

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: nein

BGB §§ 276 Ca, 823 Aa

Verfügt ein in der Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie stehender Assistenzarzt noch nicht über ausreichende Erfahrungen über etwaige Risiken, die sich für eine Intubationsnarkose aus der intraoperativ notwendigen Umlagerung des Patienten von der sitzenden Position in die Rückenlage ergeben können, so darf er jedenfalls während dieser Operationsphase die Narkose nicht ohne unmittelbare Aufsicht eines Facharztes führen.

BGH, Urteil vom 15. Juni 1993 - VI ZR 175/92 - OLG München
LG München I

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

VI ZR 175/92

Verkündet am:
15. Juni 1993
Herrwerth
Justizangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 15. Juni 1993 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Steffen und die Richter Dr. Kullmann, Dr. Lepa, Bischoff und Dr. v. Gerlach

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des 1. Zivilsenats des Oberlandesgerichts München vom 30. April 1992 im Kostenpunkt und insoweit aufgehoben, als die Berufung der Klägerin gegenüber den Beklagten zu 1) und 3) zurückgewiesen worden ist.

Im Umfang der Aufhebung wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten des Revisionsverfahrens, soweit über sie nicht bereits durch Beschluß vom 6. April 1993 entschieden worden ist, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Tatbestand:

Die Klägerin verlangt von den Beklagten Schadensersatz wegen eines Narkosezwischenfalls. Bei ihr sollte am 16. Dezember 1987 in der HNO-Klinik der Universität M., deren Träger der Beklagte zu 1) ist, wegen chronischer Behinderung der Nasenatmung eine Septumkorrektur (Nasenscheidewandoperation) mit beidseitiger Konchotomie (Nasenmuschelabtragung) durchgeführt und im sofortigen Anschluß daran in einem weiteren Eingriff eine Palatopharyngoplastik (Verschluß einer Rachen-Gaumen-Spalte) vorgenommen werden. Operateur war Dr. L., der frühere Beklagte zu 2); für die Narkose war der Beklagte zu 3) eingeteilt, der sich seit dem 1. März 1987 in der Weiterbildung zum Facharzt für Anästhesie befand. Er führte unter Aufsicht des Beklagten zu 4), eines Facharztes für Anästhesie, die Einleitung und Vertiefung der Intubationsnarkose durch und übernahm sodann allein die anästhesistische Überwachung, während sich der Beklagte zu 4) in einen unmittelbar angrenzenden, über eine Verbindungstür zu erreichenden Operationssaal begab, um dort eine Kindernarkose durchzuführen. Zwischen beiden Narkoseärzten bestand die Möglichkeit des Rufkontaktes und eine eingeschränkte Sicht. Während des Verlaufs der Operation überzeugte sich der Beklagte zu 4) zweimal von der Ordnungsmäßigkeit der vom Beklagten zu 3) geführten Narkose.

Nach dem ersten Eingriff, bei dem sich die Klägerin in sitzender Position befunden hatte, wurde sie für den vorgesehenen weiteren Eingriff in die Rückenlage umgelagert. Dabei traten Beatmungsschwierigkeiten auf. Die Klägerin er-

litt einen Herz- und Kreislaufstillstand; sie wurde durch den hinzugekommenen Beklagten zu 4) reanimiert. Von der Durchführung des zweiten Eingriffs wurde abgesehen. Infolge der Sauerstoffunterversorgung entstand bei der Klägerin ein apallisches Syndrom (Funktionsausfall der Großhirnrinde). Sie ist seither in einem Pflegeheim untergebracht.

Ihre auf Ersatz des materiellen und immateriellen Schadens gerichtete Klage ist in beiden Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Mit der Revision verfolgt die Klägerin nach Zurücknahme des Rechtsmittels gegenüber dem Beklagten zu 4) ihr Begehren gegen die Beklagten zu 1) und 3) weiter.

Entscheidungsgründe:

I.

Das Berufungsgericht verneint vertragliche und deliktische Schadensersatzansprüche der Klägerin. Es hält, sachverständig beraten, nicht für nachgewiesen, daß bei der Narkose gegen ärztliche Sorgfaltspflichten verstoßen wurde. Einleitung und Vertiefung der Intubationsnarkose seien fachgerecht erfolgt. Daß der Beklagte zu 3) die anästhetische Betreuung nach dem Weggang des Beklagten zu 4) für etwa 15 Minuten allein übernommen habe, sei ebenfalls nicht zu beanstanden. In diesem Stadium des "steady state" sei nicht mit einem Narkoserisiko zu rechnen gewesen. Der Hirnschaden der Klägerin beruhe auf einem Sauerstoffmangel, der unerwartet eingetreten und darauf zurückzuführen sei, daß sich bei der Umlagerung gegen Ende des ersten Eingriffs die Lage des Tubus ungünstig verändert habe. Seine schräge Öff-

nung habe sich an die Wand der Luftröhre angelegt, wodurch ein Ventilmechanismus entstanden sei, der den Gasaustausch unter der maschinellen Beatmung behindert habe. Die zur Beseitigung dieses Atemwegshindernisses unternommenen Schritte seien richtig gewesen; die dafür benötigte Zeit habe aber die tolerable Grenze eines Sauerstoffmangels für das Gehirn überschritten. Gleichwohl könne dem Beklagten zu 3) nicht angelastet werden, die Symptome des Sauerstoffmangels nicht rechtzeitig erkannt und behandelt zu haben. Zwar werde ein voll ausgebildeter Anästhesist eine derartige Komplikation wahrscheinlich schneller beherrschen als ein erst in der Ausbildung befindlicher. Hieraus könne aber nicht zwingend auf ein Fehlverhalten des Beklagten zu 3) geschlossen werden. Denn angesichts der außerordentlichen Seltenheit der eingetretenen Komplikation lasse sich nicht feststellen, daß ein erfahrener Facharzt Anzeichen für einen Sauerstoffmangel früher erkannt hätte oder hätte erkennen können und müssen.

In dem Einsatz des Beklagten zu 3) liege auch weder ein Organisationsfehler des Beklagten zu 1) noch falle dem Beklagten zu 3) ein Übernahmeverschulden zur Last. Die Einteilung des Beklagten zu 3) zu der Narkose der Klägerin und seine zeitweilig alleinige Narkoseführung seien nach seinem Ausbildungsstand unbedenklich gewesen, da eine ausreichende Überwachung durch den Beklagten zu 4) als erfahrenen Anästhesisten gewährleistet gewesen sei, und zwar auch während der von ihm selbst im benachbarten Operationssaal durchgeführten Kindernarkose.

II.

Diese Ausführungen halten einer rechtlichen Nachprüfung nicht in allen Punkten stand.

1. Keinen Erfolg hat die Revision allerdings, soweit sie sich dagegen wendet, daß das Berufungsgericht einen Behandlungsfehler des Beklagten zu 3) nicht für nachgewiesen erachtet.

a) Mit Recht geht das Berufungsgericht davon aus, daß bei der anästhesistischen Betreuung der Klägerin der Standard guter ärztlicher Versorgung (Facharztstandard) auch in derjenigen Phase gewahrt werden mußte, in der die Narkose allein von dem in der Weiterbildung zum Facharzt stehenden Beklagten zu 3) geführt wurde. Diese Anforderungen an den Behandlungsstandard gelten nach ständiger Rechtsprechung für das Gebiet der Anästhesie in gleicher Weise wie für andere Bereiche der ärztlichen Versorgung (zur Anästhesie s. BGHZ 95, 63, 73 f = AHRS 3010/25; BGH, Urteil vom 18. März 1974 - III ZR 48/73 - VersR 1974, 804, 806 = AHRS 2320/10; OLG Zweibrücken VersR 1988, 165 f = AHRS 3010/31 mit NA-Beschluß des Senats vom 24. Mai 1988 - VI ZR 286/87; zur Chirurgie vgl. BGHZ 88, 248, 254 und 259 = AHRS 1220/23; Senatsurteil vom 10. März 1992 - VI ZR 64/91 - VersR 1992, 745, 746 f.).

b) Das Berufungsgericht hat sich nach sachverständiger Beratung nicht die Überzeugung verschaffen können, daß der Beklagte zu 3) bei der Betreuung der Klägerin infolge mangelnder Erfahrung einen Behandlungsfehler begangen hat. Es

vermag nicht festzustellen, daß ein Facharzt Anzeichen für einen Sauerstoffmangel bei der Klägerin früher erkannt hätte oder hätte erkennen können und müssen. Diese Würdigung hält den Angriffen der Revision stand.

aa) Das Berufungsgericht hat weder an die bei der anästhesistischen Versorgung der Klägerin gebotene Sorgfalt rechtsfehlerhaft zu geringe Anforderungen gestellt, noch sprechen die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. W., die das Berufungsgericht seiner Entscheidung zugrunde legt, für einen Behandlungsfehler des Beklagten zu 3). Anderes wird auch von der Revision nicht aufgezeigt.

bb) Die Revision rügt nicht, daß das Berufungsgericht bei seiner Beweiswürdigung eine Typizität des Geschehensablaufs verkannt und deshalb nicht erwogen habe, ob unter den Gegebenheiten des Streitfalls ein Anscheinsbeweis für einen Behandlungsfehler des Beklagten zu 3) sprechen könnte (s. dazu OLG Düsseldorf mit NA-Beschluß des Senats vom 21. Oktober 1986 - VI ZR 27/86 - VersR 1987, 489, 490 f. = AHRS 6410/53). Sie macht auch nicht geltend, daß das Berufungsgericht die Darlegungen des Sachverständigen Prof. W. unvollständig gewürdigt oder darin enthaltene Unstimmigkeiten nicht aufgeklärt habe. In dieser Hinsicht bedarf es deshalb keiner weiteren Ausführungen des Senats.

cc) Die Revision beanstandet allein, daß das Berufungsgericht den Privatgutachter der Klägerin, Prof. St., nicht mündlich angehört, ihm nicht das Recht zur unmittelbaren Befragung des gerichtlichen Gutachters Prof. W. eingeräumt und auch nicht versucht habe, die sich aus den Äu-

ßerungen des Privatgutachters ergebenden Meinungsverschiedenheiten zu den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. W. durch Einholung eines weiteren Gutachtens zu klären. Diese Verfahrensrüge kann keinen Erfolg haben.

(a) Das Berufungsgericht hat nicht verkannt, daß gerade in Arzthaftungssachen Einwendungen einer Partei gegen ein vom Gericht eingeholtes Sachverständigengutachten Anlaß bieten, die Schlußfolgerungen des Gutachters sorgfältig zu überprüfen. Solche Einwendungen sind erst recht ernst zu nehmen, wenn sich die Partei durch Befragung von Experten sachkundig gemacht hat oder wenn sie gar, wie hier, ein von ihr eingeholtes Privatgutachten vorlegt, das zu einem anderen Ergebnis kommt als der gerichtliche Sachverständige. Dies hat der Senat wiederholt ausgesprochen (vgl. u.a. Senatsurteile vom 19. Mai 1981 - VI ZR 220/79 - VersR 1981, 752 = AHRS 6180/13; vom 17. Dezember 1985 - VI ZR 192/84 - VersR 1986, 467, 468 = AHRS 6180/21; vom 3. Oktober 1989 - VI ZR 319/88 - VersR 1989, 1296, 1297 = AHRS 0920/28 und vom 10. Dezember 1991 - VI ZR 234/90 - VersR 1992, 722 f.).

(b) Es bleibt jedoch grundsätzlich dem Ermessen des Tatrichters überlassen, in welcher (geeigneten) Weise er seiner Pflicht zur Aufklärung nachkommt (Senatsurteil vom 10. Dezember 1991 = aaO). Das Berufungsgericht hat dieser Pflicht hinreichend dadurch genügt, daß es ebenso wie zuvor schon das Landgericht Prof. W. zu den Ansichten des Privatgutachters befragt und Prof. W. sich sodann eingehend und in einer für die Überzeugungsbildung des Berufungsgerichts ausreichenden Weise damit auseinandergesetzt hat. Ein wei-

teres Gutachten eines anderen Sachverständigen brauchte das Berufungsgericht nicht einzuholen. Für die von der Revision für notwendig gehaltene mündliche Anhörung des Privatgutachters fehlte es an einer gesetzlichen Grundlage; denn er war weder (sachverständiger) Zeuge noch gerichtlich bestellter Sachverständiger (vgl. OLG Karlsruhe mit NA-Beschluß des Senats vom 10. Oktober 1989 - VI ZR 46/89 - VersR 1990, 53, 54). Aus demselben Grunde war das Berufungsgericht auch nicht verpflichtet, dem zur mündlichen Verhandlung erschienenen Privatgutachter, wie beantragt, die unmittelbare Befragung der Prozeßbeteiligten zu gestatten. Der Senat sieht gemäß § 565 a ZPO davon ab, dies weiter auszuführen.

2. Begründet ist die Revision jedoch, soweit sie sich gegen die Ansicht des Berufungsgerichts wendet, in dem Einsatz des Beklagten zu 3) zu der zeitweise von ihm allein geführten Narkose bei der Klägerin liege weder ein organisatorisches Fehlverhalten des Beklagten zu 1), noch falle dem Beklagten zu 3) ein Übernahmeverschulden zur Last, und deshalb treffe auch nicht die Beklagten, sondern die Klägerin die Beweislast dafür, daß ihr Hirnschaden auf der mangelnden Qualifikation des Beklagten zu 3) beruhe.

a) Zutreffend geht das Berufungsgericht davon aus, daß die Übertragung einer selbständig durchzuführenden Narkose auf einen dafür nicht ausreichend qualifizierten Arzt einen Behandlungsfehler im weiteren Sinne (Organisationsfehler) darstellt. Das entspricht der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats (BGHZ 88, 248, 252 ff. = AHRS 3010/19 = LM § 276 (Ca) BGB Nr. 28 mit Anmerkung Ankermann; Urteile

vom 7. Mai 1985 - VI ZR 224/83 - VersR 1985, 782, 783
= AHRS 3010/24; vom 26. April 1988 - VI ZR 246/86 - VersR
1988, 723, 724 = AHRS 3010/32 und vom 10. März 1992 = aaO).
Diese in erster Linie in Rechtsstreitigkeiten über Anfän-
geroperationen entwickelten Grundsätze gelten in gleicher
Weise auch für Anfängernarkosen (OLG Zweibrücken mit NA-Bes-
chluß des Senats = aaO). Denn ebenso wie bei der Operation
hat der Patient auch bei der Narkose aus der Übernahme sei-
ner Behandlung durch das Krankenhaus vertraglich und delik-
tisch einen Anspruch auf ärztliche Betreuung, die dem Stan-
dard eines Facharztes entspricht. Wird einem erst in der
Weiterbildung zum Facharzt stehenden Arzt eine eigenverant-
wortliche Tätigkeit übertragen, für die er noch nicht aus-
reichend qualifiziert ist, so darf hierdurch für den Pa-
tienten kein zusätzliches Risiko entstehen. Die mit der
Ausbildung junger Ärzte naturgemäß verbundenen höheren Ver-
letzungsgefahren, die von den für den Einsatz dieser Ärzte
Verantwortlichen voll beherrschbar sind, müssen deshalb
durch besondere Maßnahmen ausgeglichen werden, damit gegen-
über dem Patienten im Ergebnis stets der Standard eines
Facharztes gewahrt bleibt (BGHZ 88, 248, 254; Senatsurteil
vom 10. März 1992 = aaO).

b) Rechtlichen Bedenken begegnet auf dieser Grundlage
die Ansicht des Berufungsgerichts, der Beklagte zu 3) habe
im Streitfall in der Weise, wie es geschehen ist, zu der
Narkose der Klägerin eingesetzt werden dürfen.

aa) Nicht gefolgt werden kann allerdings der Meinung
der Revision, ein in der Weiterbildung zum Facharzt befind-
licher Arzt dürfe nach den Grundsätzen, die der Senat im

Urteil vom 10. März 1992 (= aaO) für chirurgische Eingriffe aufgestellt hat, auch auf dem Gebiet der Anästhesie stets nur unter der unmittelbaren Aufsicht eines Facharztes tätig werden, der jeden seiner Schritte beobachte. Bei dieser Anforderung läßt die Revision entscheidende berufsspezifische Unterschiede zwischen der Chirurgie und der Anästhesie außer Betracht und überspannt auf letzterem Gebiet den zur Gewährleistung des Facharztstandards gebotenen Sorgfaltsmaßstab. Sie verkennet, daß bei dem chirurgischen Eingriff, der dem Senatsurteil vom 10. März 1992 zugrunde lag, ohnehin die Assistenz eines weiteren Arztes erforderlich war und es deshalb allein um die Frage ging, ob dem noch in der Weiterbildung zum Facharzt befindlichen Operateur zu solcher Assistenz ein erfahrener Arzt zur Seite zu stellen war. Auf dem Gebiet der Anästhesie, bei dem am jeweiligen Operationstisch in aller Regel nur der Einsatz eines einzelnen Arztes erforderlich ist, liegen die Verhältnisse schon deshalb grundlegend anders. Dies wird von der Kritik von Opderbecke/Weißauer (MedR 1993, 1, 6 f) nicht genügend berücksichtigt. Diese Unterschiede zwischen Operation und Narkoseführung sind letztlich auch der Grund dafür, daß der Senat es wiederholt nicht schon für prinzipiell unzulässig gehalten hat, wenn zwischen einem noch unerfahrenen Anästhesisten und dem in einem benachbarten Operationssaal tätigen Fachanästhesisten lediglich Blick- und/oder wenigstens Rufkontakt bestanden hat (Urt. v. 30. November 1982 - VI ZR 77/81 - VersR 1983, 244, 245 = AHRs 3010/17 - insoweit nicht in BGHZ 85, 393; OLG Zweibrücken mit NA-Beschluß des Senats = aaO).

bb) Mit Recht beanstandet die Revision jedoch, daß das Berufungsgericht bei den Besonderheiten des Streitfalls an die Überwachung des Beklagten zu 3) durch den Beklagten zu 4) zu geringe Anforderungen gestellt hat.

(a) Nach den Ausführungen des Sachverständigen Prof. W., von denen auch das Berufungsgericht ausgeht, durfte der Beklagte zu 3) nach seinem Ausbildungsstand zu der Narkose der Klägerin nur dann eingesetzt werden, wenn eine Überwachung durch einen erfahrenen Anästhesisten gewährleistet war. Das Berufungsgericht hält diese Voraussetzung auch in der Zeit für erfüllt, in welcher der Beklagte zu 4) in dem benachbarten Operationssaal selbst eine Narkose leitete, weil zu dieser Zeit kein besonderes Narkoserisiko zu gewärtigen gewesen sei und zwischen beiden Narkoseärzten die Möglichkeit eines Rufkontaktes sowie eine eingeschränkte Sicht bestanden habe. Damit wird das Berufungsgericht den Sorgfaltsanforderungen nicht hinreichend gerecht.

Der Beklagte zu 3) stand, wie Prof. W. ausführt, noch am Beginn seiner anästhesiologischen Erfahrung im HNO-ärztlichen Gebiet. Er hatte nach den Feststellungen des Berufungsgerichts vor dem Einsatz bei der Klägerin bei 19 Septumkorrekturen und Konchotomien, aber nur bei einer einzigen Palatopharyngoplastik die Narkose geführt. Daß diese letztgenannte Operation, wie im Streitfall, mit einem weiteren Eingriff kombiniert und deshalb auch bei ihr eine Umlagerung des Patienten erforderlich gewesen sei, ist nicht festgestellt. Ebensowenig legt das Berufungsgericht seiner Entscheidung zugrunde, daß etwa die vom Beklagten zu 3) geführten anderen Narkosen mit einer solchen Umlagerung ver-

bunden gewesen seien. Es muß deshalb für das Revisionsverfahren davon ausgegangen werden, daß er über keine ausreichenden Erfahrungen darüber verfügte, ob und ggfls. welche Risiken sich infolge der Umlagerung der Klägerin für die von ihm zu dieser Zeit allein geführte Narkose einstellen konnten. Dies hätte in Anbetracht der ohnehin gegenüber anderen Narkosearten größeren Risiken einer Intubationsnarkose (vgl. BGH, Urteil vom 18. März 1974 = aaO) dem Beklagten zu 1) Anlaß geben müssen, die Ordnungsmäßigkeit der Narkose im unmittelbaren Anschluß an die Umlagerung der Klägerin ebenso, wie bei der zu Beginn der Operation erfolgten Intubation, durch den Beklagten zu 4) überprüfen zu lassen. Dem steht auch nicht die Ansicht des Berufungsgerichts entgegen, daß in diesem Narkosestadium mit keinen Gefahren zu rechnen gewesen sei. Denn diese Ansicht wird nicht von entsprechenden Feststellungen getragen. Sie steht nicht im Einklang mit der Äußerungen des Sachverständigen Prof. W., es sei durchaus denkbar, daß sich bei einer solchen Umlagerung die Tubuslage ändere, und es dürfe unterstellt werden, daß hier die Umlagerung sorgfältig erfolgt sei, da weder der Operateur noch der Anästhesist das Risiko eingehen möchten, daß dabei der Beatmungstubus aus der Luftröhre versehentlich herausrutsche. Diese Ausführungen deuten darauf hin, daß eine etwaige Veränderung der Lage des Tubus und eine dadurch eintretende Schwierigkeit der Beatmung bei der Narkose nicht gänzlich außer Betracht gelassen werden konnten, zumal bei der Umlagerung der Klägerin, wie der Sachverständige weiter darlegt, eine extreme Reklination des Kopfes stattfand.

(b) Stellte sich hiernach aber die Umlagerung der Klägerin auch für die Narkoseführung als eine jedenfalls nicht gänzlich ungefährliche und deshalb aufgrund des vom Beklagten zu 1) geschuldeten Facharztstandards nicht der alleinigen Verantwortung des noch unerfahrenen Beklagten zu 3) zu überlassende Besonderheit dar, dann wurde das damit verbundene Narkoserisiko auch nicht schon ausreichend durch den möglichen Rufkontakt des Beklagten zu 3) zu dem Beklagten zu 4) aufgefangen. Denn eine spezifische Gefahr für den Patienten bei selbständiger Tätigkeit eines noch nicht voll ausgebildeten Anästhesiearztes liegt ja, wie die Revision mit Recht geltend macht, gerade darin, daß dieser Arzt auftretende Komplikationen evtl. gar nicht erst bemerkt (vgl. auch BGHZ 88, 248, 257) und deshalb von einem möglichen Rufkontakt nicht oder jedenfalls nicht rechtzeitig Gebrauch macht. So liegt es nach den Ausführungen von Prof. W. auch im Streitfall. Denn hiernach hat der Beklagte zu 3), da er die Beatmungsprobleme nicht oder zu spät erkannt hat, möglicherweise die Chance verloren, den Beklagten zu 4) früher hinzuzuziehen.

(c) Ist deshalb für das Revisionsverfahren davon auszugehen, daß der Beklagte zu 3) für die von ihm allein geführte Narkose jedenfalls für die Phase der Umlagerung der Klägerin noch nicht ausreichend qualifiziert war, so trifft nach der Rechtsprechung des Senats den Beklagten zu 1) die Darlegungs- und Beweislast dafür, daß der Hirnschaden der Klägerin nicht auf dieser mangelnden Qualifikation beruht (BGHZ 88, 248, 256 f; Senatsurteile vom 7. Mai 1985 und vom 10. März 1992 = jeweils aaO). Diese Beweislastverteilung entspricht auch dem Grundgedanken des § 831 BGB, nach dem

die für den Krankenhaussträger als den für die Organisation Verantwortlichen bestehende Verschuldensvermutung auch die Frage der hinreichenden Qualifikation des von ihm eingesetzten jungen Arztes mit der Folge umfaßt, daß er die Vermutung der Kausalität der Unerfahrenheit für den Schadenseintritt zu entkräften hat (Senatsurteil vom 14. März 1978 - VI ZR 213/76 - VersR 1978, 542, 543 = AHRS 0495/12; Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 5. Aufl. S. 92). Dieser Beweis ist vom Beklagten zu 1) nicht erbracht. Vielmehr sprechen die Darlegungen des Sachverständigen Prof. W. für einen Ursachenzusammenhang zwischen Unerfahrenheit und Schaden. Nach seinen Ausführungen hat der im 10. Monat seiner Weiterbildungszeit stehende Beklagte zu 3) der Situation nicht gerecht werden können; von einem Facharzt müsse hingegen erwartet werden, daß er rechtzeitig die Gefahr erkenne, zur Ursache der Störung vordringe, diese fachgerecht beseitige und die Patientin vor einem Sauerstoffmangelschaden des Gehirns bewahre. Bei behinderter Beatmung trete ein Anstieg des Beatmungsdruckes ein, der an der Druckanzeige des Nar-kosegeräts ablesbar sei, und parallel zum Sauerstoffmangel erfolge eine zyanotische Verfärbung der Hand und der Finger; ein erfahrener Arzt sehe dies auch dann, wenn im Operationssaal grüne Abdecktücher verwendet würden. Wenn ein erfahrener Anästhesist den Verdacht habe, daß mit der Beatmung etwas nicht stimme, werde er auf Handbeatmung umstellen (die hier nicht erfolgt ist) und dann merken, ob es an mangelnder Sauerstoffzufuhr liege.

(d) Kann deshalb mit der Begründung des Berufungsgerichts die Ursächlichkeit eines Organisationsfehlers des

Beklagten zu 1) für den Hirnschaden der Klägerin nicht verneint werden, so kann auch die Ansicht des Berufungsgerichts keinen Bestand haben, daß dem Beklagten zu 3) kein Übernahmeverschulden zur Last falle. Bei der Frage, ob ihm ein solcher Vorwurf zu machen ist, ist auch dann, wenn dabei auf die bei dem Beklagten zu 3) nach seinem Ausbildungsstand vorauszusetzenden Kenntnisse und Erfahrungen abgestellt wird (BGHZ 88, 248, 259; Senatsurteil vom 10. März 1992 = aaO; offengelassen im Senatsurteil vom 26. April 1988 = aaO), zu bedenken, daß der Beklagte zu 3) - wie für das Revisionsverfahren nach dem zuvor Gesagten zu unterstellen ist - bei der Übernahme der selbständigen anästhetischen Betreuung der Klägerin wußte, daß er an einer Intubationsnarkose, während der eine Umlagerung des Patienten erfolgte, noch nie teilgenommen und deshalb insoweit auch keine Erfahrungen hatte.

III.

Das Berufungsurteil ist deshalb aufzuheben und die Sache gemäß § 565 Abs. 1 ZPO an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Dr. Steffen

Dr. Kullmann

Dr. Lepa

Bischoff

Dr. v. Gerlach