelnarkose vorzunehmen.

b) Vergeblich rügt die Revision, das Berufungsgericht habe den unwidersprochen gebliebenen Vortrag des Beklagten nicht berücksichtigt, daß die bloße Über-

wachung der Narkose als mehr oder minder mechanische und beobachtende Tätigkeit nicht besondere Schwierigkeiten biete, die ein Medizinalassistent nicht meistern könne. Die Revision übersieht zunächst, daß nach dem Tatbestand des Berufungsurteils die Klägerin sich bereits im ersten Rechtszug darauf berufen hatte, der Beklagte habe angesichts der konkreten Gefahrenlage die Narkose selbst überwachen müssen und habe damit nicht einen Medizinalassistenten beauftragen dürfen. Es kann also keine Rede davon sein, daß der gegenteilige Vortrag des Beklagten unbestritten geblieben wäre. Es ist auch aus Rechtsgründen nicht zu beanstanden, daß das Berufungsgericht wegen der besonderen Risiken (Intubationsnarkose, Fehlschlagen der vorher versuchten Periduralanaesthesie, längerer Blutdruckabfall) die dauernde Überwachung durch den Beklagten als Facharzt für Anaesthesie für erforderlich hielt. Die Revision beachtet nicht genügend, daß sich das Maß der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt nach der Größe der von dem Patienten abzuwendenden Gefahren bestimmt. Das sachverständig beratene Berufungsgericht hat ohne Rechtsverstoß angenommen, daß wegen des schon bald nach Operationsbeginn eingetretenen Absinkens des Blutdrucks mit Störungen gerechnet werden mußte. Zudem hatte der Beklagte der Klägerin um 9.30 Uhr kurz vor dem Verlassen die dritte, erhöhte Succinylcholin-Gabe verabreicht. Wegen des damit verbundenen Risikos toxischer Einwirkungen hätte der Beklagte, wie das Berufungsgericht festgestellt hat, die Klägerin gerade in der folgenden Zeit besonders sorgfältig beobachten müssen, um eine etwa auftretende Pulsverlangsamung unverzüglich durch eine Atropingabe zu beheben. Zumindest in dieser konkreten Gefahrensitua-

tion, die jederzeit für die Klägerin lebensbedrohende Formen annehmen konnte, hätte er daher den Raum, in dem die Klägerin operiert wurde, nicht verlassen dürfen.

Verfehlt ist der Hinweis der Revision darauf, daß neben dem Medizinalassistenten drei ausgebildete Ärzte, nämlich Dr. L. [REDACTED], Dr. H. [REDACTED] und Dr. K. [REDACTED], im Operationssaal anwesend waren. Nach den Feststellungen des Oberlandesgerichts oblag allein dem Beklagten als Fachanaesthesisten die Durchführung und Überwachung der Narkose. Der Beklagte hat an der von der Revision bezeichneten Aktenstelle selbst nicht behauptet, die drei genannten Ärzte seien Fachärzte für Anaesthesie oder auch nur in irgendeiner Weise mit der Durchführung und Überwachung der Narkose befaßt gewesen. Das Berufungsgericht hat jedoch gerade die Narkoseüberwachung durch einen Narkosefacharzt für erforderlich erachtet.

3. Die Revision stellt in Abrede, daß der Blutdruckabfall ein Anzeichen für ein erhöhtes Operationsrisiko gebildet habe. Sie beanstandet, das Berufungsgericht habe seine Feststellung, es habe eine konkrete Gefahrerhöhung vorgelegen, unter Verfahrensverstoß allein auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Be. [REDACTED] gegründet und zu Unrecht dem Antrag des Beklagten auf Einholung eines Obergutachtens nicht stattgegeben.

a) Damit kann die Revision jedoch nicht durchdringen. Das Berufungsgericht hat sich mit den wesentlichen Einwendungen des Beklagten gegen das Gutachten ausein-

andergesetzt, sie aber nicht für stichhaltig erachtet. Die vornehmlich auf tatrichterlichem Gebiet liegenden Erwägungen lassen einen Rechtsfehler nicht erkennen. Insbesondere ist revisionsrechtlich unangreifbar festgestellt, daß mit dem Abfall des Blutdrucks auf 100/65 mm Hg ein Grenzwert erreicht wurde, von dem ab Komplikationen zu befürchten waren. Der Umstand, daß der Beklagte im Gegensatz zu dem Sachverständigen das Absinken des Blutdrucks noch für vertretbar und nicht gefahrerhöhend hält, brauchte dem Oberlandesgericht keine Veranlassung zu geben, ein Obergutachten einzuholen. Die Beiziehung eines weiteren Gutachtens steht im Ermessen des Tatrichters (§ 412 ZPO) und ist nach der Rechtsprechung nur ausnahmsweise geboten. Der erkennende Senat hat wiederholt ausgesprochen, daß es der Hinzuziehung eines weiteren Sachverständigen insbesondere bedarf, wenn die Sachkunde des früheren Gutachters zweifelhaft ist, wenn das Gutachten von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht, wenn es Widersprüche oder sonstige grobe Mängel enthält, wenn eine besonders schwierige Frage zu entscheiden ist oder wenn der neue Sachverständige über Forschungsmittel verfügt, die denen des früheren Gutachters überlegen erscheinen (BGHZ 53, 245, 259 mwN). Ein solcher Fall ist jedoch weder ersichtlich noch von der Revision dargetan. Es unterliegt daher keinen rechtlichen Bedenken, daß sich das Berufungsgericht den gutachtlichen Ausführungen des Prof. Dr. Be●●● angeschlossen hat, den es als "eine der führenden Kapazitäten auf dem Gebiet der Anaesthesiologie" bezeichnet hat.

b) Die Revision will einen Verfahrensfehler ferner darin sehen, daß das Berufungsgericht einem - auch

im Interesse des Beklagten gestellten - Antrag seines Streithelfers nicht entsprochen habe, den Sachverständigen gemäß § 411 Abs. 3 ZPO zur mündlichen Erläuterung seines Gutachtens vor das erkennende Gericht zu laden. Indes läßt die Revision außer acht, daß der Streithelfer einen solchen Antrag in seinem Schriftsatz vom 1. Dezember 1972 zwar angekündigt, aber in der darauf folgenden mündlichen Verhandlung vom 14. Dezember 1972, auf die das angefochtene Urteil ergangen ist, ausweislich des Sitzungsprotokolls nicht gestellt hat. Danach hat sich der Streithelfer lediglich auf den Antrag in seinem Schriftsatz vom 20. August 1971, nicht jedoch auf den vom 1. Dezember 1972 bezogen.

4. a) Rechtsbedenkenfrei hat das Berufungsgericht das Verschulden des Beklagten bejaht. Es hat insbesondere im einzelnen dargelegt, daß für den Beklagten keine zwingende Notwendigkeit bestand, die Überwachung der Klägerin zeitweilig einem Medizinalassistenten anzuvertrauen, um währenddessen eine sogenannte Parallelnarkose in einem anderen Raum durchzuführen. Daher bedarf hier die Frage keiner Entscheidung, wie das Verhalten eines Anaesthesisten zu beurteilen ist, der in einem Notfall den Operationssaal verläßt, um in einem anderen Raum einen Patienten ärztlich zu versorgen.

b) Ohne Erfolg greift die Revision die Ansicht des Berufungsgerichts an, daß dem Beklagten ein grober Behandlungsfehler angelastet werden müsse. Die Revision stellt hier wiederum nicht hinreichend auf die konkrete

Gefahrenlage ab, in der sich die Klägerin befand, als der Beklagte sich aus dem Operationssaal entfernte. Wie bereits ausgeführt, war das einer Intubationsnarkose allgemein anhaftende Risiko hier durch das Absinken des Blutdrucks bis zu einem kritischen Wert noch gesteigert. Hinzu kommt, daß der Beklagte, wie oben ausgeführt, kurz vor dem Verlassen des Operationssaals der Klägerin um 9.30 Uhr die dritte Dosis Succinylcholin verabfolgt hatte. Nach den rechtsbedenkenfreien Feststellungen des Berufungsgerichts, das sich auch insoweit den Sachverständigen angeschlossen hat, besteht gerade in den ersten Minuten nach der Verabreichung dieser bei der Narkose benutzten Droge die Gefahr toxischer Einwirkungen, die eine Beeinträchtigung der Herzfunktion und sogar einen Herzstillstand zur Folge haben können. Daher hat das Berufungsgericht mit Recht angenommen, daß der Beklagte in dieser besonders risikoreichen Phase der Narkose den Puls der Klägerin sorgfältig hätte kontrollieren müssen, anstatt ihre Überwachung einem hierfür unqualifizierten Medizinalassistenten zu überlassen und sich aus dem Operationssaal zu entfernen. Rechtsirrtumsfrei hat das Oberlandesgericht dieses Verhalten des Beklagten als erhebliche Verletzung seiner ärztlichen Sorgfaltspflichten und damit als groben Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst gewertet. Bei dieser Sachlage kommt es auf die Frage, ob das Narkoseprotokoll ordnungsgemäß geführt worden ist und ob eine Pflicht hierzu bestand, nicht mehr an. Die hierzu erhobenen Revisionsrügen bedürfen daher keiner Erörterung.

IV.

1. Das Berufungsgericht hat anhand des Sachverständigengutachtens näher dargelegt, daß der grobe Behandlungsfehler des Beklagten geeignet war, den bei der Klägerin eingetretenen Schaden herbeizuführen. Diese tatrichterliche Beurteilung läßt einen Rechtsfehler nicht erkennen.

2. Das Berufungsgericht ist der Auffassung, daß sich die Beweislast für den Ursachenzusammenhang zwischen dem groben Behandlungsfehler und dem schädlichen Erfolg zum Nachteil des Beklagten umkehre. Daher sei dieser dafür beweispflichtig, daß der Schaden nicht auf seinem Fehlverhalten beruhe. Diesen Beweis habe er jedoch nicht geführt. Er habe nicht einmal geeigneten Beweis dafür angetreten, daß der Herzstillstand auch dann eingetreten wäre, wenn er die in der Narkose befindliche Klägerin pflichtgemäß überwacht und anaesthesistisch versorgt hätte. Andererseits ergebe sich aus dem Gutachten des Sachverständigen Prof.Dr. Be●●, daß es bei allen in Betracht kommenden Kausalverläufen möglich gewesen wäre, durch rechtzeitiges Ergreifen adaequater Gegenmaßnahmen den Herzstillstand und die Hirnschädigung als dessen Folge abzuwenden.

3. Die Erwägungen zur Umkehr der Beweislast weisen keinen Rechtsfehler auf. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs hat der Arzt das Risiko der nicht vollen Aufklärbarkeit des ursächlichen Verlaufs zu tragen, wenn er schuldhaft einen groben Behandlungsfehler begangen hat, der geeignet war, den tatsächlich einge-

tretenen Schaden herbeizuführen (BGH LM § 286 (C) BGB Nr. 56 mwN).

4. a) Die Revision meint, das Berufungsgericht habe dem Beklagten den Entlastungsbeweis abgeschnitten, und rügt in diesem Zusammenhang, das Oberlandesgericht habe bei seiner Würdigung folgenden - unter Beweis gestellten - Vortrag des Beklagten außer acht gelassen: Der Herzstillstand der Klägerin sei plötzlich ohne jedes vorherige Anzeichen eingetreten. Das gehe auch daraus hervor, daß die spontane Atmung der Klägerin bereits bei der extrathorakalen Herzmassage wieder in Gang gekommen sei. Der Beklagte hätte den Herzstillstand auch dann nicht verhindern können, wenn er sich ständig im Operationssaal aufgehalten und die Klägerin selbst überwacht hätte; das gelte auch für den Fall, daß der Herzstillstand auf die letzte Succinylcholin-Gabe zurückzuführen sei. Daraus folge, daß der plötzliche Herzstillstand durch keine Maßnahmen hätte vermieden werden können und der Narkosezwischenfall nicht anders verlaufen wäre, wenn der Beklagte während der Operation ständig bei der Klägerin geblieben wäre.

b) Die Ausführungen des Berufungsgerichts halten jedoch den Angriffen der Revision stand. Es hat das Vorbringen des Beklagten beachtet und auch gewürdigt, aber nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme für nicht durchgreifend angesehen. Der Sachverständige hat offen gelassen, ob nach dem Absinken des Blutdrucks auf 100/65 mm Hg - diesen Wert hat der Beklagte nicht bestritten -

ein weiterer schleichender Verfall des Kreislaufs oder aber ein plötzlicher Zusammenbruch erfolgte. Im Gutachten wird für beide Fallgestaltungen, was die Revision verkennt, ein schadensursächliches Verschulden des Beklagten bejaht, weil er schon wegen des auf den genannten Wert abgesunkenen Blutdrucks die Kreislaufsituation der Klägerin durch Verabreichung entsprechender Mittel hätte verbessern müssen. Das Berufungsgericht durfte diesen gutachtlichen Ausführungen ohne Rechtsverstoß entnehmen, daß der Beklagte in jedem Falle den Narkosezwischenfall durch rechtzeitige Gegenmaßnahmen hätte abwenden können. Der Einholung eines Obergutachtens bedurfte es nach den obigen Ausführungen nicht. Die von dem Beklagten im übrigen angebotenen Beweise waren nicht geeignet, den Vorwurf zu entkräften, der Beklagte habe es unterlassen, rechtzeitig kreislaufstützende Maßnahmen zu ergreifen. Daher brauchte das Berufungsgericht diesen Beweisanträgen nicht zu entsprechen.

5. Rechtsbedenkenfrei hat das Berufungsgericht dargelegt, daß der Beklagte auch für die Folgen des zweiten Herzstillstands einzustehen hat, der bei der Klägerin am 16. Oktober 1965 in der Wachstation der chirurgischen Klinik auftrat.

V.

Mit zutreffenden Erwägungen hat das Oberlandesgericht eine anderweitige Ersatzmöglichkeit der Klägerin im Sinne des § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB verneint.

a) Die von der Klägerin gegen das Land Nordrhein-Westfalen erhobene Klage ist von dem Landgericht (nicht nur wegen Verjährung) abgewiesen worden, wie das Berufungsgericht mit Recht ausgeführt hat. Entgegen der Ansicht der Revision kann es der Klägerin nicht als Verschulden angelastet werden, daß sie die Abweisung ihrer gegen das Land gerichteten Klage nicht mit einem Rechtsmittel angefochten hat. Die Klägerin durfte sich auf dieses Urteil eines Kollegialgerichts verlassen, zumal es keine für sie klar erkennbaren Rechtsfehler enthielt (BGH LM § 35 RNotO Nr. 1 Bl. 2 a.E.). Das gilt um so mehr, als die Klägerin nach den Feststellungen des Berufungsgerichts erst nach rechtskräftiger Abweisung der Klage den Sachverhalt erfuhr, der allenfalls eine Haftung des Landes hätte begründen können.

b) Auch Ersatzansprüche der Klägerin gegen Dr. Langendörfer (wegen immateriellen Schadens) hat das Berufungsgericht im Ergebnis zutreffend abgelehnt. Falls dieser bei der Operation in seiner Eigenschaft als Beamter tätig geworden ist, kann der Beklagte die Klägerin nicht auf Ansprüche gegen ihn verweisen. Denn im Verhältnis unter mehreren Beamten, die fahrlässig gehandelt haben, greift die Subsidiaritätsklausel des § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB nicht ein (RGZ 169, 317, 320; Erman/Drees, BGB 5. Aufl. § 839 Rdn. 81). Auch wenn man mit dem Beklagten annimmt, Dr. Langendörfer hafte nicht als Beamter, sondern als Privatmann, da ihm im Rahmen des sogenannten gespaltenen Krankenhaus-Arzt-Vertrages ein eigenes Liquidationsrecht zugestanden habe, hat die Klägerin gegen ihn keinen Anspruch auf Schmerzensgeld.

Aus einem Vertrag kann ein derartiger Anspruch nicht hergeleitet werden. Für eine unerlaubte Handlung des Dr. Langendörfer sind im vorliegenden Rechtsstreit nicht genügende Tatsachen dargetan.

Daher kann offenbleiben, ob Dr. Langendörfer bei der von dem Beklagten behaupteten Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen überhaupt nach § 823 BGB haften würde oder ob nicht auch in diesem Falle als Anspruchsgrundlage allein § 839 BGB in Betracht käme, was - wie oben ausgeführt - wiederum zur Folge hätte, daß sich der Beklagte nicht auf die Subsidiaritätsklausel des § 839 Abs. 1 Satz 2 BGB berufen könnte.

VI.

Vergeblich wendet sich die Revision schließlich dagegen, daß das Oberlandesgericht angenommen hat, die Klägerin treffe kein Mitverschulden an der Entstehung des Schadens. Nach Meinung der Revision hätte die Klägerin zumindest bei der Nachbehandlung in der Wachstation auf ihre Kälteempfindlichkeit hinweisen müssen. Rechtsirrtumsfrei hat indes das Berufungsgericht ausgeführt, der Beklagte habe in erster Instanz zugestanden, die Klägerin habe ihm bei der Untersuchung am Vorabend der Operation erklärt, sie sei "kreislaflabil". Da die Parteien unter dem Begriff "Kreislaflabilität" nach den Feststellungen im Berufungsurteil eine Kälteallergie verstanden, durfte es davon ausgehen, daß die Klägerin den Beklagten auf ihre Kälteüberempfindlich-

keit hingewiesen hatte. Der Beklagte hätte diesen medizinisch bedeutsamen Umstand in den Krankenpapieren der Klägerin vermerken müssen. Ferner hätte er nach Verlegung der Klägerin in die Wachstation deren verantwortlichem Arzt die Krankenunterlagen übergeben oder ihn in anderer Weise auf die Kälteallergie der Klägerin hinweisen müssen, so daß diesem Umstand bei der Behandlung hätte Rechnung getragen werden können. Die Klägerin durfte jedenfalls auf ein derartiges ordnungsgemäßes Vorgehen des Beklagten vertrauen. Abgesehen davon hat die Revision auch nicht aufgezeigt, daß der hierfür darlegungspflichtige Beklagte in den Tatsacheninstanzen vorgetragen hätte, inwieweit die sofort nach der Operation in die Wachstation verbrachte Klägerin angesichts ihres damaligen Zustandes überhaupt noch die Möglichkeit hatte, die Ärzte dort über ihre Kälteallergie zu unterrichten.

Da das angefochtene Urteil auch sonst keinen Rechtsfehler zum Nachteil des Beklagten aufweist, war seine Revision mit der Kostenfolge aus § 97 ZPO zurückzuweisen.

Kreft

Richter Dr. Arndt
ist beurlaubt und
verhindert, seine
Unterschrift beizufügen.

Dr. Beyer

Kreft

Keßler

Richter Gähtgens
ist beurlaubt und
verhindert, seine
Unterschrift beizufügen.

Kreft