
Datum: 22.09.1994
Gericht: Oberlandesgericht Köln
Spruchkörper: 5. Zivilsenat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 5 U 65/94
ECLI: ECLI:DE:OLGK:1994:0922.5U65.94.00

Vorinstanz: Landgericht Bonn, 9 O 244/91

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil der 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn vom 25. September 1992 -9 O 244/91- wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar. Dem Kläger bleibt vorbehalten, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 21.000,-- DM abzuwenden, wenn nicht die Beklagten vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leisten. Den Beklagten wird gestattet, Sicherheit auch durch Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlichen Sparkasse oder Volksbank zu leisten.

T A T B E S T A N D

1

##blob##nbsp;

2

Der damals 32 Jahre alte Kläger erlitt am 30. Ja-nuar 1990 einen Gelenkkapselriß und wurde dieser-halb am 5. Februar 1990 im St. J.-Hospital in B.-B. unter Vollnarkose am rechten Knie operiert. Nach der Operation wurde eine Thromboseprophylaxe unter täglicher Heparin-gabe durchgeführt. Ab dem dritten Tag nach der Operation traten Schmerzen im rechten Bein auf, ab dem achten postoperativen Tag schwellte das rechte Kniegelenk an. Daraufhin wurde eine zunächst eingeleitete Krankengymnastikbehand-lung reduziert und Voltaren als entzündungshemmen-des Mittel verabreicht. Am zehnten Tag nach der Operation klagte der Kläger erstmals über Schmer-zen in der rechten Schulter, was als Verspannung gedeutet und mit Voltarensalbe behandelt wurde. Am 16. Februar 1990, also elf Tage nach der Opera-tion, wurde der Kläger aus der stationären Behand-lung entlassen und für den 19. Februar 1990 zwecks Anlage eines endgültigen Gipses zur Vorsprache in der

3

Klinik einbestellt. Am Entlassungstag kam es erstmals neben den Schmerzen in der rechten Schulter (mit Ausstrahlung zur Mitte des Rückens) zu Atemnoterscheinungen. Ein Vertreter des Hausarztes spritzte eine Ampulle Valium und riet zur Wieder-vorstellung in der Klinik. In der Klinikambulanz wurde eine Röntgenthoraxaufnahme ohne pathologischen Befund aufgenommen, woraufhin die schmerzenden Stellen am Rücken mit einem Lokalanästhetikum umspritzt wurden.

Am 19. Februar 1990 wurde im St. J.-Krankenhaus ein neuer Gipstutor angelegt. Am folgenden Tag traten Schmerzen im rechten Bein auf. Am Morgen des nächsten Tages empfand der Kläger ein Druckgefühl im rechten Bein, wobei der Fuß rötlich angeschwollen war. Deshalb suchte er am Morgen des 21. Februar 1990 erneut die Ambulanz des St. J.-Krankenhauses auf. Bei Abnahme des Gipses wurde eine angeschwollene rechte Wade mit Druckschmerzhaftigkeit festgestellt. Daraufhin wurde eine Phlebographie der Venen beider Beine durchgeführt, welche eine tiefe Unter- und Oberschenkelvenenthrombose des rechten Beins ergab. Angesichts dieses Befundes wurde der Kläger unverzüglich zur Thrombektomie in die chirurgische Abteilung des St. Jo.-Hospitals in B. eingewiesen. Dort wurde die Indikation zur Thrombektomie bestätigt und diese für den Nachmittag des 21. Februar 1990 in Aussicht genommen. Anlässlich des vor der entsprechenden Operation durchgeführten Gespräches mit der Beklagten zu 2) als tätiger Anästhesistin gab der Kläger im Rahmen der Anamnese als bei vorausgegangenen Anästhesien aufgetretene Besonderheiten an: "Langer Nachschlaf, ansteigender Blutdruck, Zittern, Schwitzen". In dem entsprechenden Aufklärungs- und Anamnesebogen sind als Vermerk der Beklagten zu 2) zum Aufklärungsgespräch die Angaben "Herz-Kreislauf-Komplikationen, typische Intubationsbeschwerden" aufgenommen.

Die Thrombektomie wurde am 21. Februar 1990 um 16.30 Uhr begonnen. Im Verlauf der Operation trat bei Ausmassieren der verstopften Vene ein Blutvolumenverlust von rund 1.200 ml ein. Ferner kam es im Rahmen der Operation zweimal zu einem sogenannten Bigeminus (Herzrhythmusstörung in Form eines doppelschlägigen Pulses). Im Rahmen der Ausleitung der von der Beklagten zu 2) geleiteten Narkose wurde eine Blutgasanalyse durchgeführt, deren Ergebnis im Anästhesieprotokoll vermerkt wurde. Das Narkoseende lag bei 17.50 Uhr. Zu diesem Zeitpunkt wurde beim Kläger ein Blutdruck von 150/60 und ein Puls von 120 bis 130/m gemessen. Auf Anweisung der Beklagten zu 2) wurde der Kläger sodann auf die Normalstation verlegt, zu welchem Zweck die Beklagte zu 2) ihn an die Beklagte zu 3) übergab, die bei der Beklagten zu 1) als Krankenschwester tätig ist. Die Beklagte zu 2) erteilte in diesem Zusammenhang die Anweisung, in kürzeren Abständen als sonst üblich die Kreislaufwerte des Klägers zu messen und ihm wegen des erlittenen Blutverlustes zur Volumenstabilisierung Haemaccel zu geben.

Gegen 18.00 Uhr traf die Beklagte zu 3) mit dem Kläger auf der Normalstation ein. Jedenfalls bei der Aufnahme dort wies der Kläger eine fahle Gesichtsfarbe auf und war kaltschweißig und kurzatmig. Der Blutdruck wurde mit 90/50 und der Puls mit 130/m gemessen. Gegen 18.15 Uhr gab die Beklagte zu 3) entsprechend der Anweisung der Beklagten zu 2) dem Kläger eine Haemaccel-Infusion "im Schuß". Als bald darauf stellte die Beklagte zu 3) das untere Bettende hoch, um das Blutvolumen zu verlagern. Wenig später, gegen 18.40 Uhr, trat beim Kläger eine sogenannte Schnappatmung ein. Die Beklagte zu 3) verließ darauf zunächst das Zimmer des Klägers und begab sich in das Stationszimmer, von wo aus sie versuchte, die Beklagte zu 2) anzufunkern. Als dies ohne Erfolg blieb, rief sie per Telefon die Pforte an, damit man die Beklagte zu 2) von dort aus verständige. Sodann funkte sie den auf der Station diensttuenden Chirurgen Dr. S. an, der unverzüglich erschien. Als dieser auf dem Krankenzimmer des Klägers eintraf, mußte er einen Herzstillstand beim

Kläger feststellen. Daraufhin begann er sofort mit der Reanimation. Als bald darauf kam auch die inzwischen verständigte Beklagte zu 2) hinzu, die den Kläger intubierte, während Dr. S. eine Herzmassage durchführte. Es kann als bald zu einer Wiederbelebung der Herztätigkeit, woraufhin der Kläger auf die Intensivstation verlegt wurde. Dort wurde um 19.00 Uhr im Rahmen eines Echokardiogramms festgestellt, daß das Rechts-herz des Klägers deutlich vergrößert war. Des weiteren wurde zu diesem Zeitpunkt eine Blutgasanalyse durchgeführt, aus der sich eine schlechte Lungendurchblutung beim Kläger zu diesem Zeitpunkt ergab. Im Ergebnis gelang es jedoch, den Kreislauf des Klägers zu stabilisieren; der Kläger erlangte jedoch nicht das Bewußtsein wieder, vielmehr besteht seither bei ihm ein schweres apallisches Syndrom.

Wegen des vorgenannten Sachverhaltes hat der Kläger Schmerzensgeld sowie die Feststellung der Ersatzpflicht der Beklagten bezüglich aller zukünftiger Schäden infolge seines Hirnschadens geltend gemacht. 7

Er hat insoweit die Ansicht vertreten, der irreversible Hirnschaden sei von den Beklagten zu verantworten. Die Beklagte zu 2) habe insofern einen Behandlungsfehler begangen, als sie ihn nicht unmittelbar nach der Operation auf die Normalstation hätte verlegen dürfen; vielmehr habe es einer intensiven Kontrolle entweder auf einer Intensivstation oder aber einer Wachstation mit ständiger ärztlicher Überwachung bedurft. Die entsprechende Notwendigkeit ergebe sich daraus, daß angesichts der Krankheitsvorgeschichte nach der ersten Knieoperation davon ausgegangen werden müsse, daß schon vor der Thrombektomie am 21. Februar 1990 kleinere Lungenembolien aufgetreten seien. Dies hätte die Beklagte zu 2) erkennen müssen. Im übrigen hätten sich auch während der Operation angesichts der starken Kreislaufschwankungen sowie des zweimaligen Bigeminus hinreichende Anhaltspunkte dafür ergeben, daß eine unmittelbare Verlegung auf die Normalstation nicht angezeigt gewesen sei. Die vorgenannten Symptome hätten nämlich auf eine schlechte Lungendurchblutung und damit die Gefahr einer Lungenembolie hingewiesen. Die Notwendigkeit einer Verlegung auf die Intensivstation habe sich auch daraus ergeben, daß er schon zum Zeitpunkt der Übergabe an die Beklagte zu 3) nicht ansprechbar sowie kurzatmig und kaltschweißig gewesen sei. Da er gleichwohl sachwidrig unmittelbar auf die Normalstation verlegt worden sei, habe sich der Beginn der Reanimation nach Eintritt des Herzstillstandes entscheidend verzögert, wohingegen bei einem längeren Aufenthalt im Aufwachraum oder auf der Intensivstation die Reanimation sofort hätte beginnen können, wodurch das Auftreten des apallischen Syndroms verhindert worden wäre. 8

Hinsichtlich der Beklagten zu 3) hat der Kläger die Ansicht vertreten, diese sei für den bei ihm eingetretenen Hirnschaden ebenfalls verantwortlich. Im Hinblick auf seinen Zustand bei Ankunft auf der Normalstation habe sie schon zu diesem Zeitpunkt, jedenfalls aber auch angesichts des nachfolgenden Verschlechterungsverlaufs seines Zustandes einen Arzt herbeirufen müssen mit der Folge, daß bei Eintritt des Herzstillstandes die Reanimation sofort hätte beginnen und dadurch das apallische Syndrom hätte verhindert werden können. 9

Die Beklagte zu 1) sei unter dem Gesichtspunkt eines Organisationsverschuldens verantwortlich, da sie es unterlassen habe, durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, daß bei Auftreten einer Notfallsituation rechtzeitig ein ärztliches Eingreifen auch auf der Normalstation erfolgen konnte. 10

Der Kläger hat beantragt, 11

1. die Beklagten als Gesamtschuldner zu 12

##blob##nbsp;	13
##blob##nbsp;	14
##blob##nbsp;	15
verurteilen, an ihn ein angemessenes Schmerzensgeld zu zahlen,	16
1. festzustellen, daß die Beklagten als	17
Gesamtschuldner verpflichtet sind, ihm den gesamten Schaden zu erset-zen, der ihm	18
künftig infolge des am 21. Februar 1990 erlittenen apalli-schen Syndroms entsteht.	
Die Beklagten haben beantragt,	19
die Klage abzuweisen.	20
Sie haben die Auffassung vertreten, für den Hirnschaden des Klägers nicht verantwortlich	21
zu sein. Die Beklagte zu 2) habe keine Veranlassung gehabt, von der Gefahr einer	
Lungenembolie aus-zugehen. Solche Anhaltspunkte hätten sich auch nicht intraoperativ	
ergeben. Blutdruckabfall und Herzfrequenzerhöhung seien Folge des bei der Ope-ration	
aufgetretenen Blutverlustes gewesen und als solche normal. Auch die erste Blutgasanalyse	
bei Ausleitung der Narkose habe keinen Hinweis auf ei-ne intraoperativ stattgefundene	
Lungenembolie ge-geben. Auch der postoperative Zustand des Klägers habe keine	
Veranlassung gegeben, von einer Verle-gung auf die Normalstation Abstand zu nehmen. Der	
Kläger sei nach der Operation wach und ansprech-bar gewesen und habe die normalen	
Schutzreflexe gehabt. Kurzatmigkeit und Kaltschweißigkeit seien erst nach Übergabe an die	
Beklagte zu 3) aufgetre-ten. Die Beklagte zu 2) habe den Kläger deshalb nicht als	
Risikopatienten erachten und entspre-chend behandeln müssen.	
Der Beklagten zu 3) sei eine Überprüfung der Ent-scheidung über die Verlegung auf die	22
Normalstation als Krankenschwester versagt gewesen. Angesichts der Anweisung der	
Beklagten zu 2), wegen des Volumenverlustes eine Haemaccel-Infusion laufen zu lassen,	
habe auch der niedrige Blutdruckwert von 90/50 die Beklagte zu 3) nicht zu veranlassen	
brauchen, sofort einen Arzt herbeizuholen. Auch im übrigen habe die Beklagte zu 3) sich	
jeweils situationsgerecht verhalten und insbesondere nach der Schnappatmung die einzig	
richtige Maßnahme, nämlich die unverzügliche Herbeiholung eines Arz-tes, angestrebt. Im	
übrigen hätte die beim Kläger eingetretene Hirnschädigung auch bei umgehender	
Reanimation nach Herzstillstand angesichts der Schwere der aufgetretenen Lungenembolie	
nicht ver-hindert werden können. Vielmehr handele es sich insoweit um ein schicksalhafteres	
Geschehen, das auch bei sofortiger Verlegung des Klägers auf die Intensivstation unmittelbar	
nach der Operation nicht vermeidbar gewesen wäre.	
Organisationsfehler zu Lasten der Beklagten zu 1) seien ebenfalls nicht ersichtlich, weil	23
der diensttuende Arzt sofort erreichbar gewesen sei.	
Das Landgericht hat Zeugen vernommen sowie ein Sachverständigengutachten des Prof.	24
Dr. J. ein-geholt.	
Sodann hat es durch Urteil vom 25. September 1992, auf das wegen aller Einzelheiten	25
Bezug genommen wird, die Klage hinsichtlich aller drei Beklagten abgewiesen und zur	
Begründung im wesentlichen ausgeführt, Ansprüche des Klägers auf Ersatz ma-teriellen und	

immateriellen Schadens seien zu ver-neinen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme könne nicht festgestellt werden, daß der beim Kläger aufgetretene Hirnschaden durch einen ärztlichen Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) verursacht worden sei. Den insoweit ihm obliegenden Nachweis für die Ursächlichkeit, habe der Kläger nicht zu führen vermocht, wobei für die Kausalitätsfrage eine Beweislastumkehr nicht in Betracht komme, weil die dafür erforderlichen Voraussetzungen ei-nes groben Behandlungsfehlers nicht feststünden.

Gestützt auf die Ausführungen des erstinstanzli-chen Sachverständigen Prof. Dr. J. hat das Land-gericht im einzelnen dargelegt, vorliegend sei es postoperativ zu einer fulminanten Lungenembolie gekommen, also einer solchen mit einem mehr als 50 %-igen Verschluß der Hauptlungenstrombahn mit ei-nem Embolus. Einer solchen Verstopfung könne auch auf einer Intensivstation oder im operationsnahen Aufwachraum nicht wirksam vorgebeugt werden, wes-halb auch nicht der Schluß gezogen werden könne, daß die Übergabe des Klägers auf die Intensivsta-tion oder auch nur ein längeres Verbleiben im Aufwachraum unter Aufsicht des Anästhesisten den Ein-tritt eines auf Sauerstoffmangel beruhenden Hirn-schadens verhindern könne, wenn eine schwere Lun-genembolie auftrete. 26

Bei Kläger seien nach Eintritt der fulminanten Lungenembolie 40 bis 50 Minuten nach Narkoseende nach erfolgreicher Wiederbelebung der Herztätig-keit noch um 19.00 Uhr die Blutgaswerte hochpa-thologisch gewesen, woraus folge, daß die Sauer-stoffversorgung des Blutes weiterhin sehr schlecht gewesen sei, die Lungendurchblutung also nach wie vor auch zu diesem Zeitpunkt noch hochgradig be-hindert gewesen sei. Dies sei ein Hinweis darauf, daß sich beim Kläger die Gefahr verwirklicht habe, daß unabhängig von der Wiederbelebung des Herzens die Sauerstoffversorgung des Gehirns in einer für die physiologischen Verhältnisse dieses Organs längeren Zeit sehr mangelhaft geblieben sei. Nach den Ausführungen des Sachverständigen könne auch nicht festgestellt werden, daß bei einer soforti-gen Reanimation auf einer Intensivstation das Er-gebnis besser gewesen wäre, also den vorliegenden Schaden in Form des apallischen Syndroms verhin-dert hätte. 27

Eine Umkehr der grundsätzlich dem Kläger für die Kausalität eines ärztlichen Behandlungsfeh-lers für die eingetretene Gesundheitsschädigung obliegenden Beweislast komme nicht in Betracht, da ein grober Behandlungsfehler der Beklagten zu 2) nicht anzunehmen sei. Der Kläger habe einen solchen nicht nachgewiesen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen sei es nämlich bei Patienten nach Thrombektomie einer tiefen Beinvenenthrombose sachgerecht, diese generell auf die Normalstation zu verlegen. Das statistische Risiko für das Auftreten einer Lungenembolie nach einer solchen Operation liege lediglich bei 3 %, welche es nicht erforderlich machten, bei solchen Patienten grundsätzlich eine Intensivüberwachung durchzufüh-ren. Auch frühere, denkbare kleinere Lungenembo-lien gäben hierzu keine Veranlassung, weil solche kleinen Embolien sich im menschlichen Körper von selbst wieder auflösten. Anhaltspunkte für eine Lungenembolie während der Operation seien nicht vorhanden. Dies ergebe sich insbesondere aus der in der Ausleitungsphase der Narkose durchgeführten Blutgasanalyse. Als Ergebnis der Blutgasanalyse sei eine kompensierte geringgradige Acidose meta-bolischen Ursprungs festzustellen, welche im Ge-gensatz zu einer respiratorisch bedingten Acidose nicht auf lungen- bzw. atmungsbedingte Störungen hinweise. Der intraoperative Bigeminus sei - je-denfalls im vorliegenden Umfang - auch kein Indiz für eine Lungenembolie. Die Übergabe auf die Normalstation sei auch deshalb nicht fehlerhaft gewesen, weil nicht ersichtlich sei, daß der Klä-ger zum Zeitpunkt der Übergabe bereits in dem von der Beklagten zu 3) geschilderten abnormen Zustand gewesen sei. Aus dem Umstand, daß er bei Eintref-fen auf der Station kaltschweißig und kurzatmig gewesen sei und nur einen Blutdruck von 90/50 und eine Pulsfrequenz von 130 gehabt habe, in welchem Zustand er nicht mehr übergabefähig 28

gewesen wäre, könne nicht der Rückschluß gezogen werden, daß dieser Zustand dann auch bereits bei Übergabe von der Beklagten zu 2) an die Beklagte zu 3) bestanden habe müsse. Bei einem kompensierten Volumenmangel, wie beim Kläger vorliegend, könne schon eine Umlagerung innerhalb von Sekunden zu einer plötzlichen Dekompensation führen, so daß die Zustandsverschlechterung durchaus während der kurzen Zeitdauer zwischen Übergabe und Ankunft auf der Station eingetreten sein könne. Der Volumenmangel sei durch die erfolgte Haemaccel-Infusion zutreffend behandelt worden.

Auch hinsichtlich der Beklagten zu 3) könne nicht festgestellt werden, daß die Hirnschädigung des Klägers vermieden worden wäre, wenn dieser bereits vor Eintritt des Herzstillstandes auf die Intensivstation verlegt worden wäre. Deshalb führe es auch nicht zu einem Schadenersatzanspruch, wenn die Beklagte zu 3) bereits zu einem früheren Zeitpunkt nach der Verlegung des Klägers auf die Normalstation einen Arzt herbeigerufen hätte. 29

Der Beklagten zu 3) sei auch kein grober Fehler im Rahmen der pflegerischen Betreuung des Klägers anzulasten, der zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Fehlers für den eingetretenen Schaden führen würde. Zwar habe die Beklagte zu 3) insofern einen Fehler begangen, als sie nicht bereits nach Aufnahme des Klägers auf die Station einen Arzt herbeigerufen habe, obwohl hierzu nach dem von der Beklagten zu 3) selbst beschriebenen Zustand des Klägers alle Veranlassung bestanden hätte. Diese Unterlassung könne nicht als schwerer Fehler gewertet werden, weil die Beklagte zu 3) von der Beklagten zu 2) auf einen möglichen Volumenmangel hingewiesen und zu einer entsprechenden Haemaccel-Infusion angewiesen worden sei. 30

Zwar sei der Beklagten zu 3) der Vorwurf zu machen, daß sie auch nach der Infusion gegen 18.15 Uhr immer noch keinen Arzt herbeigerufen habe, obwohl sich der Blutdruck des Klägers auch nach der Infusion nicht gebessert habe. Eine solche Besserung sei jedenfalls nicht protokolliert. Gleichwohl stelle auch diese Unterlassung keinen groben Fehler dar, weil es nicht völlig unverständlich sei, daß die Beklagte nach der erfolgten Infusion zunächst noch abgewartet habe, um festzustellen, ob die Infusion zu einer Stabilisierung des Kreislaufs führe. 31

Nach Eintritt der Schnappatmung gegen 18.40 Uhr habe die Beklagte zu 3) sich unverzüglich um die Herbeiholung eines Arztes bemüht. 32

Angesichts des fehlenden Nachweises der wiederholt erwähnten Kausalität komme auch eine Haftung der Beklagten zu 1) nicht in Betracht. 33

Gegen dieses am 6. Oktober 1992 zustellte Urteil hat der Kläger am 6. November 1992 Berufung eingelegt und diese am Montag, dem 8. Februar 1993, nach Verlängerung der Berufungsbegründungsfrist bis zum 6. Februar 1993, begründet. 34

Der Kläger wiederholt und vertieft sein erstinstanzliches Vorbringen und macht ergänzend geltend, das Landgericht habe bei seiner Entscheidung verkannt, daß die Beweislast dafür, daß der Schaden auch bei fehlerfreiem Vorgehen eingetreten wäre, nicht ihn, sondern die Beklagten treffe. Außerdem habe das Landgericht zu Unrecht das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers verneint. Die Beklagte zu 2) habe in schwerwiegender Weise gegen die Regeln ärztlicher Kunst verstoßen, weil sie die aus einer Vielzahl von Gründen zwingend erforderliche postoperative Überwachung des Klägers nach Ende der Narkose unterlassen habe. Aufgrund der Vorgeschichte des Klägers, der intraoperativ eingetretenen Komplikationen und insbesondere aufgrund des Zustandes, in dem sich der Kläger nach Ende der Operation befunden habe, sei es höchst unverantwortlich gewesen, ihn 35

sofort nach Ende der Narkose auf die Normalstation zu verbringen und ihn dort ohne jede ärztliche Betreuung zu lassen. Vielmehr habe der Kläger in der postoperativen Phase nach unter Vollnarkose durchgeführter Operation solange überwacht werden müssen, wie die Gefahr unerwünschter Narkosenachwirkungen und Komplikationen bestanden habe. Dies gelte um so mehr, wenn, wie hier, schon intraoperativ Komplikationen eingetreten und die vitalen Funktionen des Klägers offensichtlich noch nicht wieder hergestellt gewesen seien. Eine Verlegung auf die Normalstation habe sich zum einen angesichts des von der Beklagten zu 3) geschilderten Zustandes des Klägers nach der Operation verboten, wonach er kaltschweißig und blaß gewesen sei, nur mit Mühe habe atmen können, nicht ansprechbar gewesen sei und die Augen nicht geöffnet habe. Somit seien seine vitalen körperlichen Funktionen zum Zeitpunkt der Übergabe noch nicht wieder hergestellt gewesen.

Selbst wenn aber dieser Zustand bei Übergabe des Klägers auf die Normalstation noch nicht bestanden haben sollte, so sei gleichwohl jederzeit mit lebensbedrohlichen Komplikationen zu rechnen gewesen, weil nämlich der Kläger während der Operation durch den starken Blutverlust einen Volumenmangel mit der Möglichkeit einer plötzlichen Kreislaufde-kompensation gehabt habe, weshalb eine ärztliche Überwachung in diesem risikobehafteten Zeitraum unbedingt erforderlich gewesen sei. Statt dessen habe man ihn unmittelbar nach Narkoseende ohne jede ärztliche Überwachung und Beobachtung gelassen. Das Landgericht habe insoweit die ärztliche Verantwortung der Beklagten zu 2) für die postoperative Phase verkannt. Die Beklagte zu 2) hätte nämlich in jedem Fall der Beklagten zu 3) strikte Anweisungen für den Fall des Eintretens einer Komplikation geben müssen, und zwar nicht lediglich solche zur wiederholten Blutdruckmessung und eventuellen Haemaccel-Infusion. Vielmehr hätten die Instruktionen an die Beklagte zu 3) wesentlich eingehender sein müssen, dies insbesondere deshalb, weil sich schon intraoperativ Komplikationen ergeben hätten und mit solchen auch nach der Vorgeschichte des Klägers zu rechnen gewesen sei. Schon in der Anamnese habe nämlich der Kläger die Beklagte zu 2) darauf hingewiesen, daß sich bei der vorangegangenen Knieoperation unter Vollnarkose Komplikationen ergeben hätten, wie langer Nachschlaf, erhöhter Blutdruck sowie Zittern und Schwitzen. Außerdem habe er sie auch über die nach der ersten Operation aufgetretenen Probleme unterrichtet. Schon dies habe Veranlassung zu erhöhter Wachsamkeit und entsprechenden intensiven Anweisungen an das Pflegepersonal geben müssen. Solche seien auch deshalb erforderlich gewesen, weil intraoperativ sich schwerwiegende Herzrhythmusstörungen ergeben hätten, nämlich ein intermittieren-der Bigeminus. Dieser sei nicht nur einmal, sondern sogar zweimal aufgetreten, und zwar auch noch ein weiteres Mal, nachdem angesichts des ersten Bigeminus nachfolgend seitens der Beklagten zu 2) die Narkose vertieft worden sei. Schon diese Herzrhythmusstörungen hätten auf einen Sauerstoffmangel hingedeutet und deshalb ebenfalls zu erhöhter Wachsamkeit Veranlassung geben müssen. Entsprechendes gelte hinsichtlich des starken Blutdruckabfalles während der Operation um 17.15 Uhr und die stark ansteigende Herzfrequenz um 17.35 Uhr. All dies seien Komplikationen, die der Beklagten zu 2) Veranlassung hätten geben müssen, nicht von einem normalen Narkosefall auszugehen, sondern angesichts eines erhöhten Risikos entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu treffen.

36

Auch der Beklagten zu 3) sei ein pflegerisches Fehlverhalten vorzuwerfen, weil sie trotz des von ihr selbst geschilderten abnormen Zustandes des Klägers nach dessen Übernahme sowie der weiterhin eintretenden Komplikationen mit der Herbeiholung eines Arztes unvertretbar lange zugewartet habe und im übrigen den Kläger gerade in der kritischen Phase nach Eintritt der Schnappatmung sogar alleine gelassen habe, statt die Schwesternschülerin nach einem Arzt zu schicken und selbst den Kläger kontinuierlich zu überwachen. Insgesamt habe sie trotz der kritischen und sich ständig verschlechternden

37

Situation des Klägers rund 40 Minuten zu-gewartet, ehe sie ärztliche Hilfe herbeigeholt ha-be, was als grober Sorgfaltsverstoß zu werten sei.

Das grobe Fehlverhalten der Beklagten zu 2) und 3) sei für die eingetretene 38
Schwerstschädigung des Klägers ursächlich geworden. Wäre der Kläger, wie erforderlich, nach Operationsende und Aus-leitung der Narkose unter ärztlicher Überwachung geblieben, hätte sofort auf eintretende Komplika-tionen reagiert werden können. Ein sofortiges Eingreifen auf der Intensivstation, insbesondere die unverzügliche Zufuhr von Sauerstoff, hätte zu einer Vermeidung einer irreversiblen Schädigung durch eine länger anhaltende Sauerstoffunterver-sorgung des Gehirns geführt. Soweit hinsichtlich dieses Ursachenzusammenhangs Zweifel verblieben, gingen diese zu Lasten der Beklagten, weil diesen grobes Fehlverhalten vorzuwerfen sei, was zu einer Beweislastumkehr im Hinblick auf den Kausalitäts-nachweis führe. Beweiserleichterungen bis zu einer Beweislastumkehr folgten in gleicher Weise aus den gravierenden Dokumentationsmängeln im Kranken-haus der Beklagten zu 1). Durch die mangelhafte Dokumentation sei die Aufklärung eines immerhin wahrscheinlichen Ursachenzuhangs zwischen ärztli-chem Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden er-schwert. Gerade für diesen Fall führe der Dokumen-tationsmangel zu einer Beweislastumkehr.

Hinsichtlich des zuzuerkennenden Schmerzensgeldes sei ein Betrag anzusetzen, der den 39
bisher angenom-men von 60.000,-- DM weit übersteigen müsse.

Unter Bezugnahme auf ein ferner eingeholtes Pri-vatgutachten des Ordinarius für 40
Anästhesie a.D., Prof. Dr. St. vom 19. Juni 1994 trägt der Kläger des weiteren vor, die Beklagte zu 2) habe bei der Narkose alle Vorsichtsmaßnahmen zur Verhinderung des Lungenembolierisikos außer acht gelassen, was einen groben Behandlungsfehler darstelle. Er hätte angesichts seines lebensbedrohlichen Zustandes un-ter allen Umständen sofort auf die Intensivstation verlegt werden müssen. Fehlerhaft sei auch die Operation als solche, nämlich die vorzeitig abge-brochene Thrombektomie, obwohl noch größere Teile des Venennetzes vor dem Schienbein nicht ausge-räumt gewesen seien. Grob fehlerhaft sei das pas-sive Abwarten des Pflegepersonals auf der Station. Nach der Schnappatmung hätte die Beklagte zu 3) sofort Sauerstoff verabreichen und beatmen müssen, statt Zeit mit dem Herbeiholen eines Arztes zu verlieren. Zu beanstanden seien auch die groben Dokumentationsmängel.

Wahrscheinlich sei es bereits im Operationssaal zu zwei Schüben von fulminanten 41
Lungenembolien ge-kommen.

Der Kläger beantragt, 42

##blob##nbsp; 43

##blob##nbsp; 44

unter Abänderung des angefochtenen Ur-teils nach den erstinstanzlichen Schluß-anträgen 45
des Klägers zu entscheiden.

Die Beklagten beantragen, 46

##blob##nbsp; 47

##blob##nbsp; 48

49

die Berufung zurückzuweisen,	
##blob##nbsp;	50
##blob##nbsp;	51
den Berufungsbeklagten zu gestatten, Si-cherheit auch durch Bürgschaft einer deutschen Großbank, öffentlichen Spar-kasse oder Volksbank zu leisten.	52
Auch sie wiederholen und vertiefen ihr erstin-stanzliches Vorbringen und tragen ergänzend vor, nach der konkreten Situation des Klägers habe keine Veranlassung bestanden, ihn nach der Ope-ration auf die Intensivstation zu verlegen. Dies habe auch das erstinstanzliche Sachverständigengu-tachten ergeben. Die Operation sei völlig normal verlaufen. Das gleiche gelte auch für die Narkose. Kreislaufschwankungen während der Operation seien auf den hohen Blutverlust zurückzuführen gewesen und, soweit möglich, schon während der Operation durch entsprechende Gaben kompensiert worden. Ferner sei auf der Station weiterer Volumenersatz gegeben worden. Der während der Operation aufgetretene zweimalige Bigeminus habe keine bedrohli-che Situation dargestellt und keinen zusätzlichen Behandlungsbedarf erfordert. Nach Vertiefung der Narkose sei die Herzrhythmusstörung verschwunden. Sie stelle kein Anzeichen für eine Lungenembolie während der Operation dar. Eine solche werde auch durch die bei Ausleitung der Narkose durchgeführte Blutgasanalyse ausgeschlossen. Nach deren Werten sei eine Lungenembolie auszuschließen. Die Kompl-i-kation, die später aufgetreten sei, nämlich die Lungenembolie, habe mit der Narkose und deren mög-lichen Komplikationen nichts zu tun. Bei Übergabe des Klägers an die Beklagte zu 3) sei der Kläger ansprechbar gewesen, die Schutzreflexe hätten ein-gesetzt. Hierbei handle es sich um einen Normal-zustand, der nicht dokumentationspflichtig gewesen sei. Nach dem konkreten Zustand des Klägers sei dessen Übergabe auf die Normalstation medizinisch angezeigt und angemessen gewesen. Auch Atmung, Blutdruck und Puls seien bei Narkoseende in keiner Weise besorgniserregend gewesen und hätten keine Veranlassung zu einer Intensivbetreuung ergeben. Deshalb habe die Beklagte zu 2) auch ausreichende Anweisungen erteilt, wenn sie die Beklagte zu 3) darauf hingewiesen habe, häufiger als üblich Blut-druck und Puls zu messen und gegebenenfalls eine Haemaccel-Infusion im Schuß laufen zu lassen.	53
Im übrigen hätte nach den Ausführungen des erstin-stanzlichen Sachverständigen auch eine Reanimie-rung auf der Intensivstation nicht mit Wahrschein-lichkeit zu einer Rettung der Gehirnfunktionen geführt. Eine fulminant abgelaufene Lungenembolie sei auch auf der Intensivstation nicht zu beherr-schen. Sie sei dadurch gekennzeichnet, daß durch einen oder mehrere Blutpfropfen die Durchblutung vom Herzen in die Lunge zu einem großen Teil unterbrochen werde mit einem entsprechenden Rückstau zum Herzen. Auch mit Reanimation lasse sich dieser Rückstau nur äußerst schwer überwinden; die Pro-gnose sei deshalb in jedem Fall ungünstig.	54
Der Senat hat Beweis erhoben gemäß Beweisbeschluß vom 5. Mai 1993 durch Einholung eines schriftli-chen Sachverständigengutachtens des Sachverstän-digen Prof. Dr. H., Anästhesiologe und Chefarzt i.R., das dieser unter dem 5. Februar 1994 erstat-tet hat.	55
Auf Antrag des Klägers und unter Berücksichtigung der Ausführungen des Prof. Dr. St. in dessen Privatgutachten vom 19. Juni 1994 hat der Senat sodann den Sachverständigen Prof. Dr. H. zwecks Erläuterung seines Gutachtens mündlich angehört, wobei Prof. Dr. St. Gelegenheit zur Stellungnahme und Fragen hatte. Wegen des Ergebnisses dieser An-hörung wird auf das Sitzungsprotokoll vom 30. Juni 1994 Bezug genommen. Wegen des weiteren	56

Parteivor-trages wird auf die wechselseitigen Schriftsätze verwiesen.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

57

Die zulässige Berufung des Klägers ist hinsichtlich aller drei Beklagten unbegründet.

58

Schadenersatzansprüche bestehen weder gegen die Beklagte zu 1) unter dem Gesichtspunkt der positiven Vertragsverletzung oder der unerlaubten Handlung noch auch wegen unerlaubter Handlung (schuldhaft rechtswidriger Körperverletzung) gegenüber den Beklagten zu 2) und 3).

59

Für die Haftung aus Behandlungsfehlern hat der Patient grundsätzlich die Beweislast für den Fehler- und Kausalitätsnachweis, weil anderenfalls dem Arzt eine von ihm nicht geschuldete Garantie hinsichtlich des Behandlungserfolgs aufgebürdet würde (siehe Steffen, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 5. Aufl. S. 147).

60

Selbst wenn den Beklagten zu 2) und 3) der Vorwurf fachlichen Fehlverhaltens und der Beklagten zu 1) der Vorwurf des Organisationsversagens nicht erspart werden kann - wie noch auszuführen sein wird - so scheitern Ansprüche gegenüber den Beklagten gleichwohl daran, daß die Ursächlichkeit des noch darzulegenden Fehlverhaltens für den beim Kläger eingetretenen Gesundheitsschaden nicht festgestellt werden kann.

61

Fehler im Rahmen des gesamten Behandlungsverlaufs des Klägers sind zwar hinsichtlich aller drei Beklagten festzustellen, insbesondere auch hinsichtlich der Beklagten zu 2).

62

Nach dem gesamten Ergebnis der Beweisaufnahme kann allerdings nicht festgestellt werden, daß der Beklagten zu 2) im Rahmen ihres anästhesiologischen Zuständigkeitsbereichs schon intraoperativ Fehler unterlaufen sind, wohl aber sind solche im post-operativen Zeitraum zu bejahen.

63

Das von der Beklagten zu 2) gewählte Narkoseverfahren unter Verwendung des Anästhetikums Epontol hat zwar der Sachverständige Prof. Dr. H. als heute kaum noch üblich, zugleich jedoch auch als jedenfalls nicht falsch bezeichnet unter Hinweis darauf, daß jedenfalls vorliegend sich jedenfalls kein spezifisches Risiko dieses Verfahrens realisiert habe.

64

Soweit der Sachverständige Prof. Dr. H. ferner bei seiner mündlichen Anhörung ausgeführt hat, es sei heute allgemeiner Standard, bei derartigen Operationen nach dem PEEP-System (Positive End Expiratory Pressure) mit Überdruck während der Thrombektomie zu beatmen (wohingegen die Beklagte zu 2) nach eigener Erklärung nur eine normale Überdruckbeatmung ohne PEEP durchgeführt hat, was durch die Angabe "Apparat" im Narkoseprotokoll in-ident bestätigt wird) kann auch hieraus nicht der zwingende Schluß auf ein ärztliches Fehlverhalten in der operativen Phase gezogen werden. Den Ausführungen des Sachverständigen ist nämlich nicht zu entnehmen, daß eine normale Überdruckbeatmung bei Operationen der vorliegenden Art schon als standardwidrig zu erachten ist. Dies hat auch der Privatgutachter Prof. Dr. St. nicht angenommen, sondern vielmehr im Gegenteil ausgeführt, daß die ungeklärte Frage, wodurch die hohe Rate der post-operativen Lungenembolien bedingt sei, auch die Erklärung zulasse, daß sie während des Thrombektomie-maßnahmen verursacht werden, wobei Katheterblockade und PEEP-Beatmung nicht zwingend eine ausreichende Prophylaxe darstellten. Angesichts dieser grundsätzlichen Möglichkeit kann der Verzicht auf eine PEEP-Beatmung bei einer Thrombektomie kein vorwerfbarer Behandlungsfehler sein.

65

- Zu dem im Narkoseprotokoll verzeichneten inter-mittierenden Bigeminus, den die Beklagte zu 2) mehrfach als zweimaliges intraoperatives Vorkomm-nis geschildert hat, hat der Sachverständige Prof. Dr. H. ausgeführt, bei dieser intraoperativ häufig auftretenden Erscheinung handele es sich um eine Herzrhythmusstörung, die auf zu flacher Narkose, Sauerstoffmangel oder auch auf einer Kohlensäure-übersättigung des Blutes beruhen könne und bei nicht allzu häufiger Wiederholung nicht zwingend Veranlassung zu konkreten Maßnahmen gebe. Auch in-soweit sind deshalb der Beklagten zu 2) keine Be-handlungsfehler anzulasten. 66
- Den Volumenmangel infolge des starken intraopera-tiven Blutverlustes von ca. 1.200 ml ist nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. H. durch die intraoperativen Gaben von Haemaccel und Ringer-Lösung sowie Glucose angemess-en begegnet worden, wie sich auch daran zeigt, daß der abgefallene Blutdruck wieder angestiegen und der Puls gefallen ist. 67
- Der nachfolgende intraoperative erneute Puls- und Blutdruckanstieg lasse sich mit dem Nachlassen der Narkosewirkung erklären, eventuell allerdings auch mit einer schon gegen Anästhesieende eingetrete-nen leichteren kleinen Lungenembolie. Allerdings schließe das Ergebnis der gegen Ende der Narko-se durchgeführten Blutgasanalyse eine erhebliche Atemstörung aus, weil diese eine metabolische Aci-dose ergeben habe, d.h. eine Übersäuerung des Blu-tes infolge von Stoffwechselstörungen. Die Reak-tion der Beklagten zu 2), nämlich die Gabe von Na-triumbicarbonat, sei die richtige Reaktion auf das Ergebnis der Blutgasanalyse gewesen. 68
- Dies hat auch der erstinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. J. unter eingehender mündlicher Erläu-terung der Ergebnisse der Blutgasanalyse so gese-hen, womit der Senat die diesbezüglichen Einwände des Privatgutachters Prof. Dr. St. als widerlegt ansieht. Auch für eine von diesem unterstellte un-vollständige Durchführung der Thrombektomie erge-ben sich nach den Ausführungen der Gerichtsgutach-ter i.V. mit dem Operationsprotokoll nicht die ge-ringsten Anhaltspunkte. 69
- Können somit in den vorgenannten intraoperativen Situationen keine Behandlungsfehler festgestellt werden, so liegen jedoch der Beklagten zu 2) vor-zuwerfende Verstöße gegen den ihr abzuverlangenden Sorgfaltsmaßstab darin, daß sie den Kläger in der nachoperativen Phase teilweise nicht sachgerecht versorgt hat. 70
- Auszugehen war bei der diesbezüglichen Prüfung des Umfangs des Aufgabenbereichs des Anästhesisten von der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung vom 28. August 1992 (MEDR 1983/21). Hiernach ist der Anästhesist für die Planung und Durchführung des Betäubungs-verfahrens sowie für die Überwachung und Aufrech-terhaltung der vitalen Funktionen zuständig. In den Verantwortungsbereich des Anästhesisten fällt die Erkennung und Behandlung spezifischer Anäs-thesiekomplikationen; insoweit trägt er auch die Verantwortung für ordnungsgemäße Unterweisung und Beaufsichtigung des ihm unterstellten Pflegeperso-nals (V 1). Allgemein legt die Vereinbarung fest, daß der Patient während der unmittelbaren postope-rativen Aufwachphase noch solange einer ständigen unmittelbaren Überwachung bedarf, wie mit einer anästhesiebedingten Beeinträchtigung vitaler Funk-tionen und mit daraus resultierenden Komplika-tio-nen zu rechnen ist (V 2). Der Anästhesist darf den Patienten nicht aus seiner Obhut entlassen, bevor sich nicht eine ausreichende Spontanatmung wieder eingestellt hat (OLG Düsseldorf VersR 1987/490); denn in seine Verantwortlichkeit fällt die Über-wachung, Aufrechterhaltung und Wiederbelebung der vitalen Funktionen des Patienten 71

Aber auch wenn der Patient wieder ausreichend spontan atmet und seine vitalen Funktionen wieder-belebt sind, ist der Anästhesist noch nicht ohne weiteres aus seiner Verantwortlichkeit entlassen. Vielmehr trägt er Verantwortung, solange noch weiter die Gefahr unerwünschter Nachwirkungen der Narkose besteht. Bis dahin ist es seine Sache, etwa erforderliche ärztliche Kontrollen und Beobachtungen des Patienten vorzunehmen oder sicher-zustellen. Soweit er nicht selbst tätig werden will, hat er, wenn das zunächst ausreicht, dem Pflegepersonal die erforderlichen Anweisungen zu erteilen und den in der betreffenden Abteilung tätigen Arzt zu informieren, wenn wegen noch zu befürchtender unerwünschter Narkosenachwirkungen besondere Maßnahmen zu treffen sind (BGH VersR 1989/1297). Auch wenn der Patient selbst spontan in ausreichendem Maße atmet und die Schutzreflexe wiederhergestellt sind, so ist er doch unmittelbar nach der Ausleitung der Narkose noch nicht voll wach und steht noch unter dem nachwirkenden Einfluß jedenfalls der länger wirksamen, bei der Narkose verabreichten Medikamente. Er ist in diesem Zustand noch schutzbedürftig und bedarf daher auch der Überwachung, und zwar einer möglichst ununterbrochenen (KG AHRS 3010/18).

72

Diesen an einen Anästhesisten zu stellenden Anforderungen ist die Beklagte zu 2) nicht in jeder Hinsicht nachgekommen.

73

Zwar kann nach den vorliegenden gutachterlichen Stellungnahmen der Sachverständigen nicht schon die unmittelbare Verlegung des Klägers nach der Operation auf die Normalstation als fehlerhaft erachtet werden; insoweit haben nämlich sowohl der erstinstanzliche als auch der zweitinstanzliche Sachverständige ein Fehlverhalten der Beklagten zu 2) verneint. So hat der erstinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. J. in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt, es sei zwar möglich, daß nach einer erfolgreichen Thrombektomie eine Lungenembolie auftreten könne, wobei die Häufigkeit dieses Geschehens mit bis zu 3 % beziffert werde (so auch der zweitinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. H.). Wegen dieser geringen Wahrscheinlichkeit sei es im allgemeinen aber nicht nötig, einen Patienten nach einer Thrombektomie im Beinvenenbereich als hoch riskant und intensivtherapiepflichtig einzustufen. Dies gelte auch im vorliegenden Fall. Nachdem die Beklagte zu 2) aufgrund der vom Chirurgen als erfolgreich gewerteten Thrombektomie habe annehmen müssen, daß damit eine kausale Therapie durchgeführt worden sei, habe - bis auf die Korrektur des Blutvolumenmangels - einer Verlegung auf die Normalstation nichts im Wege gestanden. Grundsätzlich sei nach einer Thrombektomie eine besondere Vorsorge im Sinne der besonderen postoperativen Überwachung gegenüber anderen Frischoperierten, die auf eine Normalstation könnten, nicht nötig. Vorrang habe die Frühmobilisation. Hinweise auf ein besonderes Risiko hätten hier nicht vorgelegen. Das gelte sowohl für das Ergebnis der Anamnese durch den Chirurgen und die gezielte Befragung durch die Beklagte zu 2) vor der Narkose sowie die vor der Thrombektomie erhobenen Befunde, als auch für den Operationsverlauf und nachoperativen Zustand des Klägers. Die intraoperativen Kreislaufprobleme seien durch den für Thrombektomien durchaus typischen größeren Blutverlust zu erklären. Die hohe Herzfrequenz von etwas unter 160/m zwischen Operationsende und Narkoseende könne auf eine Abflachung der Narkose und eine dadurch bedingte vegetative Kreislaufsituation zurückgeführt werden. Die durchweg über der Norm liegende Herzfrequenz werde ihre Ursache im Volumenmangel gehabt haben. Die Kreislaufsituation nach Narkoseende belege ein kompensiertes und erfolgreich behandeltes Volumenverlustgeschehen, so daß unter dem Gesichtspunkt der Kreislaufsituation eine intensivmedizinische Betreuung oder ein besonders langer Aufenthalt in einem Aufwachraum nicht erforderlich gewesen sei. Dies gelte auch bei Berücksichtigung des zweimaligen

74

Bigeminus. Auch insoweit hätten Kreislaufverhalten und Blut-gasanalyse letztlich keine Bedrohung angegeben, die durch den Bigeminus zustandegekommen sein könnte. Diese Ausführungen hat der Sachverständige bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Landgericht im wesentlichen bestätigt. Hierbei hat er zusätz-lich ausgeführt, es seien zwar zwei Anzeichen für eine bedrohliche Situation vorhanden gewesen, nämlich der Blutdruckabfall um 17.10 Uhr und die Herzfrequenz um 17.35 Uhr, während der Bigeminus nicht als bedrohlich einzustufen gewesen sei. Hin-sichtlich des letzteren habe die Beklagte zu 2) zu dem Schluß kommen dürfen, daß Ursache der beiden Bigeminusserien eine zu flache Narkose gewesen sei.

Diese Feststellungen stehen im wesentlichen im Einklang mit denen des zweitinstanzlichen Sach-verständigen Prof. Dr. H., der in seinem schrift-lichen Gutachten ebenfalls ausgeführt hat, die Indikation für die Verlegung eines Patienten auf die Intensivstation ergebe sich aus der Art des Eingriffs (so gehörten große, schwere und ausgedehnte Operationen - z.B. Thoraxoperationen oder Zweihöhleneingriffe, Resektionen im Intesti-nalbereich - postoperativ für einige Zeit auf eine Intensivstation), aus dem Zustand des Patienten am Ende der Operation (Patienten mit Ausfällen der Vitalfunktionen müßten intensiv überwacht und behandelt werden). Vorliegend habe es sich um ei-nen jungen Patienten gehandelt, die Operation sein an einer Extremität erfolgt, die Schutzreflexe nach der Anästhesie seien vorhanden gewesen, die Ventilation sei nach dem Ergebnis der ersten Blut-gasanalyse normal gewesen, auch die Kreislaufwerte hätten am Rande der Norm gelegen. Mit diesen Wer-ten hätte der Kläger auf die Normalstation gegeben werden dürfen. Die Anästhesistin habe davon aus-gehen dürfen, daß hinsichtlich der Thrombektomie eine kausale Therapie erfolgt sei. Man habe also nicht davon ausgehen müssen, daß nach der Throm-bektomie eine erhöhte Gefahr für eine Lungenembo-lie bestanden habe. Eine solche trete im übrigen nach seiner Erfahrung extrem selten so kurze Zeit nach der Operation auf, sondern wenn, dann eher einige Stunden oder Tage danach. Im Ergebnis sei es also durchaus möglich und vertretbar, einen Patienten nach einer Thrombektomie aus einer Bein-vene unmittelbar auf eine Normalstation der chir-urgischen Abteilung zu verlegen. Eine intensivere Überwachung auf der Intensivstation sei in der Regel nicht erforderlich. Wichtigstes therapeuti-sches Prinzip sei zur Prophylaxe einer erneuten Thrombose die frühe Mobilisation des Patienten durch baldmögliches Aufstehenlassen. Dies geschehe am besten auf der Normalstation. Nach der gesamten Situation bei Operationsende habe der Kläger unbe-denkllich auf die Normalstation verlegt werden dür-fen. Diese Feststellungen hat der Sachverständige Prof. Dr. H. ebenfalls anläßlich seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat in allen wesentlichen Punk-ten bestätigt. Auch insoweit vermögen angesichts der übereinstimmenden Ausführungen zweier Sachver-ständiger mangels überzeugender fachlicher Argu-mente die gegenteiligen Annahmen des Privatgutach-ters Prof. Dr. St. nicht zu überzeugen. Sie beru-hen nämlich im wesentlichen auf der nicht bewiese-nen Hypothese, daß schon mindestens zwei mehr oder weniger diskrete Lungenembolien vor der Operation oder auch während der Operation aufgetreten seien, weshalb sich eine Verlegung auf die Normalstation angesichts der kritischen Kreislaufsituation bei Operationsende verboten habe. Demgegenüber hat je-doch der Sachverständige Prof. Dr. H. ausgeführt, zwar könne man im Nachhinein annehmen, daß eventu-ell nach der ersten Operation am 5. Februar 1990, aufgetretenen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter bzw. des Rückens, die als Ver-spannungen gedeutet worden seien, und die Atemnot durchaus Symptome eines leichten lungenembolischen Geschehens gewesen sein könnten. Offenbar sei dies den Ärzten im St. Jo.-Hospital nicht klar gewor-den. Aus dem Auftreten eines solchen leichten pas-sageren embolischen Schubes müsse aber eine beson-dere Gefährdung bei einer einige Tage später er-folgenden Operation nicht abgeleitet werden.

Die These während der Thrombektomie abgelaufenen Lungenembolien, insbesondere solcher schwererer Natur, ist aber gemäß den überzeugenden Ausführungen der beiden Gerichtssachverständigen gerade eher unwahrscheinlich; beide haben nämlich die schwankende Kreislaufsituation während der Operation vielmehr überwiegend mit dem beträchtlichen Blutverlust und nachfolgender Ausleitungsphase der Narkose erklärt, weshalb die Ausführungen des Privatgutachters "gegen Ende der Operation habe sich ein Fast-Kreislaufzusammenbruch ereignet, der vernünftigerweise nur durch massive Lungenembolie zu erklären" sei, nicht zu überzeugen vermögen. 76

Als unbeweisbare Hypothese muß auch seine Feststellung erachtet werden, "die Narkosetechnik habe alle Vorsichtsmaßnahmen gegen eine metastasierende Lungenembolie außer Acht gelassen, und bei der Thrombektomie seien massive Thromben zurückgelassen worden". Diesen Ausführungen stehen die von den Gerichtsgutachtern eingehend erläuterten und kommentierten Behandlungsunterlagen und Befundergebnisse entgegen, nach welchen sich einwandfrei ein Ausschwemmen aller vorhandener und auffindbarer Thromben während der Thrombektomie ergibt. 77

Der Verlegung auf die Normalstation stand auch nicht der Zustand des Klägers bei Abgabe aus dem Operationsraum entgegen. Hierzu hat die Beklagte zu 2) persönlich erklärt, der Kläger habe im Operationsraum auf Ansprache hin die Augen geöffnet und die Arme bewegt und habe ausreichend spontan geatmet. Daß er in diesem Zustand übergabefähig war, haben sowohl der erstinstanzliche als auch der zweitinstanzliche Sachverständige bestätigt, wie ferner auch, daß er in dem von der Beklagten zu 3) geschilderten Zustand in der Schleuse und bei Ankunft im Zimmer ("blaß, kaltschweißig, schnell atmend") demgegenüber nicht übergabefähig gewesen wäre. 78

Es kann jedoch nicht festgestellt werden, daß der letztgenannte Zustand schon bei Übergabe seitens der Beklagten zu 2) bestand, denn der Sachverständige Prof. Dr. H. hat nachvollziehbar erläutert, daß eine Zustandsverschlechterung wohl als Dekompensation des durch den intraoperativen erheblichen Blutverlust entstandenen latenten hypovolämischen Schocks angesehen werden müsse und daß eine solche Entgleisung eines zunächst kompensierten Volumenmangels durch Umlagerung oder den Transport verursacht werden könne, und zwar auch innerhalb kürzester Zeit, d.h. innerhalb von Sekunden. Dies hat auch der erstinstanzliche Sachverständige Prof. Dr. J. so gesehen, wenn er darauf hingewiesen hat, daß die Entgleisung eines kompensierten Volumenmangels jederzeit geschehen könne und daß die Möglichkeit eines solchen Entgleisung nicht dazu führen könne, daß jeder Patient nach einer Operation auf die Intensivstation kommen müsse. 79

Aus dem Fehlen einer Dokumentation zum Zustand des Klägers bei Übergabe kann nicht etwa der Schluß gezogen werden, daß schon zu diesem Zeitpunkt der nachfolgende und von der Beklagten zu 3) geschilderte, verschlechterte Zustand bestand. Zwar können Dokumentationslücken beweisrechtliche Folgen dergestalt haben, daß die Nichtdokumentation einer aufzeichnungspflichtigen Maßnahme deren Unterbleiben indiziert (siehe Steffen, a.a.O. S. 138, siehe ferner BGH, Urteil vom 28. Juni 1988, NJW 1988 S. 2949 f.). 80

Darum geht es hier jedoch nicht. Zwar wäre ein atypischer Zustand des Klägers sicherlich (so auch Prof. Dr. H. bei seiner mündlichen Anhörung) dokumentationspflichtig gewesen; hieraus läßt sich jedoch nicht schlußfolgern, daß - falls im Hinblick auf einen normalen postnarkotischen Zustand des Klägers eine Dokumentation desselben bewußt und mit Recht unterblieb - gleichwohl bis zum Beweis des Gegenteils unterstellt werden kann, die nachfolgende Zustandsverschlechterung habe schon bei Übergabe vorgelegen. 81

Behandlungsfehler sind der Beklagten zu 2) jedoch insoweit vorzuwerfen, als sie bei Übergabe des Klägers das Pflegepersonal, also die Beklagte zu 3), nicht ausreichend über mögliche Komplikationen und hierbei zu treffende Maßnahmen unterrichtet und auch nicht ausreichend dafür Sorge getragen hat, daß sie selbst als nach wie vor für den Kläger verantwortliche Anästhesistin bei Risiken un-verzüglich hinzugezogen werden konnte. 82

Sowohl die beiden Gerichtsgutachter als auch der Privatgutachter haben hierzu nämlich überzeugend ausgeführt, daß beim Kläger Operation und Narkose jedenfalls nicht ganz ohne Zwischenfälle verlaufen waren, weil nämlich zum einen immerhin zweimal ein Bigeminus aufgetreten war, wobei der zweite, trotz der von der Beklagten zu 2) behaupteten Narkose-vertiefung nach dem ersten Bigeminus, erfolgte. Des weiteren hatte die gegen Ende der Narkose durchgeführte Blutgasanalyse immerhin eine metabo-lische Acidose ergeben, also eine Übersäuerung des Blutes infolge von Stoffwechselstörungen. Des wei-teren waren trotz kurzzeitiger Kompensierung des Blutverlustes und dadurch bedingten Volumenmangels gegen 17.00 Uhr kurz danach Blutdruck und Puls erneut angestiegen, was zwar mit Nachlassen der Wirkung des Narkosemittels erklärt werden konnte, aber dennoch nicht unbeachtet bleiben durfte. Auch die konkrete Blutgasanalyse habe Veranlassung zu weiterer Beobachtung des Patienten und eventueller Wiederholung der Analyse gegeben. 83

Angesichts dieser von allen Gutachtern geschilder-ten Besonderheiten im operativen und narkotischen Verlauf vermag der Senat dem Sachverständigen Prof. Dr. H. nicht zu folgen, wenn dieser in seinem schriftlichen Gutachten ausgeführt hat, die Information und Anweisungen für die Beklagte zu 3) seien bei dem beschriebenen Zustand des Patienten bei der Übergabe ausreichend gewesen. Zum Zeit-punkt des Übergabegespräches seien weitere beson-dere Verhaltensmaßregeln nicht notwendig gewesen. Diese Feststellungen hat er im übrigen bei seiner mündlichen Anhörung auch selbst relativiert, bei welcher er ausgeführt hat, die Operation und die Narkose seien hier nicht ganz ohne Zwischenfälle verlaufen. 84

Da - wie auch die Beklagte zu 2) offenbar nicht verkannt hat - und wie sich auch aus den Ausführungen der Sachverständigen Prof. Dr. J. und Prof. Dr. H. ergibt, weitere Kreislaufdekompensationen infolge des Blutverlustes zu gewärtigen waren, ferner auch der zweimalige intraoperative Bigemi-nus auf instabile Kreislaufverhältnisse hinwies, desgleichen die anamnestischen Angaben des Klägers zu Besonderheiten bei voraufgegangenen Narkosen wie "langer Nachschlaf, ansteigender Blutdruck, Zittern, Schwitzen" und der unmittelbaren Krank-heitsgeschichte nach der ersten Operation, die immerhin nach Erklärung aller Gutachter kleinere Lungenembolien nicht ausschloß, wäre es, wie auch der Privatgutachter Prof. Dr. St. gefordert hat, geboten gewesen, die nachversorgende Schwester umfassend zu informieren, wie sie sich bei auftre-tenden Kreislauf-Atembeschwerden insgesamt zu ver-halten hatte. Die Anweisung zu wiederholter Blut-druck- und Pulskontrolle sowie zu weiteren Haemac-cel-Infusionen war insoweit nicht ausreichend, da sie keine Informationen darüber vermittelte, was zu tun sei, wenn diese Maßnahmen nicht zum ange-strebten Erfolg der umfassenden Kompensation von Kreislauf und Atmung führen sollten. Vielmehr wur-de die nachversorgende Beklagte zu 3) durch diese eingeschränkte Anweisung sachwidrig auf die allei-nige Durchführung einer weiteren Infusion von Hae-mac-cel als ausreichender Maßnahme fixiert. 85

Des weiteren wäre es, gerade weil der Kläger trotz einiger Komplikationen - wenn auch in vertretbarer Weise - unmittelbar auf die Normalstation verlegt wurde, geboten gewesen, daß die Beklagte zu 2) sich insoweit jederzeit unmittelbar abrufbereit gehalten hätte, statt die Pflegekraft im Ungewis-sen über ihren weiteren Verleib zu lassen. 86

Anhaltspunkte für fehlerhafte Behandlung ergeben sich auch für die Reanimationsphase. Die hierbei durchgeführten Maßnahmen sind in keiner Weise dokumentiert, obwohl sie nach den sehr eingehenden und pointierten Ausführungen aller Sachverständiger unbedingt dokumentationspflichtig waren. Auch insoweit liegt in der fehlenden Dokumentation zwar kein eigenständiger Haftungstatbestand, je-doch führt das Dokumentationsversagen zu der Annahme, daß die unbedingt dokumentationspflichtigen Maßnahmen, wie intensive Beatmung mit Sauerstoff, nicht bzw. jedenfalls nicht ausreichend erfolgt sind, was nach Aussage aller Sachverständiger ein Fehler war, wobei fraglich erscheint, ob die Aussage der Zeugen Dr. S. und F. ausreichend sind, den insoweit der Beklagten zu 2) obliegenden Gegenbeweis dafür zu erbringen, daß die dokumentationspflichtigen Maßnahmen trotz fehlender Dokumentation gleichwohl erfolgt sind.

Auch die Beklagte zu 3) hat objektiv falsch gehandelt, wie sich aus den Ausführungen aller Sachverständiger ergibt. Angesichts des von ihr festgestellten Zustandes bei der Übernahme des Klägers auf die Normalstation hätte sie sofort einen Arzt herbeirufen müssen. Es überschreitet die Kompetenz einer Krankenschwester, selbst ohne ärztliche Anordnung eine bedrohliche Kreislaufsituation über längere Zeit zu therapieren. Zwar war die Beklagte zu 3) durch die Beklagte zu 2) auf einen möglichen Volumenmangel hingewiesen und mit der Anordnung versehen worden, Haemaccel zu infundieren. Gleichwohl hätte die Beklagte zu 3) sich mit dieser Maßnahme nicht begnügen dürfen, nachdem schon der Zustand des Klägers vor der Infusion besorgniserregend war und sich auch nach der Infusion keine wesentliche Besserung, sondern vielmehr eine Verschlechterung einstellte. Des weiteren wäre beim Einsetzen der Schnappatmung eine sofortige Sauerstoffgabe angezeigt gewesen, was auch durch die Beklagte zu 3) als Pflegekraft hätte erfolgen können. Hinzu kommt, daß, wie der erstinstanzliche Sachverständige ausgeführt hat, die Beklagte zu 3) den Kläger nach Einsetzen der Schnappatmung selbst weiter hätte überwachen müssen, um notfalls sofort eingreifen zu können. Statt dessen habe sie sich gerade in dieser kritischen Phase aus dem Krankenzimmer entfernt, was absolut unsachgemäß gewesen sei. Im Ergebnis hätte die Beklagte zu 3), jedenfalls nachdem die Haemaccel-Infusion ersichtlich keine Besserung erbrachte, nicht länger zuwarten dürfen, sondern hätte unverzüglich den diensttuenden Arzt herbeifunkeln müssen, statt zunächst auf die Suche nach der Beklagten zu 2) zu gehen.

Soweit sie hierauf von Seiten der Beklagten zu 2) nicht hingewiesen worden sein sollte, liegt u.a. darin ein Organisationsversagen der Beklagten zu 1). Diese hat generell dafür Sorge zu tragen, daß das Pflegepersonal über seine eigenen Kompetenzen und deren Begrenzung umfassend instruiert ist und insbesondere darüber, wie es sich zu verhalten hat, wenn Situationen eintreten, die seinen eigenen Zuständigkeitsbereich übersteigen.

Einen Organisationsmangel auf Seiten der Beklagten zu 1) stellt es insoweit auch dar, wenn die Beklagte zu 1) die Ärzte der jeweiligen Fachbereiche nicht ausreichend über den Umfang ihrer Zuständigkeit und des damit verbundenen Erfordernis ständiger Ansprachebereitschaft belehrt, wie es vorliegend das Verhalten der Beklagten zu 2) vermuten läßt.

Ferner liegt ein Organisationsversagen darin, daß die Beklagte zu 1. ersichtlich nicht für eine ausreichende Dokumentation aller dokumentationspflichtigen Vorgänge Sorge getragen hat, wie es alle Sachverständigen intensiv gerügt haben.

Obwohl somit den Beklagten fehlerhaftes Verhalten vorzuwerfen ist, scheidet gleichwohl eine Haftung aus, weil es am Nachweis der Ursächlichkeit dieser Fehler für den beim Kläger eingetretenen Schaden fehlt.

Wie bereits erwähnt, hat der Patient grundsätzlich die Beweislast nicht nur für den Fehler, sondern auch für die vorgenannte Kausalität (siehe Steffen, a.a.O. S. 147). 93

Zwar können sich für den Patienten insoweit Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr unter verschiedenen Gesichtspunkten ergeben. 94

So können zum einen die Grundsätze über den Beweis des ersten Anscheins gelten. Bei typischen Geschehensabläufen - wenn ein Tatbestand feststeht, der nach den Erfahrungen der medizinischen Fachwelt auf eine bestimmte Ursache, z.B. ein fehlerhaftes ärztliches Vorgehen hinweist, mildert sich in diesen Fällen die Beweislast des klagenden Patienten durch den sogenannten prima facie-Beweis. Es bleibt in einem derartigen Fall Sache des beklagten Arztes, die ernsthafte Möglichkeit eines atypischen Geschehensablaufes nachzuweisen und damit dem Anscheinsbeweis die Grundlage zu entziehen. 95

Diese Voraussetzungen sind vorliegend jedoch nicht gegeben. Anders als in dem dort entschiedenen Fall des Oberlandesgerichts Düsseldorf (VersR 87/489 f.) war vorliegend das apallische Syndrom nämlich nicht unmittelbare Folge einer Intubationsnarkose, sondern vielmehr direkte Folge einer fulminanten Lungenembolie. Dafür, daß diese Embolie Folge der vorstehend aufgezeigten Fehler der Beklagten zu 1) bis 3) ist, spricht indes nach den Ausführungen der Sachverständigen nichts. So hat der Sachverständige Prof. Dr. H. dargelegt, daß diese fulminante Lungenembolie ebenso eingetreten wäre, wenn der Patient unmittelbar auf die Intensivstation gekommen wäre. Sie trete ohne prodromi ein. Keineswegs könne gesagt werden, daß sich die Lungenembolie hätte vermeiden lassen, wenn der Patient sofort nach dem Eintreffen auf der Normalstation auf die Intensivstation verlegt worden wäre. Der hypoxische Hirnschaden sei dadurch zustande gekommen, daß durch die massive Lungenembolie die Durchblutung der Lungen schwer beeinträchtigt gewesen sei, so daß die Sauerstoffaufnahme mangelhaft gewesen und das Gehirn über einen zu langen Zeitraum nicht genug Sauerstoff erhalten habe. Dies beweise insbesondere die Blutgasanalyse von 19.00 Uhr, die eine erhebliche Sauerstoffuntersättigung zeige. Auch eine direkte Verlegung des Patienten auf eine Intensivstation mit maximaler Überwachung, einer in Sekunden einsetzenden Behandlung und einer optimalen Aufzeichnung aller Vorgänge hätte den bedauerlichen Ausgang einer massiven Lungenembolie nicht mit Sicherheit abwenden können. 96

Dies hat auch der erstinstanzlich Sachverständige Prof. Dr. J. so gesehen, wenn er ausgeführt hat, eine kausale Therapie einer Lungenembolie, die sich bis zum Herzstillstand über längere Zeit entwickelt habe, sei nicht möglich. Eine Therapie sei nur symptomatisch möglich, indem man "den Dingen hinterherlaufe" durch Wiederbelebung, Medikamente zur Herzstärkung, zur Stabilisierung des Kreislaufs, zur Wiederherstellung anderer Körperfunktionen. Wenn durch eine hochgradige Behinderung der Lungendurchblutung die Sauerstoffversorgung des Blutes schlecht sei, verschlechterten sich die Wiederbelebungschancen für das Gehirn. Dies sei anders als bei einem reinen Herzversagen. Vorliegend sei als Ursache des apallischen Syndroms ein Sauerstoffmangel des Gehirns eindeutig festzustellen. Der Reanimationserfolg nach einer Lungenembolie richte sich vor allem danach, wieviel von der Lungenstrombahn schnell wieder normal durchblutet werde. Es handle sich also nicht nur um einen Zeitfaktor. Er glaube nicht, daß sich bei einer sofortigen Reanimation auf einer Intensivstation das Reanimationsergebnis verbessert hätte. Dies glaube er deshalb nicht, weil die schlechten Gas austauschwerte um 19.00 Uhr für eine sehr schlechte Lungendurchblutung selbst noch zu diesem Zeitpunkt sprächen. 97

Letztlich hat dies auch der Privatgutachter Prof. Dr. St. nicht anders gesehen, wenn er ausgeführt hat, "ungeklärt bleibe die Frage, wodurch die ho-he Rate der postoperativen Lungenembolien bedingt sei" sowie "die Rate thrombektomiebedingter Lungenembolien sei wesentlich höher als bisher angenommen".	98
In diesem Zusammenhang hat der Sachverständige Prof. Dr. H. weiter ausgeführt, er habe in den vielen Jahren seiner klinischen Tätigkeit eine Vielzahl von postoperativen massiven Lungenembolien erlebt, die direkt auf einer Intensivstation in Gegenwart von Ärzten eingetreten seien, wobei die Patienten trotz möglicher maximaler therapeutischer Bemühungen nicht gerettet werden konnten. Der schicksalhafte Verlauf sei auch unter optimalen Bedingungen nicht abzuwenden gewesen.	99
Hieraus folgt, daß von einem typischen Geschehensablauf im Hinblick auf Folgen der Fehler der Beklagten nicht die Rede sein kann, so daß eine Beweiserleichterung unter dem Gesichtspunkt des Anscheinsbeweises nicht in Betracht kommt.	100
Die von allen Sachverständigen mehrfach monierten Dokumentationslücken und Versäumnisse in der operativen, nachoperativen und Reanimationsphase führen entsprechend höchstrichterlicher Rechtsprechung (siehe BGH vom 28. Juni 1988, NJW 88/2949) nicht zu einer Beweiserleichterung für den Patienten zum Nachweis des Ursachenzusammenhang zwischen einer Behandlungsmaßnahme und dem geltend gemachten Gesundheitsschaden.	101
Zwar kann - wie bereits erwähnt - die unterbliebene Dokumentation einer dokumentationspflichtigen Maßnahme die Vermutung begründen, daß diese Maßnahme dann auch nicht durchgeführt worden ist, sie vermag jedoch nicht auch zugleich eine Beweiserleichterung hinsichtlich der Ursächlichkeit der nicht dokumentierten Maßnahme für den eingetretenen Schaden zu schaffen.	102
Hinsichtlich des gebotenen Kausalitätsnachweises können letztlich Beweiserleichterungen bis hin zur Kausalitätsvermutung und einer daraus resultierenden Beweislastumkehr eingreifen, wenn grobe Behandlungsfehler festzustellen sind, was keine Sanktion für ein ärztliches oder pflegerisches Verschulden, sondern ein Ausgleich dafür ist, daß der Bereich, der für die Schädigung in Betracht kommenden Ursachen durch den Fehler besonders verbreitert bzw. verschoben ist (siehe Steffen, S. 153).	103
Ob vorliegend die aufgezeigten Fehler der Beklagten in ihrer Gesamtheit schon als grob zu erachten sind, ob sie also Verstöße gegen elementare Behandlungsregeln, gegen elementare Erkenntnisse der Medizin darstellen, also Fehler, die aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich sind, kann letztlich offen bleiben. Denn selbst bei Annahme grober Fehler führt dies im vorliegenden Fall ausnahmsweise gleichwohl nicht zu einer Beweislastumkehr zugunsten des Klägers. Diese ist nämlich nicht etwa zwingende Folge eines groben Behandlungsfehlers, vielmehr kommt es in jedem Einzelfall auf eine wertende Betrachtung des Gesamtgeschehens unter Berücksichtigung des oben genannten Grundes für die grundsätzliche Beweislastumkehr bei groben Behandlungsfehlern an. So können einerseits auch nicht grobe Einzelfehler zusammen die Aufklärung so belasten, daß eine Beweislastumkehr gerechtfertigt erscheint; andererseits kann die Gesamtbetrachtung konkreter Behandlungsbedingungen dem/den Fehler(n) die Eignung für eine besondere Spektrumverschiebung im vorgenannten Sinn nehmen (siehe Steffen S. 155). Des weiteren ist in diesem Zusammenhang das Gewicht der Möglichkeiten zu prüfen und zu berücksichtigen, in welchem Maße der Fehler zum Mißerfolg der Behandlung beigetragen hat. Das bedeutet zwar nicht, daß auch bei einem eindeutigen Verstoß gegen gesicherte und	104

bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen eine Beweislastumkehr nur dann in Betracht kommt, wenn der Behandlungsfehler mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu dem eingetretenen Erfolg führt. Für die Begründung einer Haftung aus schweren Behandlungsfehlern reicht es vielmehr grundsätzlich aus, daß der gro-be Verstoß des Arztes geeignet ist, den konkreten Gesundheitsschaden hervorzurufen. Doch kann, wie der Bundesgerichtshof in der Entscheidung in NJW 1988/2950 ausgeführt hat, auch in diesem Rahmen das Gewicht der Schadensneigung des ärztlichen Fehlverhaltens für die Frage der Beweislastumkehr nicht gänzlich außer Betracht bleiben. Denn die Beweiserleichterung für den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und eingetretenem Gesundheitsschaden werde gerade deshalb gewährt und gegebenenfalls in ihrem Umfang entsprechend abgestuft, weil das Spektrum der für den Mißerfolg in Betracht kommenden Ursachen wegen der besonderen Schadensneigung des Fehlers verbreitert bzw. verschoben worden sei. Je unwahrscheinlicher ein solcher ursächlicher Zusammenhang sei, was freilich zur Beweislast des Arztes stehe, desto geringer wirkten sich im Ergebnis auch die durch den Behandlungsfehler verursachten Aufklärungsschwernisse aus. Ihr Gewicht verringere sich also gleichsam mit der wachsenden Unwahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs. Der möglichen Neutralisierung der Aufklärungserschwernisse durch Umstände, die einen ursächlichen Zusammenhang mit dem Schaden in hohem Maße unwahrscheinlich machten, müsse auch bei der Frage, ob und in welchem Umfang im Einzelfall die gerechte Rollenverteilung im Arzt/Patienten-Verhältnis eine Beweiserleichterung für den Patienten erforderten, Rechnung getragen werden.

Nach Maßgabe dieser Grundsätze ist für den vorliegenden Fall trotz der aufgezeigten Fehler der Beklagten eine Beweislastumkehr zu verneinen, denn nach den Ausführungen beider Gerichtssachverständiger spricht alles gegen eine auch nur annähernde Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen den aufgezeigten Fehlern und der fulminanten Lungenembolie mit nachfolgendem apallischen Syndrom. 105

Hierzu hat - wie bereits zitiert - der erstinstanzliche Sachverständige ausgeführt, daß der Entwicklung einer Lungenembolie im Rahmen einer Thrombektomie praktisch durch keine wie auch immer gearteten Maßnahmen vorgebeugt werden könne und daß das Auftreten einer fulminanten Lungenembolie stets eine vitalbedrohliche Komplikation sei. Durch das Auftreten eines Embolus im Gefäßlumen sei die Sauerstoffaufnahme besonders gefährdet. In der Regel führe eine Lungenembolie zu schweren kardiopulmonalen Komplikationen, wenn mehr als 50 bis 70 % der Lungenstrombahn verlegt seien. Selbst wenn eine Reanimation sofort im Moment des Entstehens der Embolie begonnen werde, sowohl mit Herzmassage als auch mit einer Intubation und Gabe reinen Sauerstoffs, könne dies bedeuten, daß dennoch die Lungendurchblutung nicht oder nur stark vermindert stattfinden könne. Der Sauerstoff könne somit nicht vom Blut in den Körper transportiert werden, da ein effektiver Blutstrom infolge mechanischer Strombahnverlegung kaum stattfinden könne. Es existiere dann ein gravierender Perfusionsdefekt der Lunge mit der Folge von Gasaustauschstörungen. Daher seien auch die Reanimationschancen einer Lungenembolie ungünstig, der Handlungsspielraum begrenzt. Eine Lungenembolie als extrakardiale Ursache des Herzstillstandes, wie vorliegend, bedinge deswegen eine schlechte Prognose, weil es sich häufig um eine geschilderte Asystolie oder elektromechanische Entkoppelung handele. Zudem könne sich unter der Lungenembolie auch eine spastische Verengung der Lungenstrombahn ergeben, was zusätzlich die Lungendurchblutung mindere. Aus diesen Gründen könne man schlußfolgern, daß der Reanimationserfolg eines Patienten mit einer Lungenembolie nicht nur eine Frage der kurzfristigen Minderdurchblutung des Gehirns durch den Herzstillstand sei. Es sei zusätzlich auch eine Frage, ob die Lungendurchblutung selbst unter extrem rascher Animationsbehandlung ausreiche, um den durch Beatmung 106

angebotenen Sauerstoff überhaupt aufnehmen und in Gehirn und übrigen Körper transportieren zu können. Dies wisse im Einzelfall niemand, weil man es akut nicht messen könne. Die Situation des Gehirns müsse in dem speziellen Fall der Lungenembolie stets als besonders gefährdet angesehen werden.

Der Reanimationserfolg nach einer Lungenembolie richte sich vor allem danach, wieviel von der Lungenstrombahn schnell wieder normal durchblutet werde. Es handle sich also nicht nur um einen Zeitfaktor. Der Sachverständige Prof. Dr. J. hat bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Landgericht ausgeführt, er glaube nicht, daß sich bei einer sofortigen Reanimation auf einer Intensivstation das Reanimationsergebnis verbessert hätte. Hiergegen sprächen auch die schlechten Gasaustauschwerte bei der Blutgasanalyse um 19.00 Uhr, also nach erfolgreicher Reanimation. Aus diesen ergebe sich nämlich auch für diesen Zeitpunkt noch immer eine trotz Wiederbelebung und Beatmung sehr schlechte Lungendurchblutung. 107

Diese Ausführungen stimmen in allen wesentlichen Punkten überein mit denen des zweitinstanzlichen Sachverständigen Prof. Dr. H., der ebenfalls darlegt hat, die fulminante Lungenembolie wäre seiner Ansicht nach ebenso eingetreten, wenn der Kläger unmittelbar auf die Intensivstation gekommen wäre. Sie trete ohne Vorzeichen ein. Keineswegs hätte sich die Embolie vermeiden lassen, wenn der Patient sofort nach dem Eintreffen auf der Normalstation auf die Intensivstation verlegt worden wäre. Auch bei maximaler Überwachung in einer Intensivstation, einer in Sekunden einsetzenden Behandlung und einer optimalen Aufzeichnung aller Vorgänge wäre der bedauerliche Ausgang einer massiven Lungenembolie mit Sicherheit nicht abgewendet worden. 108

Auch dieser Gutachter hat seine vorgenannten schriftlichen Ausführungen bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Senat bestätigt, wo er ausgeführt hat, er habe eine Reihe von Fällen erlebt, in denen er auf der Intensivstation den Eintritt von Lungenembolien selbst beobachtet und deren Folgen sofort mit den bestmöglichen Mitteln bekämpft habe. In diesen Fällen seien die Patienten intubiert und mit Sauerstoff beatmet worden. Gleichwohl habe er eine Reihe von Fällen erlebt, in denen die Patienten nicht hätten gerettet werden können, und auch nach der Literatur sei bei einer fulminanten Lungenembolie die Todesrate mehr als 50 %. Es lasse sich deshalb auch im Fall des Klägers nicht feststellen, daß er bei einem früheren Eingreifen vor dem Hirnschaden hätte bewahrt werden können. Der wesentliche Grund hierfür liege darin, daß wegen der Verstopfung der Lungenarterien der Kreislauf keine ausreichende Sauerstoffversorgung, insbesondere des Gehirns, mehr sichern könne. Selbst wenn operativ versucht werde, die Lungenarterie noch von den Thromben zu befreien, sei in diesen allerdings schon verzweifelte Fällen mit 90 % Mortalität zu rechnen. 109

Diesen Ausführungen hat im Ergebnis auch der Privatgutachter nichts entgegengesetzt. Er hat zwar eine Vielzahl vermeintlicher Fehler der Beklagten zu 2) und 3) aufgelistet, hat jedoch keine in sich schlüssige und nachvollziehbare Begründung für eine Annahme dahingehend gegeben, daß diese angenommenen Fehler mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu dem eingetretenen apallischen Syndrom führen mußten bzw. diese ohne die Fehler hätten vermieden werden können. Insbesondere hat er die vorstehend dargelegten gegenteiligen Ausführungen der Gerichtssachverständigen nicht nachvollziehbar widerlegt, sondern überwiegend mit Hypothesen und Behauptungen gearbeitet. 110

Angesichts der hohen Wahrscheinlichkeit, wonach auch auf einer Aufwach- oder Intensivstation die Eigendynamik der beim Kläger aufgetretenen fulminanten Lungenembolie nicht hätte durchbrochen werden können, die insbesondere aus den schlechten Blutgaswerten nach der Wiederbelebung um 19.00 Uhr ablesbar ist, vermag der 111

Senat nicht von einer Beweislastumkehr zu Lasten der Beklagten auszugehen, obwohl die Gesamtheit der Fehler (mangelhafte Instruktion der Beklagten zu 3) durch die Beklagte zu 2), Alleinlassen des Klägers durch die Beklagte zu 3), zu späte Verständigung eines Arztes durch die Beklagte zu 3)) nicht leicht wiegt.

Da der Ursachenzusammenhang auch vom Kläger nicht nachgewiesen werden kann, 112
bleibt es bei der Klage-abweisung des Landgerichts mit der Kostenfolge aus § 97 ZPO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreck-barkeit beruht auf §§ 708 Ziff. 10, 711 113
ZPO.

Berufungstreitwert und Wert der Beschwer des Klägers: 114

180.000,-- DM (so schon Senatsbeschluß vom 26. Fe-bruar 1993. 115