

KGE (Zivilgerichtshof I) vom 28. August 2006 i.S. X. c. Solida Versicherungen AG

Versicherungsvertrag: Unfallbegriff.

- Der Unfallbegriff in den allgemeinen Versicherungsbedingungen einer Zusatz- oder Privatversicherung richtet sich nach Art. 9 Abs. 1 UVV (E. 3c, 4a).
- Das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors ist bei einem ärztlichen Eingriff erfüllt, wenn er unter den gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweicht und entsprechend grosse Risiken in sich birgt (E. 4); Anwendungsfall (E. 5 und 6).

Contrat d'assurance: notion d'accident.

- La notion d'accident énoncée dans les conditions générales d'assurance d'une assurance privée ou complémentaire est régie par l'art. 9 al. 1 OLAA (consid. 3c, 4a).
- A cet égard, le critère essentiel du facteur extérieur de caractère extraordinaire est réalisé en cas de d'atteinte médicale, lorsque celle-ci s'écarte notablement des usages médicaux et comporte par conséquent des risques très importants (consid. 4) ; cas d'application (consid. 5 et 6).

Aus den Erwägungen

1. Die Solida Versicherungen AG (nachfolgend Solida AG) ist eine Aktiengesellschaft mit Sitz in Zürich, deren Zweck der Betrieb des Versicherungsgeschäftes in allen Versicherungssparten, mit Ausnahme der Lebensversicherung, ist. Der Versicherungsverband des Konkordates der Schweizerischen Krankenkassen Luzern (RVK) vermittelt den angeschlossenen Kassen und Verbänden, hier der Krankenkasse Y., eine Zusatzversicherung für Unfall-Tod und -Invalidität bei der Solida AG. Die Solida AG ist Versicherungsträgerin des von der Krankenkasse Y. angebotenen Versicherungsproduktes UTI. Gemäss diesem Versicherungsprodukt ist X. bis zum 15. Altersjahr gegen Unfall-Tod und -Invalidität versichert, und zwar ist bei Invalidität eine Entschädigung von Fr. 200'000.— geschuldet, Betrag, der sich progressiv auf 350% erhöht (vgl. Art. 8 lit. e der allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Vertrag zwischen der RVK und der Solida AG).

2. a) Am 22. März 1996 wurde der ansonst gesunde X. in einer Tagesklinik in der Nähe von Bern wegen eines Hodenhochstandes (Kryptorchismus) links operiert (Orchidopexie). X. war im damaligen Zeitpunkt 15 Monate alt, 13 Kilogramm schwer und am Vortag mit seinen Eltern und seinem Kinderarzt Dr. K. angereist. Anlässlich der Morgenvisite erklärte der Anästhesist Dr. A. den Eltern, ohne

vorgängige Absprache und Ankündigung, dass bei ihrem Sohn eine Spinalanästhesie durchgeführt werde. Die Eltern wurden nur spärlich über die Vor- und Nachteile sowie über die Risiken dieser Anästhesie aufgeklärt.

b) Um 09.10 Uhr wurde X. mit 7 mg Dormicum prämediziert und um 09.48 Uhr wurde am sitzenden Kind die Spinalanästhesie angelegt. Unklar ist, wie viel von der halbprozentigen, isobaren Lösung des Wirkstoffes Bupivacain injiziert wurde. Diesbezüglich gibt es gewisse Widersprüche, denn einerseits wurde in dem für X. erstellten Anästhesieprotokoll zuerst die Dosierung 3,5 ml eingetragen, andererseits auf dem Original 3,5 ml mit 2,5 ml überschrieben, und der später behandelnde Arzt im Inselspital ging von einer Dosis von 3,5 ml aus. Es ist nicht erstellt, wer die Korrektur im Protokoll vornahm. Mangels überprüfbarer Angaben ist von 2,5 ml auszugehen. Das Kind erschrak beim Stich in den Rücken, wehrte sich, weinte und musste festgehalten werden. Es wurde in horizontale Lage gebracht und beruhigte sich.

c) Um 09.55 Uhr begann die Operation, an der Prof. Dr. F. (Kinderchirurg), Dr. K. (Assistenzarzt), Dr. A. (Anästhesist) und Frau M. (Anästhesieschwester) mitwirkten. Die Operation verlief komplikationslos und wurde um 10.10 Uhr beendet. X., der während des Eingriffes Sauerstoff atmete, war während der Operation eingeschlafen. Dr. A. kontrollierte nach eigenen Angaben am Ende der Operation die Stabilität von X. durch Blickdiagnose. Eine genaue Abklärung des Niveaus der Spinalanästhesie, des Zustandes und der Beweglichkeit des Patienten, insbesondere der Arme, des Bewusstseins und der Atmung fand nicht statt. Diese Parameter wurden auch nicht im Anästhesieprotokoll vermerkt. Die Anästhesieschwester brachte den schlafenden X., dessen Arme schlaff herunterhängen, in halbsitzender Stellung, auf Geheiß des Anästhesisten Dr. A., aber entgegen der allgemeinen Regel, wonach man Patienten wie rohe Eier behandle, möglichst nicht umlagere und in horizontaler Lage behalte, in den so genannten Aufwachraum, welcher Tür an Tür zum Operationssaal liegt. Zum Zeitpunkt der Verlegung war X. weitgehend bewegungslos; er befand sich noch nicht auf dem Weg der Erholung. Die Betäubung hatte noch nicht die maximale Ausbreitung erreicht.

d) Im Aufwachraum übernahm die Aufwachraumschwester J. die Obhut über X. Sie erhielt keine besonderen Instruktionen. Die Sauerstoffzufuhr blieb zunächst unterbrochen. Im Aufwachraum schloss

Schwester J. das Kleinkind an den Puls- und Blutsauerstoffsättigungsmonitor an. Der Knabe schlief tief und fest. Gemäss Schwester J. hatte X. noch Puls und atmete normal. Diese Angaben beruhen jedoch nicht auf einer klinischen Kontrolle, sondern auf den Angaben der Pulsfrequenz durch den Monitor und das Anschauen des Gesichts des Kindes. Nach ca. fünf Minuten, während derer sein Zustand stabil gewesen war, bemerkte Schwester J., dass die Sauerstoffsättigung von X. von 95 % auf 92 % gesunken war. Darauf verabreichte sie ihm Sauerstoff und verfolgte, wie die Sättigung wieder auf 94 % anstieg. Nach einer Zeitspanne von ca. 3 bis 7 Minuten fiel die Sauerstoffsättigung erneut und diesmal auf 84 %. Schwester J. deckte den Knaben ab und stellte fest, dass er einen Atemstillstand hatte. Sie hatte die langsam auftretende Atemlähmung nicht rechtzeitig erkannt. Darauf alarmierte sie die Anästhesieschwester M., die rasch hinzutrat und ihrerseits Dr. A. herbeirief.

Schwester J. war aufgrund des Atemstillstandes des Patienten X. so schockiert, dass sie nicht mehr in der Lage war, Hilfe zu leisten. Schwester M. und Dr. A. begannen unverzüglich mit der Reanimation. Zu diesem Zeitpunkt zeigten die Pupillen von X. keine Reaktion mehr auf Lichteinwirkung. Zuerst wurde er mit dem Ambu-Beutel beatmet. Prof. F. kam hinzu und begann, nachdem er keinen Puls fühlen konnte, mit der Herzmassage. Er verlangte ferner, dass X. intubiert werde. Darauf wurde Adrenalin, Atropin und Ephedrin injiziert. Die erste Blutanalyse nach dem Zwischenfall ergab eine beträchtliche, auf schweren vorübergehenden Sauerstoffmangel und auf Hypoventilation hinweisende kombinierte Azidose. Der Zustand von X. stabilisierte sich gegen 12.00 Uhr unter den Reanimationsmassnahmen. Um 12.55 wurde extubiert. X. kam jedoch nicht zu Bewusstsein. Um 16.00 Uhr wurde er in die Intensivstation des Inselspitals verlegt.

Die Hospitalisation in der Kinderklinik des Inselspitals dauerte bis zum 29. April 1996. Beim Austritt wurde folgende Diagnose gestellt: Ein schwerer, durch Sauerstoffmangel bedingter Hirnschaden (hypoxische Enzephalopathie) und Hirnschrumpfung (Hirnatrophie) mit den Folgen einer Spastizität (Krampfhaltung) aller vier Extremitäten, besonders aber der Beine, einer schweren persistierenden Allgemeinveränderung der Grundaktivität in der Hirnstromkurve (EEG) und einer praktischen Verunmöglichung eines sozialen Kontaktes. X. kann zufolge dieser am 22. März 1996 erlittenen äusserst gravierender Hirnschädigung heute weder selbständig sitzen noch gehen oder essen. Ob und auf welche Weise er seine Umgebung wahrnimmt, ist unklar. Vor allem reagiert er auf Geräusche. Hin und wieder hat er spastische Anfälle. Von medizinischer Seite her wird sein Zustand als vigiles Koma bezeichnet.

e) Anzumerken ist, dass am selben Tag bei Y. die gleiche Operation vorgesehen war. Etwa fünf Minuten nach der Übergabe von X. an die Schwester des Aufwachraumes wurden Y., 18 kg schwer, angeblich 3 ml Carbostesin gespritzt. Das Original des Anästhesieprotokolls wurde nicht aufgefunden und auf der Kopie ist die Menge des verabreichten Mittels mit der Zahl 3 überschrieben bzw. von 4 auf 3 korrigiert worden. Y. wies nach dem Setzen der Spinalanästhesie und vor der Operation eine Atem- und Kreislaufinsuffizienz auf, die dank rascher Reanimationsmassnahmen behoben werden konnte. Die Operation wurde durchgeführt. Im Anschluss stellten sich erhebliche Störungen ein, die auf einen vorübergehenden Sauerstoffmangel des Gehirns zurückgeführt wurden. Y. konnte sich in der Folge dennoch gut erholen.

f) Der Arzt, der X. im Inselspital behandelte, erstattete Strafanzeige. Mit Urteil vom 17. März 2003 wurde der Anästhesist Dr. A. wegen fahrlässiger schwerer Körperverletzung zu 30 Tagen Gefängnis bedingt verurteilt. Schwester J. und Prof. F. wurden freigesprochen.

3. c) Strittig ist vorliegend, ob die Vorgänge vor, während und nach der Operation von X. am 22. März 1996 in der Tagesklinik einen Unfall im Sinne von Art. 9 UVV darstellen und sich daraus die Leistungspflicht der Beklagten ergibt.

4. a) Gemäss Art. 8 der AVB bezahlt die Solida AG die vereinbarte Versicherungssumme, wenn ein Unfall eine bleibende Invalidität zur Folge hat. Gemäss Art. 9 Abs. 1 UVV, der die vom Eidgenössischen Versicherungsgericht in ständiger Rechtsprechung verwendete Definition übernommen hat (BGE 116 V 138 E. 3a und 147 E. 2a mit Hinweisen), gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Nach der Definition des Unfalls bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Verumstände in Betracht fallen (BGE 129 V 402 E. 2.1, 122 V 233 E. 1, 118 V 283 E. 2a, 116 V 138 E. 3b und 147 E. 2a mit Hinweisen).

b) Diese Grundsätze zum Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit gelten auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt. Die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als mehr oder weniger ungewöhnlicher äusserer Faktor zu betrachten sei, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu beantworten. Sie ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist; denn das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit bezieht sich nach der Definition des Unfallbegriffs nicht auf die Wirkungen des äusseren Faktors, sondern allein auf diesen selber. Nach der Praxis ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht. Damit eine solche Vorkehr als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden kann, muss ihre Vornahme unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliessen. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, nämlich wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der beteiligte Mediziner einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlichrechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BGE 118 V 283 E. 2b; RKUV 1988 Nr. U 36 S. 46 f. mit zahlreichen Hinweisen; vgl. auch Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, S. 180 ff.).

c) Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kann eine medizinische Massnahme nur dann als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden, wenn ihre Vornahme unter den gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweicht. Ausgehend davon, kann laut Eidgenössischem Versicherungsgericht eine Unterlassung begrifflich nicht als Einwirkung eines äusseren Faktors bezeichnet werden (André Largier, Schädigende medizinische Behandlung als Unfall, Diss. Zürich, 2002, S. 142)

5. Im Rahmen des Strafverfahrens wurden verschiedene Gutachten abgegeben, die schlüssig sind und keine Widersprüche auf-

weisen. Das Kantonsgericht hat keinen Anlass, an der Richtigkeit dieser von berufserfahrenen Fachpersonen abgegebenen Gutachtermeinungen zu zweifeln.

a) Dr. D. hat in seinem Gutachten als Ursachen für die Geschehnisse vom 22. März 1996 festgehalten: a) die zu hohe Dosierung von Bupivacain, b) die zu frühe und fahrlässige Entlassung des Patienten aus dem Operationssaal, c) evtl. die zu frühe, in ungünstiger Stellung erfolgte Umlagerung, d) die wegen a) und evtl. c) zu hoch aufgestiegene («total» gewordene) Spinalanästhesie, e) die ungenügende postoperative Überwachung durch eine zu wenig geschulte, wenig erfahrene und unsicher agierende Aufwachschwester und f) die wegen e) zu spät einsetzende Notfallbehandlung. Es sei sehr wahrscheinlich, dass die Spinalanästhesie schon bei der Entlassung aus der Betreuung durch den Anästhesisten eine zu hohe Ausdehnung erreicht gehabt habe.

b) Die Spinalanästhesiemethode wird seit 1984 wieder vermehrt bei Kindern, vor allem für Operationen von Leistenhernien bei kleinen Säuglingen, ehemaligen Frühgeborenen angewandt. Bei Kindern ausserhalb des Säuglingsalters ist sie jedoch selten. Die Experten Dr. W. und Dr. Z. halten in ihrer Expertise fest, dass «die Wahl der Spinalanästhesie ein zwar wenig übliches, aber durchaus mögliches Vorgehen war». Weltweit gesehen werde aber die Methode in dieser Altersklasse wenig angewendet, d.h. die «kollektive Erfahrung» sei gering. Die Wahl eines anderen Anästhesieverfahrens, dessen Auswirkungen zum Zeitpunkt des Operationsendes beeinflussbar am Abklingen sind, hätten solche Geschehnisse unwahrscheinlich gemacht.

c) Da sich bei der Spinalanästhesie das in die das Rückenmark umgebende Rückenmarksflüssigkeit (Liquor) gespritzte Anästhetikum auch entlang des Rückenmarks nach oben ausbreitet, lähmt es so die von hier ausgehenden Nerven. Je höher das Anästhetikum sich ausbreitet, umso grösser ist die Gefahr, dass auch die Atemmuskulatur geschwächt oder ganz gelähmt wird. Eine hohe Ausbreitung ist wahrscheinlicher, wenn grosse Dosen verwendet werden. Ungewollt hohes Aufsteigen des Lokalanästhetikums im Liquorraum kann eine «totale» Spinalanästhesie mit Lähmung der Atemmuskulatur, Atemstillstand, Koma und Kreislaufzusammenbruch zur Folge haben. Unbehandelt ist diese Komplikation akut lebensgefährdend. Falls

rechtzeitig erkannt, beheben einfache Massnahmen wie Beatmung, Sauerstoffgabe, wenn nötig medikamentöse Kreislaufstützung die Gefahr und lassen den Patienten schadlos überleben.

Aufgrund dieser möglichen Gefahren weisen die Experten Dr. W. und Dr. Z. darauf hin, dass bei der Spinalanästhesie besonders hohe Anforderungen an die Überwachung der Kinder gestellt werden, was auch der Experte Dr. D. in seinem Gutachten bestätigt, wenn er auf die Wichtigkeit einer ununterbrochenen Kontrolle der Kinder hinweist. Entscheidend ist zudem die Zeitspanne, bis sich die Spinalanästhesie nicht mehr ausbreiten kann. Diese kann deutlich länger sein, als diejenige bis zum Erreichen der für die Operation benötigten Ausdehnung. Zudem kommt der Wahl und Dosierung des Anästhesiemittels entscheidende Bedeutung zu.

aa) Vorliegend wurde bei X. das Medikament Bupivacain verwendet. Es handelt sich um das am weitesten verbreitete Medikament für die Spinalanästhesie.

bb) Welche Dosis Bupivacain 0,5% isobar X. verabreicht wurde, ist, wie erwähnt, wegen der später im Protokoll angebrachten Korrekturen nicht mit Sicherheit bekannt. Wurden 2,5 ml gespritzt, entsprechen diese den schriftlichen Dosierungsrichtlinien von Dr. A. bei einem Körpergewicht zwischen 12 - 15 Kilogramm.

Die Experten Dr. W. und Dr. Z. sowie Dr. D. erklären indessen sowohl in ihren Gutachten, wie Dr. D. auch bei seiner Befragung vor Straegericht, dass die Literatur deutlich geringere Dosierungen empfiehlt, als Dr. A. sie verwendete. Bei X. hätte die Dosierung 1,3 ml entsprechen müssen. Gemäss Dr. D. erhielt X. bei seiner Operation für sein Alter und Gewicht eine ungewöhnlich hohe bis extrem hohe Dosierung des Lokalanästhetikums und nach Dr. W. und Dr. Z. war die Dosierung sogar aussergewöhnlich hoch, zu hoch und bewegte sich «im experimentellen Bereich». Die verwendete Dosis «entsprach nicht einer etablierten, anerkannten Praxis und hätte deshalb eine ständige Präsenz und dauernde Überwachung durch eine Anästhesiefachperson erfordert, mindestens bis das Abklingen der Betäubung feststand und der Patient Zeichen der Erholung zeigte. Es ist verständlich, dass ungewöhnliche und schwerwiegende Auswirkungen eintreten können, wenn einem Kleinkind eine Erwachsenendosis von 2,5 oder 3 ml Carbostesin 0,5% isobar verabreicht wird». Die Experten vertreten diese Auffassung nach eingehendem Studium der einschlägigen Literatur und können sich auf ihre Erfahrungen berufen. Diesbezüglich ist

zudem auf die sich in den Strafakten befindende Zusammenstellung der «Dosierungsempfehlungen Bupivacain 0,5% isobar für Spinalanästhesie» hinzuweisen. Danach empfehlen die Autoren, ausser Dr. A., für ein Kind wie X. sogar eine tiefere Dosis als die von Dr. D. angegebenen 1,3 ml, wobei der von Dr. W. angegebene Wert (2.0) nur für Sonderfälle gilt. Es ist daher mit den Experten festzuhalten, dass X. eine extrem hohe, viel zu hohe Dosis des Medikamentes Bupivacain 0,5% isobar verabreicht wurde.

cc) Während nach Dr. A. die höchste Ausdehnung einer Spinalanästhesie beim Kind spätestens nach 15 Minuten erreicht ist, vertreten die Experten Dr. W. und Dr. Z. die Ansicht, diese werde erst spät erreicht, bei Erwachsenen nach 30 - 60 Minuten und auch bei Kindern scheine die Ausbreitung der Betäubung nach 45 - 60 Minuten eher höher zu sein als nach 15 Minuten. Dr. D. seinerseits führt diesbezüglich aus: «Nach Logan und Kokki steht das sichere Ende der Ausbreitungsmöglichkeit beim Kind erst nach 45 bis evtl. 60 Minuten fest (...). Die Möglichkeit eines weiteren Ansteigens der Lähmung war bei der Umlagerung des Kindes in sitzender Stellung, nach nur 25 Minuten, noch nicht mit Sicherheit auszuschliessen». Zudem hält er fest: «Die Verlegung darf nicht erfolgen, solange die Ausbreitung der Spinalanästhesie nicht abgeschlossen ist, was beim Kind mindestens 30, in Einzelfällen (und bei Überdosis) auch länger, bis 45 und gar 60 Minuten dauern kann (...).» Gestützt auf die Ausführungen der Experten ist daher festzuhalten, dass bei Verlegung von X. vom Operationsraum in den Aufwachraum die maximale Ausbreitung der Betäubung nicht erreicht war und somit ein Patient, dessen Zustand die Entlassung aus der direkten Überwachung durch den Anästhesisten noch gar nicht gestattet hätte, in den Aufwachraum überführt wurde. Die Verlegung erfolgte mithin verfrüht.

dd) «Jeder Patient muss bei Anästhesieende auf Ansprechen, mindestens aber auf Schmerzreize reagieren, muss über lebenswichtige Abwehrreflexe verfügen (Schlucken, Husten), muss nach einer Spinalanästhesie seine Arme mit normaler Kraft bewegen können und muss stabile Atem- und Kreislaufverhältnisse aufweisen. Diese Parameter müssen vor Abgabe geprüft und im Anästhesieprotokoll vermerkt werden». Wie der Experte Dr. D. festhält, erfolgte die Abgabe aus dem Anästhesiebereich ohne die unerlässlichen klinischen Kontrollen und ohne entsprechende Angaben im Anästhesieprotokoll. Dass Dr. A. aufgrund seiner grossen Erfahrung mit Spinalanästhesie den Zustand der

Kinder auch ohne spezielle Untersuchung mittels Blickdiagnose feststellen könne, bezeichnet der Experte als fahrlässig, dem sich das Gericht nur anschliessen kann.

ee) Infolge der ungenügenden postoperativen Überwachung durch eine zu wenig geschulte Aufwachsweester wurde der Atemstillstand bei X. zu spät erkannt. Zudem rief sie zu spät um Hilfe, da es bei Beginn der Reanimation bereits zum Kreislaufstillstand gekommen war.

6. Die Wahl einer unüblichen Anästhesietechnik verbunden mit der Narkosebehandlung und damit der zu hohen Dosierung des Medikamentes, der Art der Kontrolle sowie der Verlegung in den Aufwachraum versties im vorliegenden Fall aus fachlicher Sicht gegen die Regeln der Kunst, wobei in diesem Zusammenhang auf das Urteil des EVG vom 17. Mai 1993 (U 124/92, auch in: RKUV 1993 Nr. U 176 S. 204 ff.) verwiesen werden kann, das ebenfalls einen Anästhesiefall zu beurteilen hatte. Wie festgestellt, ist die Spinalanästhesiemethode für Kinder der Altersgruppe von X. selten und sogar unüblich; sie ist keine Standardmethode, die «kollektive Erfahrung» ist gering und klinische Resultatvergleiche fehlen. Kommt hinzu, dass der Arzt dem Kind eine für sein Alter und Gewicht weit zu hohe Dosierung des Lokalanästhetikums verabreichte, die das 2- bis 3fache der in der Fachliteratur empfohlenen Werte darstellte und sich sogar im «experimentellen Bereich» bewegte. Des Weiteren wich auch das weitere Vorgehen vom medizinisch Üblichen massiv ab, insbesondere die Art der Kontrolle und die Verlegung von X. vom Operationssaal in den Aufwachraum, was Teil der Narkosebehandlung ist. Die Kontrolle einzig durch Blickdiagnose durchzuführen, ist zufolge des Gutachters fahrlässig und weicht erheblich vom dem, was aus medizinischer Sicht unerlässlich ist, ab, zumal bei der Spinalanästhesie aufgrund der möglichen Gefahren besonders hohe Anforderungen an die Überwachung der Kinder gestellt werden. Überdies erfolgte entgegen der allgemeinen Regel die Umlagerung von X. in ungünstiger Stellung vom Operationssaal in den Aufwachraum und zudem in einer Phase, in der die maximale Ausbreitung der Betäubung noch nicht erreicht war und die Narkosewirkung nicht nachgelassen hatte. Schliesslich war auch im Aufwachraum die Überwachung ungenügend, da sie zu einem Zeitpunkt an eine Krankenschwester delegiert worden war, in dem der Zustand des Patienten zwingend noch der weiteren dauernden Überwachung durch eine Anästhesiefachperson bedurft hätte.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Die Wahl der unüblichen Anästhesiemethode verbunden mit der zu hohen Dosis des Medikaments sowie der Art der Kontrolle und der Verlegung vom Operationsaal in den Aufwachraum sind medizinische Handlungen, die deutlich ausserhalb der gewöhnlichen und zu erwartenden Behandlung lagen bzw. erheblich vom medizinisch Üblichen abwichen und zudem, objektiv betrachtet, für den Patienten entsprechend grosse Risiken darstellten, mit denen niemand rechnete noch zu rechnen brauchte (vgl. Urteil des EVG vom 17. Mai 1993 E. 2b). Mithin handelt es sich beim Atem- und Kreislaufstillstand, der schliesslich zu einem gravierenden bleibenden Hirnschaden von X. führte, um einen Unfall im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVV.

7. Da ein Unfall im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVV vorliegt, ist die Leistungspflicht der Solida AG aufgrund der Zusatzversicherung i.V.m. Art. 8 AVB gegeben, und zwar aufgrund der massiven Schädigung für Fr. 700'000.—. ... In der Schlussdenkschrift wird die Höhe der Entschädigung anerkannt, sofern ein Unfall vorliegt. Unbestrittenermassen wurde die Zahlung mit Schreiben vom 8. Dezember 1997 verlangt, so dass Verzugszinsen von 5% (Art. 104 OR) antragsgemäss ab 8. Dezember 1997 (Art. 102 OR) zu zahlen sind.