

2349 067

Nachschlagewerk: ja
Amtliche Sammlung: nein

BGB §§ 823 Aa, C, 276 Ca, 611

Aus der allgemeinen Pflicht des Arztes, den Kranken vor Schädigungen an Leben und Gesundheit zu bewahren, folgt seine Pflicht, einen ihm bis dahin unbekannten Patienten, bei dem er zur Schmerzlinderung hochwirksame Morphine intravenös anwenden will, so weit wie möglich auf Erkrankungen zu untersuchen, bei denen gegen die Anwendung der Narkotika oder wenigstens gegen ihre intravenöse Verwendung Bedenken bestehen.

ZPO § 286 C; BGB §§ 823 Aa, J, 276 Ca, 611

Die Beweislast dafür, daß ein Behandlungsfehler des Arztes ursächlich für den Schaden war, kehrt sich nicht nur bei einem leichtfertigen Verhalten des Arztes um. Auch wenn der Arzt schuldhaft einen g r o ß e n Behandlungsfehler begangen hat, der den äußeren Umständen nach gerade die Schäden herbeiführen konnte, die dann eingetreten sind, muß er in der Regel beweisen, daß der schädliche Erfolg nicht auf den Fehler zurückzuführen ist.

BGH, Urt. v. 28. April 1959 - VI ZR 51/58 - OLG Hamm

VI ZR 51/58

V e r k ü n d e t

am 28. April 1959

Justizobersekretär
als Urkundsbeamter der
Geschäftsstelle

Im N a m e n d e s V o l k e s

In dem Rechtsstreit

der Witwe Hertha N. geb. vom S. in
W. (R.), L.,

Klägerin, Berufungsklägerin
und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt -

g e g e n

den prakt. Arzt Dr. med. Willi K. in W. (R.),
A. str.,

Beklagten, Berufungsbeklagten
und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt -

hat der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs auf die
mündliche Verhandlung vom 28. April 1959 unter Mitwirkung
des Senatspräsidenten Prof. Dr. Meiß sowie der Bundes-
richter Dr. Engels, Dr. K.E. Meyer, Dr. Bode und Dr. Hauß

für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird
das Urteil des 9. Zivilsenats des Oberlandes-
gerichts in Hamm i.W. vom 20. Dezember 1957
aufgehoben.

Die Sache wird zur anderweiten Verhand-
lung und Entscheidung, auch über die Kosten
der Revision, an das Berufungsgericht zurück-
verwiesen.

Von Rechts wegen

- 2 -

Tatbestand:

Der Ehemann der Klägerin - Ingenieur Hugo N. - litt an Gallenbeschwerden und hatte wiederholt empfindliche Gallenkoliken durchgemacht. Als am Sonnabend, dem 13. März 1954 gegen 22 Uhr wieder Gallenbeschwerden auftraten, konnte er zunächst seiner Frau noch bis gegen Mitternacht Geschäftspost diktieren. Nachdem er versucht hatte, die zunehmenden Schmerzen durch Wärmebehandlung zu lindern, bat er gegen 2.30 Uhr die Klägerin, einen Arzt zu rufen. Da es zu dieser Nachtstunde untunlich erschien, den in D. wohnenden Hausarzt Dr. K. herbeizuholen, oder Frau Dr. V., die den Patienten ebenfalls behandelt hatte, ließ die Klägerin sich vom ärztlichen Auftragsdienst an den Beklagten verweisen, der in dieser Nacht für eine Gruppe von W. Ärzten den Bereitschaftsdienst übernommen hatte. Der Beklagte erschien zwischen 2.55 und 3 Uhr, ließ sich kurz die Vorgeschichte beschreiben und untersuchte den auf einer Couch liegenden Patienten, indem er den Bauch abtastete und durch Fühlen des Pulses sowie Betrachten des Patienten den Kreislaufzustand prüfte. Er stellte das Bestehen einer Gallenkolik fest und entschloß sich, zur Linderung der Schmerzen und zur Lösung der Krampfstände in den Gallenwegen eine intravenöse Mischspritze aus Eukodal (Narkotikum) und Eupaverin (Spasmolytikum) zu setzen. Als er den Arm des Patienten abband, wurde er von den Eheleuten N. darüber unterrichtet, daß die früheren Anfälle erfolgreich mit intramuskulösen Dolantingaben kupiert worden seien. Der Beklagte erklärte hierauf, er hoffe durch die intravenöse Injektion eine schlagartige Beseitigung der Schmerzen zu erzielen. Wäh-



rend der Injektion bestätigte der Patient, daß die Schmerzen nachliessen. Kurz darauf, und zwar nach seinen eigenen Angaben 5 bis 8 Minuten später, setzte der Beklagte am Arm des Patienten eine zweite Injektion, die Dilaudid, ein weiteres Narkotikum der Morphingruppe, und das Spasmolytikum Atropin enthielt. Auf die Frage, ob eine zweite Injektion nötig sei, hatte er den Eheleuten erklärt, der Patient werde dann während der Nacht und am folgenden Sonntag schmerzfrei bleiben.

Um 3.20 Uhr entfernte sich der Beklagte. Der Patient stand bald darauf auf und ging in das Erdgeschoß, wobei er an der Tür des Schlafzimmers leicht taumelte. Kurz nachdem er sich niedergelegt hatte, hörte die Klägerin ihn nach Atem ringen und beobachtete, daß die Atemzüge in immer grösser werdenden Abständen folgten. Sie rief den Beklagten fernmündlich zurück. Als dieser um 3.30 Uhr erschien, konnte er nur noch den Tod des Patienten feststellen. Bei der Obduktion der Leiche wurde ausser zwei Gallensteinen in der GröÙe von Haselnußkernen unter anderem festgestellt: ein chronisches Lungenemphysem, eine chronische Bronchitis, eine ausgedehnte Pleuraverschwartung und ein beginnendes cor pulmonale.

Die Klägerin wirft dem Beklagten vor, er habe den Tod ihres Ehemannes verschuldet, weil er eine Überdosis narkotischer Mittel zu schnell intravenös injiziert habe, weil er dem Patienten erlaubt habe, ein anderes Stockwerk aufzusuchen, und weil er sich zu früh entfernt habe und daher keine Gegenmaßnahmen mehr habe einleiten können. Sie meint: Der Beklagte habe bei einer gründlichen

Untersuchung die bei der Obduktion aufgedeckten organischen Vorbelastungen erkennen müssen. Zudem sei bei Menschen in verantwortlicher Position als Folge der dauernden Überbelastung mit einer Vorbelastung des Herzens zu rechnen. Die Wirkung intravenöser Zufuhr von Morphinen sei so unberechenbar und das Zusammentreffen mit verborgenen Mängeln oder mit anlagebedingter Überempfindlichkeit so häufig, daß die Anwendung auf den Notfall beschränkt werden müsse, jedenfalls aber der Zustimmung des Patienten und einer vorherigen Aufklärung über ihr Risiko bedürfe.

Als Schadensersatz für den ihr entgangenen Unterhaltsanspruch gegen ihren Ehemann hat die Klägerin von dem Beklagten eine monatliche Rente verlangt. Sie hat mit der Klage zunächst einen Teilbetrag von 6 100 DM geltend gemacht und dann im Berufungsrechtszug beantragt, den Beklagten zur Zahlung von 1 000 DM Beerdigungskosten und einer monatlichen Rente von 1 500 DM für die Zeit vom 1. April 1954 bis 28. Februar 1957 zu verurteilen und festzustellen, daß der Beklagte verpflichtet ist, ihr allen weiteren Schaden zu ersetzen, der ihr seit dem 1. März 1957 durch den Tod ihres Ehemannes entstanden sei und noch entstehen werde.

Der Beklagte bestreitet, seine Pflichten als Arzt verletzt zu haben. Nach seiner Ansicht beruht der Tod des Patienten, wenn er überhaupt mit der Behandlung zusammenhänge und nicht die Folge eines akuten Herzversagens sei, auf den schweren Vorbelastungen der Atmung und des Herzens, die er nicht habe entdecken und mit denen er nicht habe rechnen können.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung der Klägerin hatte keinen Erfolg.

Mit der Revision verfolgt die Klägerin ihren Antrag aus dem Berufungsrechtszug weiter. Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

I. Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts, die auf den Gutachten der ärztlichen Sachverständigen beruhen, ist der Tod des Ehemannes der Klägerin durch die Medikamente ausgelöst worden, mit denen der Beklagte den Patienten behandelt hat. Dieser Verlauf war nur möglich, weil das Atemzentrum und das Herz des Kranken durch eine langfristige Behinderung des Atemapparates infolge ausgedehnter Pleuraverschwartung, Emphysems und Bronchitis geschwächt waren.

Bei Prüfung der Frage, ob der Beklagte für den tödlichen Ausgang zur Verantwortung gezogen werden kann, hat das Berufungsgericht im einzelnen die Vorwürfe untersucht, die gegen ihn erhoben worden sind. Es hält nicht für bewiesen, daß der Beklagte das Eukodal zu rasch injiziert hat, sieht aber einen offenkundigen Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst darin, daß der Beklagte schon bald nach der intravenösen Injektion des Eukodal - der Beklagte selbst behauptet in einem Zeitabschnitt von 5 bis 8 Minuten - Dilaudid subkutan injiziert hat. Der Beklagte hat

sich dabei von dem Gedanken leiten lassen, nach dem Abklingen der ersten intravenösen Gabe, die eine rasche Binderung der Schmerzen herbeiführte, solle die Wirkung durch das subkutane Depot länger aufrechterhalten bleiben. Er hat aber übersehen, daß bei dem kurzen zeitlichen Abstand zwischen den beiden Injektionen die Wirkung der ersten Injektion auch verstärkt wurde, so daß die zweite Gabe als Zusatzdosis anzusehen ist, weil sie bei dem kurzen Intervall eine additive Wirkung erzielte. Das Berufungsgericht sieht hierin einen Verstoß gegen Regeln, mit denen der Beklagte hätte vertraut sein müssen, hält aber nicht für bewiesen, daß dieser Regelverstoß ursächlich für die Katastrophe geworden ist. Es hat ausgeführt: Die zweite Injektion könne nicht wesentlich früher als 3.15 Uhr gegeben worden sein. Die Resorption dieses subkutanen Depots beginne nach der Darlegung der Obergutachter (Prof. Dr. L. und Dr. S.) nach etwa 10 Minuten und erreiche nach etwa 30 Minuten ihren Höhepunkt. Da der Patient gegen 3.25 Uhr bereits Atemnot gezeigt habe und um 3.30 Uhr verschieden sei, habe die Dilaudid-Resorption also im Zeitpunkt des Todes noch in ihrem Beginne gestanden. Das Berufungsgericht schließt seine Ausführungen zu dieser Frage mit den Sätzen: " Die Feststellung, daß ohne die zusätzliche Wirkung des Dilaudiddepots der Tod nicht eingetreten wäre, ist ausgeschlossen; es ist weit überwiegend wahrscheinlich, daß die Wirkung der Eukodalinjektion mit einer unerheblichen Ergänzung ihrer Verluste aus dem Depot genügt hat, um den Tod herbeizuführen. Diese Auffassung teilen auch die Obergutachter ".

Das Berufungsgericht hat offen gelassen, ob die Behauptung des Beklagten zutrifft, er habe in beiden Fällen ein Viertel des Ampulleninhalts durch Wegspritzen beseitigt, also statt 0,02 g nur 0,015 g Eukodal und statt 0,002 g nur 0,0015 g Dilaudid injiziert. Es hat dargelegt: Schon durch die Beseitigung von Schaum und Luft aus der Spritze gingen 10 % des Medikaments verloren. Da bis zum Tode des Patienten kein wesentlicher Teil des subkutanen Depots zur Wirkung gekommen sei, könne die von dem Hersteller des Eukodal empfohlene Maximaldosis von 0,02 g unter Ersetzung des Abspritzverlustes und des Abbaus nur ganz unerheblich, die nach dem amtlichen deutschen Arzneibuch zulässige Einzelgabe von 0,03 g überhaupt nicht überschritten worden sein. Auch die wissenschaftlichen Gutachter seien der Meinung, daß keine Überdosierung vorliege.

Übereinstimmend mit den ärztlichen Gutachtern geht das Berufungsgericht davon aus, daß die intravenöse Injektion von Eukodal im vorliegenden Falle objektiv kontraindiziert war, weil der Patient eine Reihe von Erkrankungen hatte, vor allem weil die Atemwege und das Herz erheblich vorbelastet waren. Das könnte zu einer Haftung des Beklagten führen, wenn er Erkrankungen dieser Art bei Anwendung der von einem gewissenhaften Arzt zu fordernden Sorgfalt hätte erkennen können oder mit der Möglichkeit solcher Vorbelastungen hätte rechnen müssen. Beides hat das Berufungsgericht im Anschluß an die ärztlichen Gutachten verneint. Es entnimmt diesen Gutachten, daß der Beklagte bei einer Untersuchung am Krankenbett Herzscheiden nicht habe erkennen können, daß aber bereits bei Berücksichtigung des Brustkorbes und bei einer Klopfeschallunter-

suchung Anhaltspunkte für das Emphysem hätten gewonnen werden können. Das Berufungsgericht geht davon aus, der Beklagte habe sich, bevor er Morphine in hochwirksamer Konzentration anwandte, klar sein müssen über deren Wirkungsweise - sie lähmen das im Gehirn gelegene Atemzentrum - und auch über die Bedeutung eines Emphysems für die Leistungsfähigkeit des Herzmuskels. Daher - so folgt das Berufungsgericht weiter - sei er verpflichtet gewesen, nach Vorbelastungen des Atemapparates durch Untersuchung des Thorax und durch Befragen des Patienten überall dort zu forschen, wo irgendein Anhaltspunkt für derartige Schäden sichtbar gewesen sei. Ob der Beklagte alle hiernach erforderlichen Voraussetzungen für seine Behandlungen geschaffen hat, ist im Berufungsurteil unentschieden geblieben, weil das Berufungsgericht auf Grund der ärztlichen Gutachten angenommen hat, der Beklagte habe auch bei gewissenhafter Untersuchung die hier gegebene gefährliche Kombination schwerer Veränderungen nicht erkennen können und keinen Grund gehabt, sie zu befürchten. Das Berufungsgericht ist zu dem Ergebnis gekommen, es könne angesichts der Stellungnahme der medizinischen Sachverständigen nicht feststellen, daß eine gründliche Befragung der Eheleute, ein Anruf bei dem Hausarzt Dr. Kl. und eine sorgfältige Untersuchung des Kranken einen Anlaß verbracht hätte, erhebliche Schäden des Atemapparates und eine darauf beruhende Schwächung des Herzmuskels in Rechnung zu stellen und von der Eukodalinjektion abzusehen, weil Herzbelastungen dieses Ursprungs sie kontraindizierten.

Schließlich hat das Berufungsgericht geprüft, ob die Anwendung der Narkotika auch ohne Kontraindikation ein Risiko enthielt, mit anderen Worten, ob sie auch bei einem

unvorbelasteten Organismus eine Gefährdung bedeutete. Das hat das Berufungsgericht ebenfalls verneint. Es hat u.a. ausgeführt: Von vornherein spreche eine gewisse Wahrscheinlichkeit dagegen, daß die von einer der maßgeblichen deutschen Arzneimittelfirma (M■■■■■, Da■■■■■) empfohlene Anwendung bei vorschriftsmässiger Ausführung und sorgfältiger Beachtung der Kontraindikation ein unkontrollierbares Risiko einschliesse. Aus den Darlegungen der Gutachter und der einschlägigen Literatur ergebe sich, daß nahezu bei allen Fehlschlägen besondere und bekannte Gründe für den Mißerfolg vorgelegen hätten, sei es, daß eine Kontraindikation übersehen worden oder nicht erkennbar gewesen sei, sei es, daß Überdosen oder daß Normaldosen mit zu grosser Schnelligkeit zugeführt worden seien. Die Annahme, daß Eukodal auch bei richtig dosierter, langsamer intravenöser Zufuhr und beim Fehlen des bekannten, im Zustandsbild des Patienten sich deutlich ausprägenden Gegenanzeigen anders als in extrem seltenen Ausnahmefällen zu erheblichen Komplikationen führe, finde im Ergebnis des Beweisverfahrens keine Stütze. Eine anlagebedingte Überempfindlichkeit des Patienten (Idiosynkrasie) könne nicht festgestellt werden und sei auch nicht so verbreitet, daß bei Verträglichkeit von Dolantin und bei sorgfältiger Beobachtung des Patienten während der langsamen Injektion eine nicht zu beherrschende Komplikation oder der Tod in Rechnung gestellt werden müsse. Die Abneigung vieler Ärzte gegen die intravenöse Zufuhr von Eukodal - auch der Sachverständige Prof. Dr. B■■■■ hat die intravenöse Injektion aufgegeben - entscheide nicht über ihren Wert und ihre Erlaubnis. Daß viele Ärzte sie meiden, möge seinen Grund darin haben, daß sie sich in der Bestimmung der Gegenanzeigen nicht sicher fühlen oder daß sie den Stand

der Forschung und Erprobung für unzureichend halten. Da aber unstreitig eine große Zahl von Ärzten die Methode seit Jahrzehnten anwenden, sei es erst bei dem Nachweis einer erheblichen Anzahl unerklärlicher oder unvermeidbarer Fehlschläge statthaft, die Methode aus rechtlichen Erwägungen auf den Notfall (z.B. Steindurchbruch) und auf den Fall zu beschränken, daß der Patient ihre Anwendung nach Eröffnung des Risikos verlange, um den Schmerzzustand augenblicklich beendet zu sehen.

Das Berufungsgericht schließt seine Prüfung der Frage, ob der Beklagte schuldhaft einen Fehler begangen hat, der für den Tod des Patienten ursächlich geworden ist, mit der Bemerkung: Hier liege ein Fall vor, in dem auch ein vorsichtiger Arzt die Injektion von etwa 0,02 g Eukodal als ungefährlich habe betrachten dürfen. Daß der Patient bereits dieser Dosis erlegen sei, stelle sich ungeachtet aller Bedenken, die im übrigen gegen das Vorgehen des Beklagten geltend gemacht werden könnten, als ein vom Beklagten nicht zu vertretendes Schicksal dar.

II. Die Ausführungen des Berufungsgerichts halten nicht in allem einer rechtlichen Prüfung stand.

1. Mit Recht hat das Berufungsgericht die Pflicht des Beklagten bejaht, vor Anwendung der Morphine in hochwirksamer Konzentration den ihm bis dahin unbekannten Patienten so weit wie möglich auf Erkrankungen zu untersuchen, bei denen gegen die Anwendung der Narkotika oder wenigstens gegen ihre intravenöse Verwendung Bedenken bestehen. Die narkotischen Mittel sind, wie den Gutachten

der ärztlichen Sachverständigen zu entnehmen ist, zwar zur Beseitigung von Schmerzzuständen unentbehrlich. Ihrer Anwendung haftet aber eine gewisse Gefahr an. Da sie das Atemzentrum lähmen, leuchtet es ein, daß besonders bei Erkrankungen der Atmungswege und des Herzens gefährliche Nebenwirkungen auf das Atemzentrum möglich sind. Daraus ergibt sich die Pflicht des Arztes, bei Patienten, die ihm unbekannt sind, vor der Anwendung dieser Narkotika im Rahmen des Möglichen nach derartigen Erkrankungen zu forschen. Das folgt aus der allgemeinen Pflicht des eine Behandlung übernehmenden Arztes, alles zu tun, was nach den Regeln medizinischer Wissenschaft und Erfahrung in seiner Lage zu tun ist, um den Erkrankten vor Schädigungen an Leben und Gesundheit zu bewahren (vgl. Eberhard Schmidt, Der Arzt im Strafrecht, in Ponsold's Lehrbuch der gerichtlichen Medizin S. 55). Daß der Beklagte den Ehemann der Klägerin nicht ausreichend untersucht hat, ergibt sich aus seinem eigenen Vorbringen und den Feststellungen des Berufungsgerichts. Hiernach hat der Beklagte sich darauf beschränkt, den Puls zu fühlen und den Patienten zu betrachten, um auf diese Weise den Zustand des Kreislaufs zu prüfen. Er hat es aber unterlassen, den Brustkorb des Patienten zu betrachten und Klopfeschalluntersuchungen durchzuführen, obwohl auf diese Weise Anhaltspunkte für das Emphysem hätten gewonnen werden können und obwohl nach den Feststellungen des Berufungsgerichts eine gründliche Untersuchung möglich und das Eingreifen nicht eilbedürftig war.

Soweit das Berufungsgericht im weiteren nicht für nachgewiesen hält, daß dieses Unterlassen des Beklagten

für den Tod des Patienten ursächlich war, lassen seine Ausführungen Zweifel aufkommen, ob es die Frage des Kausalzusammenhangs richtig gesehen hat und ob es sich über das Maß der Anforderungen im klaren war, die in einem Falle wie dem vorliegenden an die Sorgfaltspflicht des Arztes zu stellen sind. Das Berufungsgericht verneint den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Unterlassen des Beklagten und dem Tode des Patienten im wesentlichen mit der Erwägung, der Beklagte habe auch bei gewissenhafter Untersuchung des Kranken die hier gegebene gefährliche Kombination schwerer Veränderungen nicht erkennen können. Dabei geht es möglicherweise von der Überlegung aus, die intravenöse Zufuhr der üblichen Dosis Eukodal sei nur fehlerhaft gewesen, wenn der Beklagte die bei dem Patienten bestehende Kombination schwerer Veränderungen habe erkennen können oder mit ihr habe rechnen müssen. Diese Betrachtungsweise wäre verfehlt, denn bei Prüfung der Frage, ob das Unterlassen einer gründlichen Untersuchung mit dem Tode des Patienten in ursächlichem Zusammenhang steht, darf es nicht allein darauf abgestellt werden, ob der Beklagte bei einer ausreichenden Untersuchung des Kranken alle die Vorbelastungen hätte erkennen können, die sich später bei der Obduktion herausgestellt haben. Es ist vielmehr auch zu fragen, ob bei einer ordentlichen Untersuchung nur eine Erkrankung erkennbar war, die es hätte angezeigt erscheinen lassen, von der intravenösen Injektion der vom Beklagten gegebenen Dosis Eukodal abzusehen. Nach den ärztlichen Gutachten und den Feststellungen des Berufungsgerichts hätte der perkutorische Befund und die Inspektion des Brustkorbes Anhaltspunkte für ein Emphysem erge-

ben. Daher ist die Frage zu stellen, ob die Behandlungsweise, die der Beklagte gewählt hat, vom Standpunkt eines gewissenhaften Arztes aus auch dann zulässig gewesen wäre, wenn sich bei der Untersuchung des Patienten ein Emphysem ergeben oder mit der Möglichkeit eines Emphysems hätte gerechnet werden müssen. Nur wenn diese Frage zu bejahen wäre, könnte der Kausalzusammenhang zwischen dem Unterlassen des Beklagten und dem Tode des Patienten verneint werden.

Die Frage, ob ein gewissenhafter Arzt auch beim Bestehen oder bei Verdacht eines Lungenemphysems die vom Beklagten gewählte Dosis Eukodal intravenös injizieren durfte, ist in dieser Form bisher nicht gestellt worden und daher auch nicht ausdrücklich beantwortet. Sollte das Berufungsgericht, wie es nach dem Inhalt der Entscheidungsgründe möglich erscheint, der Auffassung sein, diese Frage sei zu bejahen, so wären gegen diese Beurteilung erhebliche Bedenken zu erheben. Da dieses Narkotikum das Atemzentrum lähmt, liegt es auf der Hand, daß seine Anwendung besondere Vorsicht bei einem Patienten erfordert, dessen Atemzentrum durch ein Emphysem vorbelastet ist. Es mag dahinstehen, ob es in einem solchen Falle nicht geboten ist, überhaupt von der intravenösen Anwendung des hochwirksamen Eukodal abzusehen und die Schmerzlinderung auf anderem Wege herbeizuführen oder wenigstens ein schwächeres Narkotikum zu wählen und es nicht intravenös zu geben. Jedenfalls ist es, wie auch das Gutachten der Professoren L. und S. erkennen läßt, bedenklich, einem so vorbelasteten Patienten die sonst zulässige Maximaldosis Eukodal zu injizieren. Ferner bestehen starke

Zweifel, ob in einem solchen Fall die intravenöse Zufuhr dieses Narkotikums vom Standpunkt eines gewissenhaften Arztes zu verantworten ist. Wie sich aus den Gutachten der ärztlichen Sachverständigen ergibt, sind die Meinungen der Ärzte darüber, ob die Narkotika intravenös zu geben sind, geteilt. Bei der intravenösen Einspritzung gelangen die hochwirksamen Stoffe sofort in den Körper. Deshalb schliesst die intravenöse Gabe, wie Prof. Dr. B. in seinem Gutachten darlegt, ein größeres Risiko ein, als die subkutane oder die intramuskuläre. Der Gutachter selbst ist von der intravenösen Anwendungsform narkotischer Mittel abgekommen, als er erfuhr, daß dabei vereinzelt unvorhergesehene Zwischenfälle beobachtet worden sind. Auch die Mehrzahl der freien Internisten sieht, wie Prof. B. in seinem Gutachten anführt, von der intravenösen Injektion der Narkotika ab, weil die entfernte Möglichkeit von Zwischenfällen bekannt ist. Andererseits gebrauchen manche Internisten sie auch in der Hauspraxis sehr häufig, weil sie den Patienten sofort von seinen Schmerzen befreit. Die Professoren L. und S. halten in ihrem Gutachten die subkutane oder intramuskuläre Injektion im allgemeinen für genügend und meinen, auch hier habe eine intramuskuläre Injektion genügt, denn es habe wohl keine dringende Indikation bestanden, die Koliken statt in 10 bis 20 Minuten in etwa 2 bis 3 Minuten zu unterbrechen. Hieraus ergibt sich, daß viele Ärzte von einer intravenösen Zufuhr der Narkotika stets, also auch dann absehen, wenn keine Kontraindikation erkennbar ist. Geht man hiervon aus, so erscheint die Annahme bedenklich, daß ein Arzt die von ihm zu fordernde Vorsicht walten läßt, wenn er

diese Behandlungsweise bei einem Patienten wählt, der an einem Lungenemphysem erkrankt ist oder bei dem der Verdacht dieser Erkrankung besteht. Im Zweifelsfalle hat der Arzt die Methode anzuwenden, welche die geringsten Gefahrenmomente für den Patienten bietet. Das hat der Senat schon in seinem Urteil BGHZ 9, 138 [140] im Anschluß an die Rechtsprechung des Reichsgerichts ausgesprochen. Herrscht Streit darüber, welches Maß von Vorsicht notwendig ist, um Schäden zu verhüten, so hat der Arzt nach diesem Urteil im allgemeinen die größere Vorsicht zu beobachten, wenn er nicht fahrlässig handeln will, denn der Kranke kann verlangen, daß der Arzt auch an entfernte Verletzungsmöglichkeiten denkt und sein Verhalten bei der Behandlung des Patienten hiernach einrichtet (vgl. BGH aaO und die dort angeführte Rechtsprechung des Reichsgerichts). Von diesen Grundsätzen ist auch in dem jetzt zu entscheidenden Falle auszugehen. Mussten einem praktischen Arzt im Jahre 1954 die Gefahren bewußt sein, die bei der intravenösen Verwendung der Narkotika entstehen können, so mußte er sich bei der Behandlung hierauf einstellen und eine Schmerzlinderung auf dem Wege herbeiführen, der die geringste Gefahr für den Patienten mit sich brachte. Hierzu war^{er} erst recht verpflichtet, wenn sich Anhaltspunkte für das Bestehen eines Emphysems ergaben.

Daher kann der Kausalzusammenhang zwischen dem Unterlassen einer gründlichen Untersuchung und dem Tode des Patienten nicht mit der Begründung verneint werden, die das Berufungsgericht seinem Urteil gegeben hat.

2. Aber auch noch in einem weiteren Punkte gibt das Berufungsurteil Anlass zu rechtlichen Bedenken. Das Berufungsgericht geht davon aus, daß das Verhalten des Beklagten in zwei Punkten zu beanstanden ist: einmal, weil er zwei hochwirksame Narkotika in kurzem zeitlichen Abstand injiziert, und zum anderen, weil er den Patienten nicht ausreichend untersucht hat. Es hat beide Schuldvorwürfe getrennt behandelt und ist in beiden Fällen zu dem Ergebnis gekommen, der ursächliche Zusammenhang zwischen diesen Pflichtwidrigkeiten und dem Tode des Patienten sei nicht nachgewiesen. Dabei hat das Berufungsgericht ersichtlich angenommen, es sei Aufgabe des Klägers gewesen, den Kausalzusammenhang zwischen der jeweiligen Pflichtverletzung und dem eingetretenen Schaden zu beweisen. Ob diese Ansicht zutrifft, erscheint jedoch zweifelhaft, wenn man das Verhalten des Beklagten als Ganzes sieht, wie es für die sachgerechte Beurteilung der Beweislastfrage erforderlich ist. So gesehen hat der Beklagte die beiden Narkotika in zu kurzem zeitlichen Abstand bei einem Patienten angewandt, den er bis dahin nicht kannte und den er trotz der Möglichkeit weitergehender Untersuchung nicht ausreichend darauf untersucht hat, ob das Atemzentrum vorbelastet war oder andere Bedenken gegen die Dosis oder gegen die Anwendungsart der Narkotika bestanden. Damit erscheint der offenkundige Verstoss gegen die Regeln der ärztlichen Wissenschaft, den das Berufungsgericht rechtsirrtumsfrei in der raschen Folge der Injektionen sieht, in einem anderen Licht, denn der Schuldvorwurf, der wegen dieses Verstosses gegen den Beklagten zu erheben ist, wird durch diesen besonderen Umstand erschwert. Geht man hiervon aus, so könnten die

Voraussetzungen gegeben sein, unter denen das Reichsgericht und der Bundesgerichtshof den Kläger von der vollen Beweislast dafür befreit haben, daß sein Schaden auf den festgestellten Behandlungsfehler des Arztes zurückzuführen ist (RGZ 171, 168 sowie die Urteil des Bundesgerichtshofs vom 21. Dezember 1955 - VI ZR 127/55 - LM ZPO § 286 (C) Nr. 25) = VersR 1956, 499 und vom 14. Oktober 1958 - VI ZR 186/57, - VersR 1958, 849). Hat der Arzt schuldhaft einen groben Behandlungsfehler begangen, der den äußeren Umständen nach gerade die Schäden herbeiführen konnte, die dann eingetreten sind, so muß er beweisen, daß der schädliche Erfolg nicht auf den Behandlungsfehler zurückzuführen ist. Diese Umkehr der Beweislast für die Ursächlichkeit ist zwar bisher vor allem für Fälle bejaht worden, in denen^{es} sich um ein leichtfertiges Verhalten des Arztes handelt. Sie ist aber, wie der Senat schon in seinem Urteil vom 14. Oktober 1958 (aaO) ausgeführt hat, nicht auf diese Fälle zu beschränken. Auch wenn der Arzt einen groben Fehler begangen hat, wird eine gerechte Interessenabwägung es unter den oben angeführten Voraussetzungen in der Regel erfordern, daß er sich in der Frage der Ursächlichkeit seines Fehlers für den entstandenen Schaden entlasten muß.

In dem hier zu entscheidenden Falle hat der Beklagte nach der nicht zu beanstandenden Ansicht des Berufungsgerichts offenkundig gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft und Praxis verstossen, indem er zwei hochwirksame Morphine in zu kurzem zeitlichen Abstand injiziert hat. Dieser gegen den Beklagten zu erhebende Vorwurf wiegt schwer, weil hinzukommt, daß der Beklagte den ihm bis dahin unbekannten Patienten nicht

ausreichend untersucht hat. Würde der Beklagte durch dieses Gesamtverhalten einen groben Verstoss gegen die ärztlichen Pflichten begangen und die nicht fernliegende Gefahr einer schweren Schädigung des Patienten heraufbeschworen haben, so müßte er sich entlasten und besondere Umstände dartun, auf Grund deren das Gericht bei Würdigung des gesamten Sachverhalts dazu gelangen könnte, einen mit der gesetzten Gefahr nicht in Zusammenhang zu bringenden Ursachenablauf festzustellen.

Aber auch wenn sich um keinen groben Fehler des Beklagten handeln sollte - das hat in erster Linie der Tatrichter zu entscheiden - könnten sich aus den Grundsätzen des Anscheinsbeweises Beweiserleichterungen für die Klägerin ergeben. Diese Grundsätze sind anzuwenden, wenn der Arzt schuldhaft einen Behandlungsfehler begangen hat, der nach medizinischer Erfahrung typischerweise die eingetretene Schädigung zur Folge hat (vgl. das oben angeführte Urteil des Senats vom 21. Dezember 1955). Ob diese Voraussetzungen hier gegeben sind, ist bisher nicht geprüft und läßt sich auf Grund des bisher festgestellten Sachverhalts nicht abschließend entscheiden.

3. Nach alledem kann das angefochtene Urteil mit der Begründung, die das Berufungsgericht ihm gegeben hat, nicht bestehen bleiben. Der Senat kann selbst nicht abschliessend entscheiden, weil eine neue Tatsachenwürdigung erforderlich und hierzu allein der Tatrichter berufen ist. Daher war das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung, auch über die Kosten der Revision, an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

III. Es wird sich empfehlen, in der neuen Verhandlung einen Sachverständigen zuzuziehen und in erster Linie zu klären, ob ein gewissenhafter Arzt bei Zugrundelegung der oben dargelegten Anforderungen an die ärztliche Sorgfaltspflicht dem Patienten auch bei Bestehen oder bei Verdacht eines Lungenemphysems die vom Beklagten gewählte Dosis Eukodal intravenös injizieren durfte. Ist das nicht der Fall, so kann bei Zugrundelegung des bisher festgestellten Sachverhalts nicht zweifelhaft sein, daß zwischen dem Unterlassen einer gründlichen Untersuchung und dem Tode des Patienten ein ursächlicher Zusammenhang besteht. Damit würden sich weitere Aufklärungen erübrigen.

Sollte das Berufungsgericht wiederum zu dem Ergebnis kommen, daß nicht schon die intravenöse Injektion des Eukodal, sondern nur die Zufuhr der beiden Narkotika in kurzem zeitlichen Abstand vom ärztlichen Standpunkt aus zu beanstanden ist, so wäre die Frage der Beweislast für den Ursachenzusammenhang zwischen dem Tun des Beklagten und dem Tode des Patienten unter den oben (unter II 2) dargelegten Gesichtspunkten zu prüfen. Müßte der Beklagte sich in dieser Hinsicht entlasten, so würde die bloße Möglichkeit, daß der Tod schon durch die Injektion des Eukodal eingetreten ist, diesen Ursachenzusammenhang noch nicht beseitigen. Es müßte vielmehr nachgewiesen werden, daß nur die Injektion des Eukodal den Tod des Pa-

114

tienten herbeigeführt hat. Soweit es dabei auf den Zeitraum ankommt, der zwischen den einzelnen Injektionen lag, wäre von der für die Klägerin günstigsten Möglichkeit auszugehen, denn bei dieser Beweislastverteilung müßten etwaige Zweifel zu Lasten des Beklagten gehen.

Meiß

Engels

Dr. K.E.Meyer

Dr. Bode

Dr. Hauß