

14

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

061

VI ZR 215/68

URTEIL

Verkündet am

24. November 1970

Kriegl

Justizhauptsekretär

**als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle**

in dem Rechtsstreit

der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten,
gesetzlich vertreten durch ihren Hauptgeschäftsführer
Assessor Karl Max S. [REDACTED], M. [REDACTED], A. [REDACTED]
[REDACTED],

Klägerin und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

gegen

den Facharzt für Chirurgie Dr. Walter B. [REDACTED],
W. [REDACTED], H. [REDACTED]straße [REDACTED],

Beklagten und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 24. November 1970 unter Mitwirkung des Senatspräsidenten Pehle sowie der Bundesrichter Dr. Bode, Dr. Weber, Prof.Dr. Nußgens und Sonnabend für R e c h t erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des 8. Zivilsenats des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 30. Mai 1968 aufgehoben.

Die Sache wird zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückverwiesen.

Von Rechts wegen

Tatbestand:

Der Beklagte betreibt eine chirurgische Privatklinik, in die am 28. August 1958 gegen 10.45 Uhr der in einer Brauerei beschäftigte Zimmermann Paul R. [REDACTED] eingeliefert wurde, der kurz zuvor einen Betriebsunfall erlitten hatte, bei dem das Grundglied des kleinen Fingers der linken Hand zertrümmert worden war. Ein bei dem Beklagten angestellter Assistenzarzt untersuchte den Verletzten und entschloß sich zu einer sofortigen Operation, die etwa eindreiviertel Stunden dauerte. Die Anästhesie bestand aus einer einleitenden Injektion von Evipan und anschließender Ätherinhalation.

- 3 -

Während der Operation kam es bei dem Patienten einmal zum Erbrechen des Mageninhalts. Gegen 15.00 Uhr erwachte der Patient aus der Narkose und verlangte nach Bier. Etwa 15 Minuten später traten bei ihm motorische Unruheerscheinungen auf, die sich sodann steigerten. Die an seinem Bett wachende Krankenschwester versuchte, ihn mit zwei herbeigerufenen Hilfskräften zu beruhigen. Als der Patient zu würgen begann, hielt sie seinen Kopf zur Seite und beobachtete die Atmung. Da die Unruhezustände anhielten, rief sie den diensthabenden Oberarzt herbei. Als dieser gegen 16.15 Uhr erschien, war der Patient bereits klinisch tot; Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos. Bei der Obduktion stellte ein Pathologe fest, daß die kleinen und kleinsten Luftröhrenäste vielfach mit aspirierten Speiseresten, Fett und Schleim vollgepfropft waren. Die mikroskopische Untersuchung der Lunge ergab eine starke akute Blutstauung, Blähung und Wassersucht des Gewebes sowie zahlreiche blutige Aspirationsherde, die teils einige Stunden alt, teils frischer waren.

Die Klägerin gewährt der Witwe und den beiden Kindern des Verstorbenen Hinterbliebenenrenten; sie zahlte ein Sterbegeld und übernahm die Kosten des Leichentransports und der Obduktion.

Die Klägerin macht gegen den Beklagten gemäß § 1542 RVO die behaupteten Schadensersatzansprüche der Hinterbliebenen geltend. Sie hat sich im ersten Rechtszug lediglich auf eine gegenüber den Hinterbliebenen gegebene Schadensersatzpflicht des Beklagten berufen; im Berufungsrechtszug hat sie zusätzlich noch eine ihr gegenüber unmittelbar bestehende vertragliche Haftung des Beklagten



geltend gemacht, die sie aus einem zwischen Berufsgenossenschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossenen Abkommen herleitet, dem der Beklagte beigetreten sei. Die Klägerin ist der Ansicht, daß der Beklagte den Tod ihres Versicherten schuldhaft verursacht habe, weil den bei dem Beklagten angestellten Ärzten und Schwestern Kunstfehler unterlaufen seien. Der Beklagte habe die Untersuchung und Operation des Verletzten nicht seinem Assistenzarzt überlassen dürfen.

Der Beklagte hält die Klage für unbegründet und ist dem Vorbringen der Klägerin entgegengetreten.

Die Klage ist in beiden Rechtszügen erfolglos geblieben.

Mit der Revision verfolgt die Klägerin ihre Ansprüche weiter.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Klägerin meint, ihr stehe aus eigenem Recht ein vertraglicher Schadensersatzanspruch unmittelbar gegen den Beklagten zu; das ergebe sich aus dem Ärzteabkommen vom 1. Januar 1956. Hiernach sei der Beklagte als Durchgangsarzt Vertragsarzt der Klägerin. Auf Grund des Ärzteabkommens sei der Beklagte verpflichtet gewesen, die ärztliche Tätigkeit

bei der Behandlung des Verletzten persönlich auszuüben oder durch einen Facharzt für Chirurgie ausüben zu lassen; er oder sein Vertreter hätten persönlich darüber entscheiden müssen, ob und wann die Operation vorgenommen werden mußte. Dem Beklagten sei es nicht gestattet gewesen, diese Entscheidung und die Operation seinem Assistenzarzt zu überlassen, der nicht Facharzt für Chirurgie gewesen sei, zumal die Art der Unfallverletzung die Behandlung durch einen Facharzt erforderlich gemacht habe. Der Beklagte habe schuldhaft gegen das Ärzteabkommen verstoßen und hierdurch den Tod des Verletzten verursacht.

Das Berufungsgericht hat die Frage, ob der Klägerin gegen den Beklagten vertragliche Schadensersatzansprüche zustehen, auf sich beruhen lassen, weil es sich wegen eines Schiedsvertrages insoweit an einer Entscheidung gehindert gesehen hat. Dieser Schiedsvertrag ist am 23. Januar 1962 zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V. und dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V. einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits abgeschlossen worden. Nach § 1 dieses Schiedsvertrages sind Streitfälle zwischen Ärzten und Berufsgenossenschaften aus dem Ärzteabkommen vom 1. Januar 1956 durch die Landesschiedsgerichte und ein Bundesschiedsgericht zu entscheiden. Das Berufungsgericht ist der Ansicht, daß ein solcher Streitfall hier vorliege, weil die Klägerin dem Beklagten die Nichtbeachtung von Vorschriften des Ärzteabkommens vorwirft und hieraus Ersatzansprüche herleitet.

1. Die Revision beanstandet zunächst, das Berufungsgericht habe den Schiedsvertrag ohne Einrede des Beklagten

(§ 274 Abs. 2 Nr. 3 ZPO) beachtet. Diese Rüge ist nicht begründet. Dem Berufungsurteil ist zu entnehmen, daß der Beklagte die Einrede, der Rechtsstreit sei durch Schiedsrichter zu entscheiden, rechtzeitig erhoben hat. Der Beklagte hat in der Berufsbeantwortung darauf hingewiesen, daß die Klage schon deswegen nicht auf die Verletzung des Ärzteabkommens gestützt werden könne, weil für alle Streitfälle Schiedsgerichte zuständig seien. Diese Ausführungen, die als Vorbringen der Einrede nach § 274 Abs. 2 Nr. 3 ZPO zu werten sind, sind ausweislich des Tatbestandes des Berufungsurteils (S.5) Gegenstand der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsgericht gewesen.

2. Zu Recht rügt jedoch die Revision, das Berufungsgericht habe nicht festgestellt, daß die Parteien einen Schiedsvertrag in der Form des § 1027 Abs. 1 ZPO abgeschlossen haben. Diese Vorschrift ist von Amts wegen zu beachten (RG JW 1935, 781 und 1088; Baumbach/Lauterbach, ZPO, 30. Aufl., § 1027 Anm. 1 F). Das Vorbringen des Beklagten zu diesem Punkt ist widersprüchlich. In der Berufsbeantwortung hat er bestritten, dem Ärzteabkommen beigetreten zu sein und die dort vorgesehene schriftliche Erklärung abgegeben zu haben; in demselben Schriftsatz hat er sich sodann an anderer Stelle auf den Schiedsvertrag berufen. Das Berufungsgericht setzt sich mit diesem auch im Streitigen Teil des Tatbestandes des angefochtenen Urteils (S.5/6) wiedergegebenen widersprüchlichen Sachvortrag des Beklagten nicht auseinander. Es hätte prüfen müssen, welchen Inhalt die Erklärung hat, die der Beklagte nach der von der Klägerin im Schriftsatz vom 18. Januar 1968 aufgestellten Behauptung schriftlich abgegeben haben soll. Hierbei wäre der Formvorschrift des § 1027 Abs. 1 ZPO zwar genügt, wenn

der Beklagte in dieser Erklärung zwar auf den Schiedsvertrag vom 23. Januar 1962 Bezug genommen haben sollte (so auch Stein/Jonas/Schlosser, ZPO, 19. Aufl., § 1027, Anm. I 1 a); die Urkunde darf jedoch keine anderen Vereinbarungen als solche, die sich auf das schiedsgerichtliche Verfahren beziehen, enthalten. Sollte die Erklärung des Beklagten den in Nr. 118 des Ärzteabkommens vorgesehenen Wortlaut haben, so würde ein Verstoß gegen die zwingende Vorschrift des § 1027 Abs. 1, zweiter Halbsatz, ZPO vorliegen, weil die vorgesehene Erklärung über die Beteiligung am Ärzteabkommen auch andere Vereinbarungen vorsieht als solche, die sich auf das schiedsgerichtliche Verfahren beziehen.

Diese Prüfung wird das Berufungsgericht nachzuholen haben.

3. Sollte sich die Schiedsabrede danach als formwirksam erweisen, so wird das Berufungsgericht zu erörtern haben, ob die den Gegenstand dieses Rechtsstreits bildenden Klageansprüche nach dem Willen der Partner des Ärzteabkommens und des Schiedsvertrages zu den in § 1 des Schiedsvertrages genannten "Streitfällen zwischen Ärzten und Berufsgenossenschaften aus dem Abkommen" und zu den in Nr. 112 des Ärzteabkommens erwähnten, nach dem Schiedsvertrag zu bereinigenden "Streitigkeiten" gehören.

Die Klägerin ist der Ansicht, daß hier kein Fall vorliege, in welchem die Schiedsabrede eingreifen könnte. Diese Auffassung wird in dem Urteil des Oberlandesgerichts Celle vom 19. November 1964 - 1 U 171/64 - (NJW 1965, 1085, 1086) und in den Ausführungen von Noeske "Erläuterungen zum Ärzteabkommen" (Ergänzung Januar 1968), Fußnote zu § 1

des Schiedsvertrages (Seite 375) geteilt. Es wird für die Auslegung insbesondere auch darauf ankommen, wie Nr. 112 des Ärzteabkommens und § 1 des Schiedsvertrages bisher in der Praxis gehandhabt worden sind; es wird auch auf etwaige Parallelen in Schiedsverträgen abzustellen sein, die Sozialversicherungsträger mit Ärztevereinigungen abgeschlossen haben. Im Hinblick darauf, daß die Frage, ob überhaupt ein wirksamer Schiedsvertrag vorliegt, ungeprüft geblieben ist, erschien es sachgemäß, auch die Prüfung der Frage, auf welche Streitfälle sich der Schiedsvertrag nach dem Willen der Partner erstrecken sollte, dem Berufungsgericht zu überlassen, das in diesem Zusammenhang ferner die bisher dahingestellt gebliebene Frage zu erörtern haben wird, ob der Assistenzarzt, zumindest bei der ersten Untersuchung des Verunglückten, durchgangsarztliche Funktionen ausgeübt hat, die nach Nr. 22 dem Beklagten oder dessen nach Nr. 21 des Ärzteabkommens bestellten Durchgangsarzt-Vertreter, vorbehalten waren und deren Übertragung auf Assistenzärzte nach Nr. 22 nicht statthaft ist. Ergibt die Prüfung, daß der Assistenzarzt zwar entgegen Nr. 22 des Ärzteabkommens als Durchgangsarzt tätig geworden ist, daß jedoch seine im Rahmen dieser Tätigkeit getroffene Entscheidung, bei dem Verunglückten müsse sofort eine Operation vorgenommen werden, aus der Sicht des Beklagten nicht zu beanstanden war, so könnte sich hieraus ergeben, daß der Verstoß gegen Nr. 22 für den Tod des Verunglückten nicht ursächlich gewesen ist. In diesem Zusammenhang wird allerdings zu erörtern sein, ob der Beklagte einen Verstoß gegen Nr. 22 beging, wenn er seine durchgangsarztliche Tätigkeit Ärzten überließ, die nicht zu Durchgangsarzt-Vertretern bestellt waren, ohne für diesen Fall die Anordnung zu treffen, daß er sofort Kenntnis von dem durchgangsarztlichen Befund und der getroffenen Entscheidung erhielt, wobei allerdings geringfügige Verletzungen, die eine nur geringe ärztliche Tätigkeit erforderten, möglicherweise außer Betracht bleiben könnten.

II.

1. Das Berufungsgericht geht auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme davon aus, daß der von dem Beklagten angestellte Assistenzarzt den Tod des Verunglückten schuldhaft verursacht hat. Es macht dem Assistenzarzt zum Vorwurf, er habe dem Patienten, der noch kurze Zeit vorher Nahrung zu sich genommen hatte, vor der Operation eine Vollnarkose verabreichen lassen und damit gegen den Grundsatz verstoßen, daß eine Vollnarkose nur bei leerem Magen vorgenommen werden darf. Der Assistenzarzt habe daher die Operation an dem voll narkotisierten Patienten verfrüht durchgeführt. Das Berufungsgericht ist ferner zu dem Ergebnis gelangt, daß der Tod des Patienten infolge einer herdförmigen blutigen Lungenentzündung eingetreten ist, deren Ursache das massive Einatmen von erbrochenem Mageninhalt gewesen ist, und daß das zum Erstickungstod führende Erbrechen ursächlich mit der Narkose zusammenhängt.

Gegen diese Würdigung sind rechtliche Bedenken nicht zu erheben.

2. Das Berufungsgericht sieht den von dem Beklagten angetretenen Entlastungsbeweis nach § 831 Abs. 1 Satz 2 BGB als geführt an und ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme zu der Überzeugung gelangt, daß der Beklagte bei der Auswahl, Überwachung und Belehrung des Assistenzarztes die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat.

Diese Beurteilung wird von der Revision zu Recht angegriffen, die u.a. rügt, daß das Berufungsgericht den Prozeßstoff in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht nicht

ausgeschöpft habe. Das Berufungsgericht hat zwar als bewiesen angesehen, daß der Beklagte auch den Assistenzarzt wiederholt auf den Grundsatz hingewiesen hat, eine Vollnarkose dürfe nur bei leerem Magen des Patienten verabfolgt werden. Es hat dabei aber nicht beachtet, daß der Beklagte in der Klage- und in der Berufsbeantwortung die auch in den Tatbestand des Berufungsurteils (S. 6) übernommene Behauptung aufgestellt hat, der Grundsatz, eine Vollnarkose dürfe nur bei leerem Magen des Patienten gegeben werden, gelte nicht für Notoperationen. Die schriftlichen Gutachten der Sachverständigen Professor Dr. H. [REDACTED] und Professor Dr. H. [REDACTED]/Professor Dr. P. [REDACTED] hätten für das Berufungsgericht Anlaß zu der Prüfung der Frage sein müssen, ob diese Auffassung des Beklagten richtig oder irrig, insbesondere etwa zu allgemein gehalten ist und ob die von den Sachverständigen vertretene Auffassung bereits im Jahr 1958 dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprach. In dem Gutachten der Professoren Dr. H. [REDACTED] und Dr. P. [REDACTED] vom 22. Dezember 1966 (Bl. 239) heißt es eindeutig, daß auch Notoperationen im Rahmen der Ambulanz im Falle der Vollnarkose nur bei leerem Magen ausgeführt werden dürfen. Die gleiche Auffassung hatte bereits Professor Dr. H. [REDACTED] in seinem am 16. April 1964 eingegangenen schriftlichen Gutachten (Bl. 155/156) vertreten. Ergibt die nachzuholende Prüfung, daß die von dem Beklagten vertretene Auffassung jedenfalls für eine Operation der hier vorliegenden Art unrichtig ist, so wäre die von dem Berufungsgericht für notwendig erachtete und nach seinen Feststellungen dem Assistenzarzt auch erteilte Belehrung durch den Beklagten über den bei Vornahme der Narkose zu beachtenden Magen Zustand des Patienten unrichtig, zumindest unvollständig gewesen, so daß insoweit eine Entlastungsmöglichkeit des Beklagten entfallen würde.

III.

Das Berufungsgericht hat nicht festzustellen vermocht, daß die Krankenschwester, welche die Narkose verabreicht hatte und die nach der Operation am Bett des Patienten verblieben war, diesen nicht sachgemäß betreut und dadurch den Tod herbeigeführt hat. Nach Ansicht des Berufungsgerichts fehlt es an einem rechtswidrigen Verhalten der Krankenschwester, so daß es nicht darauf ankomme, ob der Beklagte diese sorgfältig ausgewählt und überwacht habe.

Auch insoweit erhebt die Revision zu Recht Bedenken.

1. Das Berufungsgericht meint, die Krankenschwester habe bei dem Erbrechen des Patienten während der Operation die deswegen erforderlichen Maßnahmen getroffen; der Assistenzarzt habe sie dabei überwacht und keinen Anlaß zum Einschreiten gesehen. In diesem Zusammenhang hätte es eindeutiger Feststellungen darüber bedurft, welche Maßnahmen die Krankenschwester im einzelnen getroffen hat; nur dann wäre eine Beurteilung der Frage möglich, ob diese Maßnahmen sachgerecht und ausreichend waren. An dem Fehlen dieser Feststellungen leidet das angefochtene Urteil.

2. Die Revision faßt die im Tatbestand des landgerichtlichen Urteils, auf den das Berufungsurteil Bezug nimmt, enthaltene Feststellung, daß der Patient nach der Operation, als er sich bereits in seinem Bett befand, zu würgen anfang, dahin auf, daß er auch nach der Operation erbrochen habe. Eine solche Feststellung enthält das angefochtene Urteil allerdings nicht, obwohl für das Berufungsgericht auch insoweit

Anlaß zu einer Klarstellung des Sachverhalts bestanden hätte, weil die Klägerin noch im Schriftsatz vom 18. Januar 1968 (Bl. 336 GA) unter Beweisantritt behauptet hatte, der Patient habe auch nach der Operation erbrochen. Diese Tatsache ist im ersten Rechtszug offenbar auch als unstreitig behandelt worden; hierauf deutet der Beweisbeschluß vom 22. Dezember 1961 hin. Der Klageschrift ist das von Professor Dr. F. [REDACTED] erstattete Privatgutachten beigelegt, dessen Inhalt die Klägerin zum Gegenstand des Klagevorbringens gemacht hat. In diesem Privatgutachten, das sich u.a. auf die Krankenpapiere stützt, ist mehrfach davon die Rede, daß der Patient auch nach der Operation erbrochen habe. Auch der im vorliegenden Rechtsstreit als Zeuge vernommene Oberarzt hat bekundet, man habe ihm gesagt, daß der Patient nach der Operation erbrochen habe.

Unstreitig waren bei dem Patienten etwa um 15.15 Uhr Unruhezustände aufgetreten, welche die Krankenschwester veranlaßten, zwei Personen zu Hilfe zu rufen. Es hätte der Feststellung bedurft, wann die Krankenschwester den Oberarzt, der um etwa 16.15 Uhr erschien und den klinischen Tod feststellte, gerufen hatte. Das Berufungsgericht hätte die Frage prüfen müssen, ob die Krankenschwester den Oberarzt etwa zu spät verständigt hat. Die Krankenschwester war verpflichtet, den Oberarzt rechtzeitig nach Auftreten der Unruhezustände zu Hilfe zu rufen. Sie war zu einer erhöhten Sorgfalt deshalb verpflichtet, weil sie das Erbrechen während der Operation beobachtet hatte, ihr also erkennbar war, daß die Operation nicht bei leerem Magen des Patienten vorgenommen worden war. Die Verpflichtung, den Oberarzt unverzüglich zu verständigen, würde sich weiter erhöhen, wenn sich ergeben sollte, daß der Patient auch nach der

Operation erbrochen hatte, dieser Umstand also zu den Unruhezuständen, die immerhin das zusätzliche Eingreifen von zwei Personen erforderlich gemacht hatten, hinzutrat.

Falls sich Tatsachen ergeben sollten, die ein rechtswidriges Handeln oder Unterlassen der Krankenschwester begründen, wird das Berufungsgericht den von dem Beklagten angetretenen Entlastungsbeweis zu erheben haben. Hierbei wird zu beachten sein, daß nach dem Vorbringen der Klägerin in der Berufungsbegründung die Krankenschwester erst recht kurze Zeit in Diensten des Beklagten gestanden haben kann. Ein mit der Berufungsbegründung überreichtes Zeugnis besagt sogar, daß die Krankenschwester bis 31. August 1958 in einer anderen Krankenanstalt tätig war, wohingegen die Operation am 28. August 1958 stattfand; auch auf diesen Umstand hatte die Klägerin hingewiesen. Sollte sich ergeben, daß die Krankenschwester tatsächlich erst kurze Zeit bei dem Beklagten tätig war, so wird es einer eingehenden Prüfung der Frage bedürfen, ob der Beklagte gerade diese Krankenschwester eingehend belehrt und überwacht bzw. hatte belehren und überwachen lassen.

IV.

Die Revision erweist sich hiernach in mehrfacher Hinsicht als begründet, so daß das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen war, dem auch die Entscheidung über die Kosten der Revision übertragen worden ist.

V.

Bei der erneuten Verhandlung und Entscheidung wird das Berufungsgericht sein Augenmerk besonders darauf richten müssen, ob Tatsachen festgestellt werden können, die eine Haftung des Beklagten nach § 823 Abs. 1 BGB wegen eines Organisationsverschuldens ergeben.

1. Sollte sich das Berufungsgericht davon überzeugen, daß die von dem Beklagten vertretene Auffassung, nach welcher der Grundsatz, eine Vollnarkose dürfe nur bei leerem Magen des Patienten gegeben werden, nicht für Notoperationen Geltung haben soll, unrichtig ist und daß es bereits im Jahre 1958 zum medizinischen Fachwissen gehörte, eine Ätherinhalations-Narkose niemals, auch nicht in Ausnahmefällen, bei nicht entleertem Magen zu verabreichen, so würde das Verschulden des Beklagten bereits darin liegen, daß er selbst und, wie die Beweisaufnahme ergeben hat, auch sein Oberarzt der Auffassung waren, bei Notoperationen dürfe der Patient auch bei nicht leerem Magen eine Vollnarkose erhalten. Es würde dann bewiesen sein, daß in der Klinik des Beklagten die von dem Sachverständigen Prof. Dr. H. [REDACTED] als "ein klarer Grundsatz" bezeichnete Regel, eine Vollnarkose nur bei leerem Magen vorzunehmen, im Falle der Notoperation schuldhaft als nicht gültig angesehen worden ist.

Hilfsweise wird insoweit zu erörtern sein, ob und welche Anweisungen der Beklagte für den Fall gegeben hatte, daß anläßlich einer bei nicht entleertem Magen in Vollnarkose ausgeführten Notoperation der Patient erbrach.

2. Das Berufungsgericht wird gegebenenfalls weiterhin zu prüfen haben, ob der Beklagte Anweisungen für den Fall gegeben hatte, daß in einem Zeitraum, in welchem er und der Oberarzt gerade andere Operationen vornahmen, ein sofort behandlungsbedürftiger Unfallverletzter eingeliefert und lediglich von dem Assistenzarzt untersucht und behandelt wurde.

Die Berufsgenossenschaften haben, offensichtlich im Hinblick auf jahrzehntelange Erfahrungen auf dem Gebiet der Unfallfürsorge, die Erstuntersuchung eines Unfallverletzten und die Entscheidung über die zu treffenden ärztlichen Maßnahmen ausdrücklich den von ihnen bestellten Durchgangsarzten und Durchgangsarzt-Vertretern, welche die in Nr. 21 des Ärzteabkommens genannten besonderen fachlichen Voraussetzungen erfüllen müssen, übertragen und die Ausübung dieser Tätigkeit durch Assistenzärzte nicht gestattet. Diese zum Schutz und Wohl Millionen Berufstätiger getroffene Regelung legt die rechtliche Würdigung nahe, daß es auch im Rahmen des § 823 Abs. 1 BGB die Pflicht des Chefarztes ist, für den Fall, daß in seiner Privatklinik nur ein Assistenzarzt greifbar ist, die Anweisung zu geben, den Patienten an eine andere geeignete Klinik abzugeben, wenn damit keine Gefahr für diesen verbunden ist. Jedenfalls gibt die bezeichnete Regelung des Abkommens aber einen Anhaltspunkt für eine besondere Sorgfaltspflicht des verantwortlichen ärztlichen Leiters einer Klinik, der es zuläßt, daß ein in der Klinik tätiger, nicht als Facharzt für Chirurgie anerkannter Assistenzarzt in gewissen Fällen selbständig die Entscheidung über die Notwendigkeit von Operationen Unfallverletzter trifft und diese Entscheidung dahin lautet, daß er die Operation selbständig ausführt.

Die ihn selbst hierbei treffende Sorgfaltspflicht erfüllt der Klinik-Chef nur dann, wenn er den Assistenzarzt unmißverständlich anweist, ihn oder den Oberarzt von jeder beabsichtigten Operation in Kenntnis zu setzen, und wenn er selbst oder der Oberarzt sich davon überzeugt hat, daß die Operation erforderlich ist und ihre Ausführung durch den Assistenzarzt im Hinblick auf dessen Fachkunde verantwortet werden kann.

Für den Fall, daß ausnahmsweise die vorherige Verständigung des Chef- oder Oberarztes nicht möglich ist, weil diese selbst einer ärztlichen Tätigkeit nachgehen und diese nicht unterbrechen können, andererseits bei dem von dem Assistenzarzt untersuchten Patienten ein sofortiger Eingriff erforderlich ist, muß eine Anweisung des Chefarztes des Inhalts verlangt werden, ihn oder den Oberarzt alsbald von den seitens des Assistenzarztes getroffenen Maßnahmen zu unterrichten. Der Beklagte oder der Oberarzt müssen sich dann persönlich davon unterrichten, ob die von dem Assistenzarzt angewandten Maßnahmen sachgemäß durchgeführt worden sind oder ob etwa der Zustand des Patienten Anlaß zu Bedenken gibt. Ergeben die von dem Berufungsgericht in dieser Richtung noch zu treffenden Feststellungen, daß es an einer solchen Anweisung fehlte oder daß es der Beklagte im vorliegenden Fall trotz Kenntnis von dem Neuzugang und der Operation etwa versäumt hatte, unverzüglich nach Beendigung seiner eigenen Inanspruchnahme sich selbst um den Frischoperierten zu kümmern, zumindest aber dem Oberarzt eine spezielle Anweisung zu geben, so würde ein nach § 823 Abs. 1 BGB zu beurteilendes Organisationsverschulden des Beklagten angenommen werden können.

3. Das Berufungsgericht wird gegebenenfalls weiter zu prüfen haben, ob nach allgemeiner, für das Jahr 1958

gültiger medizinischer Anschauung das während der Operation aufgetretene Erbrechen des vollnarkotisierten Patienten, dessen Magen nicht entleert war, als ein solches Vorkommnis anzusehen war, das einerseits den Operateur, der alsbald nach dem Eingriff die Klinik verließ, verpflichtete, vorher einem anderen Arzt von dem Vorkommnis Mitteilung zu machen, andererseits eine solche Mitteilungspflicht für die am Bett des Operierten wachende Krankenschwester begründete, der bekannt war, daß der Patient bereits während der Operation erbrochen hatte und die nunmehr zugegen war, als das Erbrechen und die Unruhe nach der Operation auftraten. Werden diese Fragen bejaht, so wird zu prüfen sein, ob der Beklagte für Fälle dieser Art Anweisungen gegeben hatte hinsichtlich der Verhaltensweise des Pflegepersonals und der bei ihm angestellten Assistenzärzte, die selbständig eine Operation vorgenommen hatten, sich dann aber selbst aus irgendwelchen Gründen nicht mehr um den Patienten kümmern konnten. Besonderer Anlaß für eine solche Anweisung bestand für einen Chefarzt, der es für vertretbar hielt, die Entscheidung über das Ob, Wann und Wie einer Operation in gewissen Fällen einem Assistenzarzt zu überlassen und der darüber hinaus die Auffassung vertritt, der Grundsatz, daß Vollnarkose nur bei leerem Magen des Patienten verabreicht werden darf, gelte nicht für Notoperationen. Es wird auch zu prüfen sein, ob der Beklagte allgemein oder für den Fall des Auftretens von besonderen Ereignissen eine von ihm ständig auch auf Befolgung überwachte Anweisung gegeben hatte, daß sich der Operateur oder ein anderer Arzt um frischoperierte Patienten auch dann noch zu kümmern hatte, wenn diese bereits im Krankenzimmer zu Bett lagen und von einer Krankenschwester bewacht wurden. Auf jeden Fall hätte jedoch eine Anweisung des Inhalts bestehen müssen, daß der selbständig operierende Assistenzarzt verpflichtet war, bei Ablösung seinen Nachfolger oder einen anderen Klinikarzt auf frischoperierte Patienten hinzuweisen. Zu solchen

Anweisungen bestand um so mehr Anlaß, als die Klinik des Beklagten über keine Wachstation verfügte; in einer solchen Station befinden sich in anderen Krankenhäusern frischoperierte Patienten regelmäßig in ständiger ärztlicher Obhut.

Die Zeugenaussage des Oberarztes läßt Zweifel daran aufkommen, ob der Beklagte den Begriff des meldepflichtigen "besonderen Vorkommnisses" überhaupt irgendwie konkretisiert und ob er eine Anordnung getroffen hatte, unter welchen Voraussetzungen ein abgelöster Arzt seinem Nachfolger Mitteilungen über irgendwelche Ereignisse zu machen hatte.

Das Unterlassen solcher Anweisungen würde dem Beklagten ebenfalls nach § 823 BGB zur Last fallen können.

Pehle

Dr. Bode

Dr. Weber

Nußgens

Sonnabend