

Rechtsanwältin Dr. Ruth Schultze-Zeu
Spezialistin für Arzthaftungs- und Geburtsschadensrecht
Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Homepage: www.ratgeber-arzthaftung.de
r.schultze-zeu@t-online.de

Beweislasten und Beweiserleichterungen im Arzthaftungsprozess

A. Der Grundsatz:

Der Patient trägt durchgehend die Beweislast für sämtliche **anspruchsbegründende Voraussetzungen**. Diese lauten im Arzthaftungsrecht:

- Der Behandlungsfehler oder der Aufklärungsfehler
- Der Körperschaden und der materielle Schaden,
- Der Ursachenzusammenhang zwischen dem Behandlungs- oder Aufklärungsfehler und dem Schaden.

Nach ständiger Rechtsprechung des 6. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs liegt ein Behandlungsfehler stets dann vor, wenn der Arzt mit seinem konkreten Tun oder Unterlassen vom medizinischen Facharztstandard abgewichen ist (vgl. BGH Urteil vom 6. Mai 2003, Az.: VI ZR 259/02). Der Bundesgerichtshof definiert den Begriff des Behandlungsfehlers in seiner oben genannten Entscheidung wie folgt.

„Das Absehen von einer medizinisch gebotenen Vorgehensweise begründet einen ärztlichen Behandlungsfehler. Auf die subjektiven Fähigkeiten des behandelnden Arztes kommt es insoweit nicht an“.

Der Beweis des Behandlungsfehlers ist gemäß § 286 Zivilprozessordnung (ZPO) zur Gewissheit des Richters zu führen. Entscheidend ist dabei die persönliche Überzeugung des Gerichts, nicht der Grad der Überzeugung des medizinischen Sachverständigen, der regelmäßig vom Gericht bestellt wird. Dabei ist es keineswegs erforderlich, dass sämtliche Zweifel des Gerichts ausgeräumt sind (vgl. Bundesgerichtshof [BGH] Urteil vom 26. Oktober 1993, Aktenzeichen VI ZR 155/92, veröffentlicht in Versicherungsrecht [VersR] 1994, 52).

Zu beachten ist, dass der Arzt beweisen muss, dass er die für die konkrete Behandlung erforderlichen speziellen Fachkenntnisse und Facherfahrungen besaß (vgl. BGH, Urteil vom 24. Juni 1980, Aktenzeichen VI ZR 7/79, veröffentlicht in VersR 1980, 940).

Für die ursächliche Verknüpfung zwischen dem Behandlungsfehler und dem in Betracht stehenden Schaden ist der Patient ebenfalls generell beweisbelastet. Ausreichend ist jedoch der Beweis der **Mitverursachung** des Schadens durch einen Arztfehler.

Der Bundesgerichtshof hat hierzu in seinem Urteil vom 01. Oktober 1996, Aktenzeichen VI ZR 10/96, veröffentlicht in VersR 1997, 362, sinngemäß ausgeführt, dass der Nachweis des Ursachenzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Körperschaden nicht schon dann verneint wird, wenn es unwahrscheinlich ist, dass der Behandlungsfehler allein den konkreten Körperschaden verursacht hat. Denn es genügt nach dem Bundesgerichtshof, dass die fehlerhafte ärztliche Behandlung mit ursächlich für den Eintritt des Körperschadens war, um dem Schädiger den gesamten Schaden zuzurechnen.

In einer Entscheidung vom 26. Januar 1999, Aktenzeichen VI ZR 374/97, veröffentlicht in VersR 1999, 862, hatte der Bundesgerichtshof wie folgt ausgeführt:

„In einem solchen Fall, in dem die durch den Unfall hervorgerufenen Verletzungen der Klägerin als „Auslöser“ im Sinne einer Mitursache gewirkt hatten, müssten die Beklagten (...) für die Folgen der jetzigen Beschwerden aufkommen. Das gilt auch dann, wenn die Wirkung der Unfallverletzungen nur deshalb eingetreten ist, weil die Klägerin aufgrund ihrer besonderen Konstitution und ihrer Vorschädigungen für die jetzigen Beschwerden besonders anfällig war. An der Einstandspflicht der Beklagten ändert sich grundsätzlich selbst dann nichts, wenn das jetzige Beschwerdebild in einer psychischen Fehlverarbeitung der Unfallfolgen seine Ursache hat.“

Vorschäden, die regelmäßig vom Arzt bewiesen werden müssen, können nach alledem den Ursachenzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und den eingetretenen Körperschäden **nur** ausschließen, wenn sich feststellen lässt, inwieweit die eingetretenen Körperschäden **ausschließlich** auf die Vorschäden zurückzuführen sind und inwieweit die Beschwerden ausschließlich durch den Behandlungsfehler bedingt sind (vgl. Geiß / Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 4. Aufl., B Rdn. 217). Anderenfalls verbleibt es bei der Einstandspflicht für den gesamten Schaden.

Je mehr man die Beweislast des Patienten reduzieren kann, desto größer werden seine Chancen im Prozess zu obsiegen.

Nachfolgend werde ich Sie einführen in die Rechtsprechung zur Beweislastumkehr im Arzthaftungsrecht. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Fallgruppen der Beweiserleichterung betreffend den Arztfehler den Fallgruppen der Beweiserleichterung betreffend die Voraussetzungen des Ursachenzusammenhangs.

B. Zu den Beweiserleichterungen betreffend den Behandlungsfehler:

1. Beweiserleichterung aus Dokumentationsmängeln, betreffend den Nachweis eines Behandlungsfehlers:

Beweiserleichterungen hinsichtlich des Behandlungsfehlerbeweises kommen dem Patienten zu Gute aus pflichtwidrig unvollständiger oder widersprüchlicher Patientendokumentation. Lässt die Behandlungsseite pflichtwidrig dokumentationsbedürftige Befunde in den Krankenunterlagen undokumentiert, so folgt hieraus per Indiz, dass das, was nicht dokumentiert wurde, auch nicht geschehen ist (vgl. BGH, Urteil vom 19. Februar 1995, Aktenzeichen VI ZR 272/93, veröffentlicht in VersR 1995, 706).

Hätte es daher im konkreten Fall zum fachärztlich geschuldeten Behandlungsstandard, der zu verobjektivieren ist, gehört, eine bestimmte Untersuchung am Patienten durchzuführen, und wurde diese Untersuchung nicht dokumentiert, so wird zu Gunsten dieses Patienten grundsätzlich vermutet, dass die Untersuchung nicht stattgefunden hat.

Es ist dann Sache der Behandlungsseite, nachzuweisen, dass die gebotene Untersuchung am betroffenen Patienten doch durchgeführt wurde.

2. Beweiserleichterungen für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bei Vorliegen von voll beherrschbaren Risiken :

Bei Risiken aus dem Krankenhausbetrieb, dem Pflegeheimbetrieb aber auch in ambulanten Arztpraxen, die voll beherrscht werden können und müssen, insbesondere durch sachgerechte Organisation und Koordinierung des Behandlungsgeschehens (z.B. bei Gerätesicherheit, Hygienegewähr, Verrichtungssicherheit des Pflegepersonals, keine Anfängerbeschäftigung) kann sich, wenn der Patient in diesem Gefahrenbereich zu Schaden kommt, zu seinen Gunsten eine Beweiserleichterung ergeben:

Es wird dann zu Gunsten des Patienten vermutet, dass er geschädigt worden ist, weil die Behandlerseite ein Risiko nicht beherrscht hat, das sie normalerweise hätte beherrschen können.

Allerdings kann der Schädiger die Vermutung auf zweierlei Weise beseitigen (Geiß/Greiner aaO B Rdnr. 246, 241):

1) Er **beweist**, dass ein Behandlungsfehler, d.h. eine Abweichung vom geschuldeten Standard, nicht vorliegt.

Bsp.: Es wird ein Lagerungsschaden vermutet. OPE-Team beweist, dass die intraoperative Lagerung des Patienten dem Facharztstandard entsprach (vgl. BGH VersR 1984, 386).

2) Die Behandlerseite weist nach, dass der Körperschaden auch durch nicht erkennbare Umstände bzw. nicht beherrschbare Umstände, z.B. eine unerkannte und nicht zu erwartende körperliche Disposition des Patienten, verursacht sein könnte (Geiß/Greiner aaO B Rdnr. 246, 241; BGH NJW 1995, 1618):

Während die erste Entlastungsmöglichkeit in einzelnen Fällen möglich sein dürfte, halte ich die zuletzt genannte Enthaltungsmöglichkeit für äußerst schwierig.

Gelingt der Behandlerseite sich - wie beschrieben - zu entlasten, muß der geschädigte Patient den Behandlungsfehler ohne diese Beweiserleichterung nachweisen.

a. Die Fallgruppe der Anfängereingriffe infolge fehlerhaften Einsatzes eines Arztes in Weiterbildung oder Ausbildung:

Beispiel des BGH, Entscheidung vom 10. März 1992, Aktenzeichen VI ZR 64/91, veröffentlicht in VersR 1992, 745:

„Bei chirurgischen Eingriffen, die von einem Berufsanfänger vorgenommen werden, muss immer ein Facharzt assistieren. Ist das nicht der Fall, und führt die Operation zu Komplikationen für den Patienten, so besteht ein Indiz dafür, dass die unzureichende Qualifikation der Ärzte ursächlich dafür ist. In einem etwaigen Schadensersatzprozess tragen sowohl der Krankenhausträger als auch der für die Übertragung der Operationsaufsicht auf den Nicht-Facharzt verantwortlichen Arzt und der aufsichtsführende Arzt selbst die Darlegungs- und Beweislast dafür, dass die eingetretenen Komplikation nicht auf der geringen Erfahrung und Übung des noch nicht ausreichend qualifizierten Operateurs bzw. der mangelnden Erfahrung des Aufsichtsführenden beruht (...). Jeder junge Arzt ist nur langsam und schrittweise in das operative Geschehen einzuführen. Deshalb darf ein in der Facharztausbildung stehender Arzt erst nach Feststellung seiner Zuverlässigkeit bei ähnlichen Eingriffen und Nachweisen praktischer Fortschritte in der chirurgischen Ausbildung operieren (...). Ein solcher junger Arzt darf nur unter unmittelbarer Aufsicht eines erfahrenen Chirurgen eingesetzt werden, der jeden Operationsschritt beobachtend verfolgt und jederzeit korrigierend einzugreifen vermag. Immer muss nämlich der Standard eines erfahrenen Chirurgen gewährleistet sein. Aus diesem Grunde muss immer ein Facharzt dem Berufsanfänger bei chirurgischen Eingriffen assistieren. In einem solchen Fall tragen der Krankenhausträger die Beweislast dafür, dass die nach der Appendektomie (Blinddarmentfernung) eingetretenen Nahtinsuffizienz nicht auf fehlender Erfahrung und Übung des noch nicht ausreichend qualifizierten Operateurs beruhten.“

Beispiel des OLG Zweibrücken, veröffentlicht in VersR 1988, 165:

„Anästhesie – Anfängerarzt“

Beispiel des OLG Schleswig, veröffentlicht in NJW 1997, 3098:

„Entlassung durch Arzt im Praktikum ohne ordnungsgemäße Abschlussuntersuchung.“

b. Fallgruppe der Verrichtungssicherheit des Pflegepersonals(vgl. hierzu auch meinen Vortrag zu den „Sturzfällen“):

Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1991, 310:

„Bekommt ein Patient im Krankenhaus bei einer Bewegungs- und Transportmaßnahme der ihn betreuenden Krankenschwester aus ungeklärten Gründen das Übergewicht und stürzt, so ist es Sache des Krankenhausträgers, aufzuzeigen und nachzuweisen, dass der Vorfall nicht auf einem pflichtwidrigen Verhalten der Pflegekraft beruht.“

Beispiel des OLG Köln, veröffentlicht in VersR 1990, 1240:

„Die Behandlungsseite hat die Durchführung von Diagnostik und Therapie so zu organisieren, dass jede vermeidbare Gefährdung der Patienten ausgeschlossen ist. Die damals 72 Jahre alte Klägerin ließ sich (...) in der Augenklinik X behandeln (...) Bei dem Versuch, sich nach Abschluss der Untersuchung aufzurichten, stürzte die Klägerin von der Untersuchungsliege. Hierdurch zog sie sich einen Bruch des Schenkelhalskopfes zu (...) Das beklagte Krankenhaus ist gemäß § 823 Abs. 1 BGB sowie aus Vertrag dafür verantwortlich, dass die Klägerin im Behandlungszimmer der augeärztlichen Ambulanz der Universitätsklinik zu Fall gekommen ist (...) Voraussetzung für die Schadenersatzhaftung ist, dass es sich um die Verletzung von Nebenpflichten zum Schutz des Patienten vor Gefahren handelt, die aus dem räumlich-gegenständlichen Bereich der Behandlung herrühren (...) Die besondere Gefährdung der in der augenärztlichen Ambulanz zu betreuenden Patientin rührt zum einen her aus der medikamentell bewirkten Pupillenweitstellung, die (...) eine erhebliche Sichttrübung (...) zur Folge hat, andererseits aus der unkomfortablen Rückenlagen der Patientin auf der über Tisch hohen Liege (...) Hinzu kommt, dass das Behandlungszimmer in dämmriges Licht getaucht ist (...) Dies beeinträchtigt ihre Wahrnehmungsfähigkeit zusätzlich. Der Senat hält es in dieser Lage für geboten, dass den Patienten, zumindest beim Besteigen und Verlassen des Betts Hilfestellung geleistet wird. Darüber hinaus müssen aber zusätzliche Schutzvorkehrungen für diejenigen Patienten getroffen werden, die – sei es in Überschätzung ihrer untersuchungsbedingt – tatsächlich eingeschränkten Fähigkeit, sei es in der irrtümlichen Annahme, die Liege verlassen zu sollen – selbstständig vom Behandlungstisch abzusteigen versuchen (...) War der Patientin nicht gesagt, worden liegenzubleiben, so mußte damit gerechnet werden, dass sie aufstehen würde“

Beispiel des OLG Stuttgart, veröffentlicht in NJW 1993, 2384:

„Der Träger eines Krankenhauses mit Belegabteilung ist verpflichtet, auch auf dieser in ausreichendem Maß fachkundiges, nichtärztliches Personal zu stellen und organisatorisch sicherzustellen, dass das Personal ausreichende Anweisungen erhält. Soweit der Träger die Aufnahme zur Geburtshilfen bei Risikogeburten zulässt, trifft ihn die Pflicht dafür zu sorgen, dass ein in jeder Hinsicht ausreichender ärztlicher Bereitschaftsdienst vorhanden ist.“

Beispiel des OLG Dresden, veröffentlicht in NJW-RR 2000, 761:

„Sturz eines Patienten im Pflegeheim“

c. Die Fallgruppe der Gerätesicherheit:

Beispiel des BGH, Entscheidung vom 11.10.77 (VI ZR 110/75), veröffentlicht in VersR 1978, 82: „Narkosegerät“

„1. Die Gründe, die in der Regel einer Beweislastumkehr aufgrund des Mißerfolgs einer ärztlichen Behandlung entgegenstehen, greifen nicht ein, wo Ursache des Mißerfolgs die Mangelhaftigkeit eines bei der Behandlung eingesetzten technischen Geräts gewesen ist*“

2. Zu den Anforderungen an das Wissen eines Arztes um die Funktionsweise eines von ihm zur Behandlung eingesetzten technischen Geräts (hier: Narkosegerät)

Der Ehemann und Rechtsvorgänger der Kl., der während des Rechtsstreits verstorben ist (künftig: der Kl.), unterzog sich am 1.7.1970 in dem orthopädischen Krankenhaus H.-Stiftung in M., dessen Träger das bekl. Land ist, einer Hüftgelenksoperation (Einbringung einer Gelenks-Endoprothese).

Infolge eines Narkosezwischenfalls erlitt er durch zeitweisen Sauerstoffmangel eine schwere Hirnschädigung. Sein Zustand einer fast völligen Lähmung wurde als apallisches Syndrom diagnostiziert, schloß aber nach Darstellung der Kl. seine Wahrnehmungs- und Leidensfähigkeit nicht aus. Am 24.8.1972 trat der Tod ein.

Der Klaganspruch ist zu einem wenn auch nur kleinen Teil auch auf Ersatz von Vermögensschaden gerichtet und kann sich daher insoweit auch auf den von der Krankenkasse des Kl. mit dem bekl. Land geschlossenen (totalen) Krankenhausvertrag stützen (BGHZ 5, 321 (323) = VersR 52, 166 (167 li. Sp.); 1, 383 (386). Aus diesem Vertrag ergab sich für den Krankenhausträger u. a. die Pflicht, für die Operation ein funktionsfähiges Narkosegerät zur Verfügung zu stellen. Diese Pflicht wurde objektiv verletzt, und das hat zu dem geltend gemachten Schaden geführt. Jedenfalls in solchen Fällen bestehen in der Regel keine Bedenken, die Beweislastgrundsätze des § 282 BGB auch auf eine sog. positive Vertragsverletzung anzuwenden.

Dem steht nicht entgegen, daß im Rahmen des ärztlichen Behandlungsvertrags für die Anwendung des § 282 BGB nur beschränkter Raum ist (Senatsurteil v. 17.12.1968 VI ZR 212/67 VersR 69, 310). Der Arzt kann regelmäßig nur kunstgerechtes Bemühen, nicht aber den Heilerfolg (häufig nicht einmal eine objektiv zutreffende Diagnose) zusagen (zuletzt Senatsurteil vom 15.3.1977 VI ZR 201/75 VersR 1977, 546 (547)). Dieser Grundsatz kann jedoch auf die Erfüllung voll beherrschbarer Nebenpflichten, insbesondere die Gewährleistung technischer Voraussetzungen für eine sachgemäße und gefahrlose Behandlung, keine Anwendung finden (so schon Senatsurteil vom 24.6.1975 VI ZR 72/74 VersR 1975, 952 (954)). Das bekl. Land wird also zu beweisen haben, daß der ordnungswidrige Zustand des verwendeten Geräts nicht von einem seiner Erfüllungsgehilfen (§ 278 BGB) verschuldet ist“.

Beispiel des OLG Hamm, Urteil vom 27.1.1999 (3 U 127/97), veröffentlicht in VersR 1999, 1111: „Elektrokauter“

„1. Wird eine Frau nach einer Sterilisation, die durch Koagulation der Tuben durchgeführt wird, erneut schwanger und läßt sie sich im Anschluß an die Entbindung erneut sterilisieren, so können die dabei getroffenen Feststellungen als Beweis für die Fehlerhaftigkeit der Erststerilisation verwertet werden. Das Gericht kann sich insbesondere aufgrund von Videoaufzeichnungen, die gezielt im Hinblick auf die Frage der ordnungsmäßigen Erststerilisation angefertigt wurden, die Überzeugung verschaffen, daß ein Eileiter nicht koaguliert worden ist, vielmehr mit einiger Wahrscheinlichkeit am Mutterband manipuliert wurde.“

2. Für die Behauptung, der Elektrokauter habe nicht funktioniert, ist die Behandlungsseite ebenso beweispflichtig wie für die Behauptung, den Arzt, der dies

nicht bemerkt habe, treffe kein Verschulden. Für eine komplikationslos verlaufene Zwillingsschwangerschaft ist ein Schmerzensgeld von 10 000 DM angemessen.

Die 1959 geborene, verheiratete Kl. entschloß sich nach drei Geburten und drei Schwangerschaftsabbrüchen zu einer Sterilisation, da sie Verhütungsmittel nicht gut vertrug. Der Bekl., niedergelassener Frauenarzt, nahm am 5. 10. 1993 den Eingriff durch laparoskopische Tubenkoagulation vor. Am 23. 3. 1995 wurde die Kl. von den Mädchen D. und E. entbunden.

Der Bekl. kann sich auch nicht darauf berufen, der Elektrokauter habe nicht ordnungsgemäß funktioniert. Für diese Behauptung ist der Bekl. beweispflichtig. Denn das ordnungsgemäße Funktionieren des Elektrokauters gehört zu dem Bereich, dessen Gefahren ärztlicherseits voll ausgeschlossen werden können und müssen („voll beherrschbare Risiken“; BGH VersR 1991, 467 = NJW 91, 1541; 1991, 1058 = NJW 91, 2960; OLG Hamm VersR 1980, 585). Nach den eigenen Angaben des Bekl. vor dem Senat ist aber offengeblieben, ob das Gerät tatsächlich bei der Kl. nicht ordnungsgemäß verkocht hat und ob dies, wenn es so gewesen sein sollte, ohne Verschulden des Bekl. geschehen wäre.“

d. Die Fallgruppe der Lagerungsschäden:

Beispiel des OLG Hamm, Entscheidung vom 18.06.1997 (3 U 173/96), veröffentlicht in VersR 1998, 1243: „Armplexuslähmung – Lagerungsschaden“

„Bei der Verwirklichung eines medizinisch voll beherrschbaren Risikos (hier: sachgerechter Auslagerungswinkel des Infusionsarms bei einer Operation) spricht der Beweis des ersten Anscheins für einen schadensursächlichen Behandlungsfehler.

Der 1963 geborene Kl. unterzog sich am 26. 1. 1994 einer intertrochantären valgusierenden Umstellungsosteotomie der linken Hüfte. Die Operation wurde nach Legen eines Periduralkatheters in Intubationsnarkose in Rückenlage mit ausgelagertem rechten Infusionsarm ausgeführt. Es war bekannt, daß der Kl. infolge eines Verkehrsunfalls am 25. 7. 1987, bei dem es zu einem Plexusausriß links gekommen war, an einer Plexusparese des linken Arms litt. Ausweislich der Krankenunterlagen klagte der Kl. postoperativ über Kribbelbeschwerden in Fingern der rechten Hand. Bei einem neurologischen Konsil am 31. 1. 1994 wurde der Verdacht auf eine Wurzelreizung C 8 rechts geäußert.

Der Kl. nahm die Bekl. auf Zahlung eines Schmerzensgeldes - Vorstellung 50 000 DM - und Feststellung der Verpflichtung zum Ersatz aller materiellen und künftigen immateriellen Schäden in Anspruch und behauptete, er leide infolge fehlerhafter Lagerung und unzureichender Nachbehandlung unter einer weitgehenden dauerhaften Plexusparese nun auch des rechten Arms.

Der Kl. hat bewiesen, daß er durch eine fehlerhafte Lagerung seines rechten Arms während der Operation eine inkomplette Plexusparese erlitten hat. Tritt zeitlich unmittelbar nach einer Operation eine Plexusparese des ausgelagerten Infusionsarms auf und gibt es keine ernstlichen Anhaltspunkte für eine anderweitige Schadensursache, so spricht der Beweis des ersten Anscheins für eine Verursachung des Schadens durch die Lagerung.

Nach den überzeugenden Feststellungen des Sachverständigen Dr. Z., die sich der Senat zu eigen macht, leidet der Kl. an einer inkompletten Plexusparese des bei der Operation ausgelagerten Infusionsarms, die nicht durch die im Krankenhaus nach der Operation erlittene Handverletzung verursacht worden sein kann. Erste Symptome sind spätestens zwei Tage nach der Operation aufgetreten; ihre Ursache war nicht, wie zunächst angenommen, eine Wurzelreizung. Anhaltspunkte für andere Schadensursachen sind nicht ersichtlich.

Der Beweis des ersten Anscheins spricht weiterhin für eine fehlerhafte Lagerung. Denn das Risiko einer Plexusschädigung ist für die Behandlerseite voll beherrschbar: Wird ein grundsätzlich geeignetes Lagerungsverfahren gewählt, wird der Arm zunächst sachgerecht ausgelagert, funktionieren die dabei verwandten Hilfsmittel einwandfrei und wirken der Narkose, der Operateur und ihre Hilfskräfte während der Operation nicht fehlerhaft auf den Arm ein, so kommt es mit sehr großer Wahrscheinlichkeit nicht zu einer Plexusschädigung. Deshalb ist es Sache der Behandlerseite, eine andere Schadensursache unmittelbar zu beweisen, die Grundlage des Anscheinsbeweises durch den Nachweis einer Prädisposition des Patienten, die eine Schädigung auch bei sachgerechter Lagerung möglich erscheinen läßt, zu erschüttern oder aber nachzuweisen, daß alle zur Vermeidung von Plexusschäden zu fordernden Maßnahmen getroffen und während der Auslagerung eingehalten worden sind.

Beweis für eine andere Schadensursache oder eine Prädisposition des Kl. im angesprochenen Sinn hat die Bekl. nicht angeboten. Sie hat aber auch nicht nachgewiesen, daß alle zur Vermeidung von Plexusschäden zu fordernden Maßnahmen getroffen worden sind. Die gewählte Lagerungsmethode ist allerdings nach den Feststellungen des Sachverständigen Dr. Q. als sachgerecht anzusehen. Andere Methoden, die eine größere Gewähr für eine Schonung des Plexus geboten hätten, wären mit anästhesistischen oder chirurgischen Risiken von zumindest gleichem, teilweise höherem Gewicht verbunden gewesen.

Die Bekl. hätte angesichts der grundsätzlichen Eignung zur Schadensvermeidung das Gegenteil beweisen müssen“.

Beispiel des OLG Köln, Entscheidung vom 02.04.90 (27 U 140/88), veröffentlicht in VersR 1991, 695: „Bruchoperation – Nervus-ulnaris-Läsion – Lagerungsschaden“.

„1. Der Krankenhausträger und die behandelnden Ärzte tragen die Beweislast für eine ordnungsgemäße Lagerung des Patienten während der Operation (hier: beidseitige Bruchoperation).

2. Zu den Anforderungen an die Beweisführung in einem solchen Fall.

3. Auf vom Patienten geklagte Beschwerden, die auf eine Schädigung des Nervus ulnaris hindeuten, muß sofort mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen reagiert werden.

Der Kl. machte Schadensersatzansprüche mit der Begründung geltend, daß er infolge eines Behandlungsfehlers im Zusammenhang mit einer beidseitigen Bruchoperation am 1.9.1983 in der Universitätsklinik des bekl. Landes eine Schädigung des Nervus ulnaris links und in deren Gefolge eine Bewegungseinschränkung der linken Hand davongetragen habe. Als er unmittelbar nach der Operation ein Schmerz- und Taubheitsgefühl in der linken Handkante und im Bereich des vierten und fünften Fingers verspürt habe, hätten die behandelnden Ärzte - so behauptete der Kl. - ihn damit vertröstet, daß es sich um Durchblutungsstörungen handele, die von selbst wieder verschwänden.

Tatsächlich habe sich der Zustand der linken Hand aber nicht gebessert, sondern dazu geführt, daß er seinen Beruf als Maurer nicht mehr ausüben könne.

Nach der Rechtsprechung des BGH, der der Senat folgt, tragen die Krankenhausträger und die behandelnden Ärzte die Beweislast dafür, daß der Patient zur Vermeidung von Lagerungsschäden sorgfältig und richtig auf dem Operationstisch gelagert wurde und daß

die Operateure dies kontrolliert haben (BGH VersR 1984, 386 = NJW 84, 1403). Nach Auffassung des Senats gilt Entsprechendes für die Beibehaltung einer für den Patienten schadlosen Lagerung während der Operation, wobei gemäß der Aufgabenteilung zwischen Chirurgen und Anästhesisten die letzteren zuständig sind (vgl. die Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung MedR 83, 21 und Weißauer MedR 83, 92 (95) sowie Opderbecke, Anästhesie und ärztliche Sorgfaltspflicht S. 63). Die technisch richtige Lagerung des Patienten auf dem Operationstisch und die Beachtung der dabei zum Schutz des Patienten vor etwaigen Lagerungsschäden einzuhaltenden ärztlichen Regeln sind nämlich Maßnahmen, die dem Gefahrenbereich des Krankenhauses und der Behandlungsseite zuzuordnen sind.

Sie sind vom Pflegepersonal und von den behandelnden Ärzten im Regelfall voll beherrschbar. Diese sind, anders als der Patient, in der Lage, den Sachverhalt in dieser Hinsicht aufzuklären.

Dabei macht es nach Auffassung des Senats keinen Unterschied, ob es sich um eine Operation in einer außergewöhnlichen Operationshaltung wie der sogenannten „Häschenstellung“ (vgl. BGH VersR 1984, 386 = NJW 84, 1403 und 85, 639 = NJW 85, 2192) handelt oder in der u. a. für abdominelle Eingriffe üblichen Rückenlage unter Auslagerung der Arme. Auch der letztere Fall ist nämlich von dem die Umkehrung der Darlegungs- und Beweislast rechtfertigenden Gesichtspunkt geprägt, daß der narkotisierte Patient zur Aufklärung des maßgeblichen Sachverhalts nichts beizutragen vermag, es vielmehr gemäß der Verpflichtung des Arztes zu der ihm möglichen umfassenden Gefahrausschaltung dessen Sache ist aufzuklären, warum sich Gefahren aus dieser „arzteigenen“ Risikosphäre verwirklichen konnten (Steffen, Neue Entwicklungslinien in der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht 3. Aufl. S. 116 f. BGH VersR 1984, 386 (387) = NJW 84, 1403 (1404). Daß in tatsächlicher Hinsicht in aller Regel von der Voraussetzung der Beherrschbarkeit lagerungsbedingter Gefahren ausgegangen werden kann, hat der Sachverständige Dr. M. eindrucksvoll dargelegt, worauf der Senat Bezug nimmt.

Welchen Beweiswert das LG der Schilderung des Bekl. zu 3 beigemessen hat, mag auf sich beruhen. Die bei dem Kl. eingetretene Schädigung des Nervus ulnaris kann nach dem ausführlichen, den Senat überzeugenden Gutachten des Sachverständigen Dr. M. nämlich nicht unmittelbar durch die Lagerung bei Beginn der Operation eingetreten sein, sondern ist nur als Auswirkung einer Kompression denkbar, die während einer gewissen Zeit andauert haben muß. In dieser Hinsicht vermag sich der Senat jedoch nicht davon zu überzeugen, daß die Bekl. zu 4 als zuständige Anästhesistin die ordnungsgemäße Lagerung des Arms des Kl. auf einer hinreichend gepolsterten Abduktionsschiene während der Operation von mehr als drei Stunden Dauer in der gebotenen Weise daraufhin überwacht hat, daß keine Lagerungsschäden eintreten konnten.

Auch ob die Lage des Arms des Kl. während der lange andauernden Operation mit den durch den Eingriff ausgelösten Erschütterungen des Körpers tatsächlich lückenlos auf schadlose Lagerung überwacht wurde, steht nicht fest. In dieser Beziehung sind Zweifel verblieben, die durch die Zeugenaussagen nicht ausgeräumt werden konnten“.

e. Die Fallgruppe im Hygienebereich:

Beispiel des BGH, Entscheidung vom 8.1.1991 - VI ZR 102/90 -, veröffentlicht in VersR 1991, 467: Zur Frage einer Haftung des Krankenhausträgers bei Infizierung der Operationswunde durch einen Keimträger aus dem Operationsteam.

„Bei der Kl. wurde am 1.9.1986 in dem von der Erstbekl. betriebenen Hospital in M. von dem dort als Chefarzt der Urologischen Abteilung tätigen Drittbekl. und dem ebendort als

Oberarzt tätigen Zweitbekl. eine sogenannte Wanderniere operativ fixiert. Am 2.9.1986 trat Fieber auf und entwickelte sich eine schwere Infektion der Operationswunde mit nachfolgendem Narbenbruch. Bis zum 14.9.1986 war die Kl. deshalb auf der Intensivstation. Am 15.10.1986 wurde sie zur ambulanten Weiterbehandlung durch den Hausarzt aus dem Krankenhaus entlassen. Am 2.6.1987 und nochmals im Oktober 1988 wurde in einer anderen Klinik jeweils erfolglos der Versuch unternommen, den Narbenbruch operativ zu verschließen. Die Kl. leidet bis heute unter dem Narbenbruch.

Die Kl. beehrte mit der Behauptung, die Komplikationen seien auf Behandlungsfehler bei der Operation am 1.9.1986 und nach Auftreten der Infektion sowie auf unzureichende hygienische Verhältnisse im Operationsraum und hernach im Krankenzimmer zurückzuführen, auch sei sie über das Risiko einer Wundinfektion nicht aufgeklärt worden, die Verurteilung der Bekl. zur Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes sowie die Feststellung einer Schadensersatzpflicht der Bekl. für sämtliche materiellen und immateriellen Schäden aus der Behandlung in dem Krankenhaus der Erstbekl.

Eine Haftung des Krankenhausträgers für die Infizierung der Operationswunde durch von einem Mitglied des Operationsteams ausgegangene Keime kommt hiernach **nur** in Betracht, wenn die Keimübertragung durch die gebotene hygienische Vorsorge hätte verhindert werden können.

Steht allerdings fest, daß die Infektion aus einem hygienisch beherrschbaren Bereich hervorgegangen sein muß, so hat der Krankenhausträger für die Folgen der Infektion sowohl vertraglich als auch deliktisch einzustehen, sofern er sich nicht dahin gehend zu entlasten vermag, daß ihn an der Nichtbeachtung der Hygieneerfordernisse kein Verschulden trifft, er also beweist, daß alle organisatorischen und technischen Vorkehrungen gegen von dem Operationspersonal ausgehende vermeidbare Keimübertragungen getroffen waren.

Insoweit gilt § 282 BGB analog. Zwar findet diese Beweisregel nach der Rechtsprechung des Senats im Bereich des ärztlichen Handelns im allgemeinen keine Anwendung. Die Vorgänge im lebenden Organismus lassen sich nicht so sicher beherrschen, daß ein Mißerfolg der Behandlung bereits den Schluß auf ein Verschulden zuließe (s. zuletzt Senat vom 18.12.1990 - VI ZR 169/90 = VersR 1991, 310 m. w. N.).

Anderes gilt jedoch, wo sich Risiken verwirklichen, die nicht vorrangig aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus erwachsen, sondern durch den Krankenhausbetrieb gesetzt werden und von dem Träger des Krankenhauses und dem dort tätigen Personal beherrscht werden können (s. zuletzt näher Senat vom 18.12.1990 aaO m. w. N.). Kommt es in diesem Bereich zu einem Schaden des Patienten, wäre es unbillig, den Patienten, der den Krankenhausbetrieb in den Einzelheiten nicht zu überschauen vermag, einer praktisch nicht behebbaren Beweisnot auszusetzen. Hier ist es vielmehr dem Krankenhausträger zuzumuten, sich zu entlasten. Diesem einer Beweislastumkehr zugänglichen Bereich ist die vermeidbare Keimübertragung durch ein Mitglied des Operationsteams zuzurechnen. Sie ereignet sich gegebenenfalls in der Sphäre des Krankenhausträgers. Dieser hat dafür zu sorgen, daß vermeidbare Keimübertragungen durch Operationsbeteiligte unterbleiben.

d) Da eine Haftung der Bekl. aus den dargelegten Gründen voraussetzt, daß die Infizierung der Operationswunde durch einen Keimträger aus dem Operationsteam bei Einhaltung der hygienischen Erfordernisse vermeidbar gewesen wäre, ist davon auszugehen, daß die Kl. eben dies als von ihr aufgegriffen den zu a wiedergegebenen Ausführungen der Sachverständigen entnommen sehen will.

4. Auch auf der Grundlage dieses Vorbringens scheidet die Klage jedoch an der von dem Berufungsgericht getroffenen Feststellung, daß sich eine Keimübertragung durch ein Mitglied des Operationsteams, wie sie hier zu der Wundinfektion der Kl. geführt hat, „auch bei

Anwendung der hygienischen Sorgfaltsmaßnahmen nicht immer vermeiden“ läßt. Gegenüber dieser Feststellung bleiben die Angriffe der Revision ohne Erfolg.

Die Feststellung, daß sich eine Wundinfektion durch ein Mitglied des Operationsteams auch bei Anwendung aller Hygienestandards „nicht immer“ vermeiden lasse, ist nicht völlig eindeutig. Sie schließt nicht zwangsläufig aus, daß die Infektion hier bei Einhaltung des hygienischen Standards vermieden worden wäre, und läßt die Frage, ob ein Keimtransfer unvermeidlicher oder vermeidlicher Art stattgefunden hat, letztlich offen.

Diese Unsicherheit muß indes nach allgemeinen Grundsätzen zu Lasten der Kl. gehen, da sie für einen haftungsrelevanten Sachverhalt darlegungs- und beweispflichtig ist. Sie hätte rechtzeitig die Behauptung aufstellen und (etwa durch ergänzende Anhörung des Sachverständigen Prof. N. oder weiteres Gutachten) unter Beweis stellen können, daß die Zahl der Fälle, in denen es trotz Wahrung der hygienischen Sorgfaltsanforderungen zu Wundinfektionen allgemeiner oder jedenfalls dieser Art durch von Mitgliedern des Operationsteams ausgehende Keime kommt, vernachlässigbar gering ist. Dieser Weg ist aber in der Berufungsinstanz nicht beschritten worden“.

BGH, Entscheidung vom 3.11.1981 - VI ZR 119/80 -, in VersR 1982,161: Unsterile Infusion:

„Wird ein Krankenhauspatient an seiner Gesundheit geschädigt, weil die ihm verabreichte Infusionsflüssigkeit bei oder nach ihrer Zubereitung im Krankenhaus unsteril geworden ist, dann muß der Krankenträger dartun und beweisen, daß der Fehler nicht auf einem ihm zuzurechnenden Organisations- oder Personalverschulden beruht *

Die Kl., über ihren Ehemann gesetzlich krankenversichert, wurde am 7.4.1975 in die von der Bekl. betriebene DiagnostikKlinik aufgenommen. Wegen

Verdachts auf Hyperkalzämie sollte bei ihr ein sog. Kyle-Test durchgeführt werden, wozu dem Patienten durch eine Infusion Calcium gluconicum in Lävuloselösung verabreicht wird. Am Abend des 8.4.1975 gegen 21.00 Uhr legte der diensthabende Assistenzarzt der Bekl., Dr. M., die Infusion bei der Kl. an. Etwa eine Stunde später traten bei dieser Schüttelfrost und hohes Fieber sowie Beklemmungs- und Schmerzbeschwerden in Magen, Brust und Rücken auf.

Der Kyle-Test wurde abgebrochen und die Kl., die einen septischen Schock erlitten hatte, intensiv ärztlich versorgt. Sie konnte am 19.4.1975 aus der Klinik entlassen werden. Ursache für den septischen Schock war eine Verunreinigung der Infusionslösung durch bacillus enterobacter aerogenes.

Mit Recht hat das Berufungsgericht eine Haftung der Bekl. für die der Kl. infolge der Verabreichung der unsterilen Infusionsflüssigkeit entstandenen Schäden bejaht....

Richtig geht das Berufungsgericht davon aus, daß die Bekl. für schuldhaftes Fehlverhalten ihres Krankenhauspersonals wegen Verletzung des auch zugunsten der Kl. geschlossenen Krankenhausvertrags einzustehen und auch für eine schuldhafte Körperverletzung der Kl. durch ihre Verrichtungsgehilfen deliktisch nach §§ 823 Abs. 1, 831 BGB zu haften hat. Die Voraussetzungen für eine solche Haftung hat es rechtsirrtumsfrei festgestellt.

a) Das Berufungsgericht stellt fest, daß für die Verunreinigung der Infusionslösung keine Herstellungsfehler und keine Lagerschäden der verwandten Ampullen in Betracht kommen. Die dagegen gerichteten Verfahrensrügen der Revision greifen nicht durch; von einer näheren Begründung hierzu wird gem. § 565a S. 1 ZPO abgesehen.

Mithin ist die Infusionslösung, die auf der Station im Krankenhaus der Bekl. von der diensthabenden Krankenschwester angesetzt wurde, erst bei ihrer Herstellung oder während

ihrer Lagerung im Stationszimmer bis zur Applikation bei der Kl. unsteril geworden. Das Verabreichen der unsterilen Lösung hat die Gesundheitsschädigung der Kl. bewirkt, wie weiter feststeht.

Damit ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer objektivfehlerhaften Herstellung der Infusionslösung im Organisationsbereich des bekl. Krankenhauses und der Körperverletzung der Kl. gegeben: Der Schaden beruht auf einem Fehler des in der Klinik der Bekl. hergestellten „Produkts“, das bei seiner medizinischen Anwendung bakteriell verseucht war. Fragen zur Beweislast für die Kausalität, wie sie das Berufungsgericht unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung zum schweren Behandlungsfehler erörtert hat, stellen sich nicht. b) Unter diesen Umständen war es, auch soweit es um die Haftung aus unerlaubter Handlung geht, nicht Sache der Kl. als der Geschädigten, sondern die des bekl. Krankenhauses, darzutun und zu beweisen, daß ihm kein (Organisations-)Verschulden oder zurechenbares Fehlverhalten eines Verrichtungsgehilfen zur Last fällt, das zu der bakteriellen Verseuchung der Infusionslösung geführt hat. Der Organisationsbereich, in dem diese Verseuchung entstanden ist, wird voll von dem bekl. Krankenhaus beherrscht, das alle erforderlichen Maßnahmen zu treffen hat, um solche Fehler zu vermeiden. Für diesen Risikobereich ist es ihm durchweg eher als dem geschädigten Patienten zuzumuten, die Vorgänge, die zu dem die Kl. schädigenden Geschehen geführt haben, aufzuklären. Der geschädigte Patient ist demgegenüber dazu in der Regel nicht in der Lage. Es wäre unbillig, ihn, der aufgrund eines objektiven Fehlers im Bereich des Krankenhauses bei der Heilbehandlung zu Schaden gekommen ist, in seiner praktisch nicht behebbaren Beweisnot zu belassen. Deshalb muß in solchen Fällen das Krankenhaus sowohl hinsichtlich der Organisation als auch der Anleitung und Überwachung des Personals seine Schuldlosigkeit dartun und beweisen (so schon Senatsurteil vom 9.5.1978 -VI ZR 81/77 = VersR 1978, 764 unter II. 1.; vgl. auch die ähnlichen Erwägungen zur Beweislastverteilung in der Rechtsprechung des Senats zur Produzentenhaftung: BGHZ 51, 91 (104 ff.) = VersR 69, 155 (159) und 80, 186 (196) = VersR 1981, 639 (642). c) Nach den Feststellungen des Berufungsgerichts hat das bekl. Krankenhaus nicht dartun können, daß es den Krankenhausbetrieb, was die ordnungsmäßige und hygienisch einwandfreie Herstellung von Infusionslösungen anbelangt, sorgfältig organisiert hat.

C. Zu den Beweiserleichterungen betreffend den Ursachenzusammenhang (= Kausalität):

Für die Fälle des groben Behandlungsfehlers hat sich zu Gunsten des Patienten die Annahme einer Beweislastumkehr, bezogen auf die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für den Primärschaden in der Rechtsprechung fest etabliert (vgl. zuletzt BGH Urteil vom 23.03.2004 AZ: VI ZR 428/02 sowie BGH Urteil vom 16.11.2004 AZ: VI ZR 328/03 – beide auf meiner Homepage). Diese Beweiserleichterung ist keine Beweissanktion für ärztliches Behandlungsverschulden, sondern Ausgleichung der durch den groben Behandlungsfehler zu Lasten des Patienten regelmäßig verschlechterten Beweissituation.

Zur Definition des „grogen Behandlungsfehlers“:

Generell ist ein Behandlungsfehler dann als „grob“ zu bewerten, wenn ein medizinisches Fehlverhalten vorliegt, das aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler dem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Die Feststellung grob fehlerhaften Verhaltens ist **stets** dann gerechtfertigt, wenn Verstöße gegen **elementare medizinische Behandlungsstandards** oder **elementare medizinische Erkenntnisse vorliegen**. Dafür kommt es **nur** darauf an, ob das ärztliche Verhalten **eindeutig** gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse und bewährte ärztliche Behandlungsregeln und Erfahrungen verstößt.

Die Beurteilung hat das gesamte Behandlungsgeschehen im Auge, sodass auch mehrere, für sich genommen nicht grobe Einzelfehler in der erforderlichen **Gesamtwürdigung** einen „groben Behandlungsfehler“ begründen können. Es ist daher wichtig, dem gerichtlichen Sachverständigen oder medizinischen Privatgutachter, die Frage zu stellen, ob ein Verstoß gegen **elementare medizinische Erkenntnisse** oder **elementare Behandlungsstandards** zu erkennen sind

Hat der Patient den Beweis eines Sachverhaltes geführt, der die Bewertung eines Behandlungsfehlers als „grob“ trägt, wird im Ergebnis – als Folge der Umkehr der Beweislast – zu Lasten der Behandlungsseite ein Kausalzusammenhang zwischen „grobem Behandlungsfehler“ und primärer Körperschädigung vermutet (vgl. zuletzt BGH Urteil vom 23.03.2004 AZ: VI ZR 428/02 sowie BGH Urteil vom 16.11.2004 AZ: VI ZR 328/03 – beide auf meiner Homepage).

Liegt ein grober Behandlungsfehler, trifft die Beweislast den schädigenden Arzt bzw. das schädigende Krankenhaus. Diese müssen dann beweisen, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit dieselben Körperschäden zum selben Zeitpunkt im selben Umfang eingetreten wären. Ein solcher Beweis kann nicht geführt werden.

Erforderlich ist nicht, dass der „grobe Behandlungsfehler“ die einzige Ursache für den Schaden war. Beim „groben Behandlungsfehler“ reicht für die Annahme einer Beweislastumkehr aus, dass der Behandlungsfehler **generell** geeignet ist, den eingetretenen Primärschaden zu verursachen, wahrscheinlich braucht der Eintritt eines solchen Erfolges **nicht** zu sein (vgl. BGH Urteil vom 27.04.2004 AZ: VI ZR 34/03, BGH Urteil vom 16.11.04 AZ: VI ZR 328/03).

Erst wenn auch eine bloße Mitursächlichkeit des „groben Behandlungsfehlers“ für den eingetretenen Schaden äußerst unwahrscheinlich ist, erscheint eine Beweisbelastung der Behandlungsseite nicht mehr gerechtfertigt. Wirken mehrere möglichen Ursachen nicht abgrenzbar im Sinne einer Gesamtkausalität zusammen, ist es geboten, die durch den Behandlungsfehler geschaffene Unklarheit im Ursachenzusammenhang den für den Behandlungsfehler verantwortlichen Personen anzulasten.

I. Zur Fallgruppe der groben Diagnosefehler:

In Betracht stehen Diagnoseirrtümer, die aus objektiver Sicht mehr verständlich erscheinen und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen dürfen. Solche sind beispielsweise gegeben, wenn die Kenntnis der richtigen Diagnose grundlegend ist, weil sie zum medizinischen Basiswissen eines Arztes derselben Fachrichtung gehört oder wenn von einem zugezogenen Arzt ein ausdrücklich mitgeteilter Befund verkannt wird.

1. LG München I, veröffentlicht in VersR 2004, 649:

„Kardiale Beschwerden eines Notfallpatienten deuten am ehesten in Richtung Herzinfarkt oder Angina pectoris. Bei diagnostischen Zweifeln muss der Arzt immer den bedrohlichsten Zustand annehmen und danach vorgehen. Das Landgericht München ging von einem groben Behandlungsfehler aus“.

2. OLG Hamm, veröffentlicht in VersR 2002, 578:

„Auch unter Beachtung des dem Arzt bei der Diagnose zustehenden Beurteilungsspielraums liegt dann ein grober Diagnosefehler vor, wenn das diagnostische Vorgehen und die Bewertung der durch diagnostische Hilfsmittel gewonnenen Ergebnisse für einen gewissenhaften Arzt nicht mehr vertretbar erscheinen. Wenn die Arbeitshypothese eines bronchial Karzinoms zu stellen ist, muss ihr bis zum Ausschluss nachgegangen werden“.

3. **Beispiel des OLG Düsseldorf, veröffentlicht in VersR 2000, 853:**
„Säugling – großer Kopfumfang – Augentiefstand – keine Einweisung in Klinik wegen Verdacht auf Hydrozephalus – grob fehlerhaft“.
4. **Beispiel der Entscheidung OLG Stuttgart, veröffentlicht in NJW-RR 1997, 1114:**
„Meningitis verkannt bei Kleinkind“.
5. **Beispiel des OLG Celle, veröffentlicht in VersR 1998, 54:**
„Fehlstellung nach Luxationsfraktur des oberen Sprunggelenkes auf Röntgenaufnahme übersehen – grob fehlerhaft“.
6. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in NJW-RR 1997, 1117:**
„Kleinkind – hochfieberhaft seit Tagen – kein Gleichgewicht – Störung der Bewegungsabläufe – Meningitis verkannt – grob fehlerhaft“.
7. **Beispiel des OLG Köln, veröffentlicht in VersR 1993, 190:**
„Vorderfußprellung / Wadenschmerz – Venenthrombose verkannt (keine Phlebographie) – grob fehlerhaft“.
8. **Beispiel des OLG Frankfurt, veröffentlicht in VersR 1992, 578:**
„Sprunggelenksdistorsion – Sudeck-Symptomatik verkannt – grob fehlerhaft“.
9. **Beispiel des OLG Hamm, veröffentlicht in VersR 1988, 601:**
„Blinddarmentzündung im Kindesalter – klassische Symptome verkannt“.
10. **Beispiel des OLG Celle, veröffentlicht in VersR 1987, 941:**
„Symphysenruptur nach Reitunfall – Röntgenaufnahmen verkannt“.

II. Grobe Behandlungsfehler durch Nichterheben bzw. nicht ausreichendes Erheben von Diagnose- und Kontrollbefunden:

1. **Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1989, 701:**
„Schultergelenksprengung – keine gehaltene Röntgenaufnahme – grob fehlerhaft“.
2. **Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1987, 408:**
„Sprunggelenksfraktur / Osteomyelitis – keine Wundinspektion trotz alarmierenden Temperaturanstieg“.
3. **Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1998, 1585:**
„Meningeom (= Geschwulst) der Halswirbelsäule – Lähmung beider Beine – keine Prüfung durch Kernspintomographie“.
4. **Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1983, 983:**
„Bandscheibenprolaps – Lähmungserscheinungen im Bein – keine Prüfung auf Gefäßverschluss“.
5. **Beispiel des Kammergerichts, veröffentlicht in VersR 1991, 928:**
„Fingerweichteilverletzung – tiefe Wundinfektion – verspätete Erregerbestimmung, Antibiotikumslücke“.
6. **Beispiel des OLG Frankfurt, veröffentlicht in VersR 1992, 578:**
„Sprunggelenksdistorsion – Schmerzen / Schwellung in Wade – Anzeichen für beginnendes Sudeck-Syndrom – keine Diagnostik und Therapie“.
7. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in VersR 1988, 603:**
„Meniskuseingriff / Gips – postoperativ Schmerzen / Schwellung / Fieber – Sudeck-Syndrom – Wundrevision / Labor verspätet“.

8. Beispiel des OLG Hamm, veröffentlicht in VersR 2000, 323:

„Infektion nach Punktion des Kniegelenks – Röntgen / Serologie / Bakteriologie des Punkts unterlassen – grob fehlerhaft“.

9. Beispiel des OLG Stuttgart, veröffentlicht in VersR 1989, 199:

„Unterarmfraktur, offene Durchspießung / Gipsschiene – Gasbrandinfektion – keine rechtzeitige Diagnostik auf Kompartmentsyndrom / keine engmaschige Überwachung erkannter Wundinfektion“.

10. Beispiel des OLG Düsseldorf, veröffentlicht in VersR 1989, 190:

„Oberarmfraktur / fragliche Arterienläsion – Hinweise auf Durchblutungsstörungen – keine gezielte Diagnostik (Dopplerschall / Angiographie)“.

11. Beispiel des OLG Brandenburg, veröffentlicht in VersR 2000, 489:

„Operative Entfernung der Gallenblase bei Verwachsungen – keine Kolangiographie – Durchtrennung des Hauptgallenganges (Duktus choledochus)“.

12. Beispiel des OLG Koblenz, veröffentlicht in VersR 1988, 41:

„Magenoperation – trotz ausgeprägter Symptomatik für innere Blutung keine weiterführende Diagnostik“.

13. Beispiel des OLG Düsseldorf, veröffentlicht in VersR 1986, 64:

„Verdachtsdiagnose Mammakarzinom – Probeexzision wegen Gruppenkalk – Entnahme an falscher Stelle – keine Sicherung der Identität von entnommenem und untersuchtem Gewebe“.

14. Beispiel des OLG Celle, veröffentlicht in VersR 1985, 1047:

„Arthroskopie – trübe Gelenkflüssigkeit – keine Erregerbestimmung“.

15. Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in VersR 1994, 1241:

„Thromboseverdacht – Phlebographie unterlassen“.

16. Beispiel des OLG Hamm, veröffentlicht in VersR 1999, 622:

„Thrombosebehandlung - Heparininfusion – keine engmaschige Kontrolle der Gerinnungsparameter – Kopfschmerzen und Sehstörungen nicht unverzüglich abgeklärt – grob fehlerhaft“.

17. Beispiel des OLG Köln, veröffentlicht in VersR 1999, 491:

„Harnabflussstörung – Nierenstein im Harnleiter – keine weiterführende Diagnostik – grob fehlerhaft“.

III. Grobe konkrete Therapiefehler:

Im Therapiebereich kommen in Betracht Behandlungsmaßnahmen oder -unterlassungen bis zur Untätigkeit, die eindeutig gegen anerkannte und gesicherte medizinische Sollstandards verstoßen.

1. OLG Hamm, veröffentlicht VersR 2004, 516:

„Die Verabreichung von zweimal fünftausend Einheiten pro Tag konventionellem Heparin zur Thromboseprophylaxe nach einem offenen Unterschenkelbruch blieb 1994 hinter dem medizinischen Standard von dreimal fünftausend Einheiten pro Tag zurück und kann einen groben Behandlungsfehler begründen“.

2. Beispiel des OLG Hamm, veröffentlicht in VersR 1990, 1120:

„Thrombose der Vena subclavia – akute Venensperre – falsche Medikation (keine Phlebographie)“.

3. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in VersR 1995, 218:**
„Kompartmentssyndrom – Facienspaltung verspätet nach ein bis zwei Stunden – grob fehlerhaft“.
4. **Beispiel des OLG Düsseldorf, veröffentlicht in VersR 1995, 785:**
„Thromboseprophylaxe nach Extremitätenoperation unterlassen – grob fehlerhaft“.
5. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in NJW E-VHR 1997, 111:**
„Intraoperative Teildurchtrennung eines Nervs – Primärnaht unterlassen – grob fehlerhaft“.
6. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in VersR 1995, 1237:**
„Bruch des Mittelhandknochens – Ruhigstellung der Finger in Streckstellung – keine Korrektur – grob fehlerhaft“.
7. **Beispiel des Kammergerichts, veröffentlicht in VersR 1991, 928:**
„Fingerweichteilverletzung – tiefe Wundinfektion – Gabe von Antibiotika und spezifische Erregerbestimmung verspätet“.
8. **Beispiel des OLG Düsseldorf, veröffentlicht in VersR 2000, 1019:**
„Eiterhöhle im Kniegelenk – chirurgische Sanierung – Verzögerung um zwei Tage – grob fehlerhaft“.
9. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in VersR 1988, 603:**
„Meniskusoperation – lokale Wundinfektion – unzulängliche Nachsorge (Wundinspektion / Labor verspätet) – Sudeck-Syndrom“.
10. **Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 2000, 1146:**
„Angestellte Hebamme verkennt eindeutig pathologisches CTG – grob fehlerhaft“.
11. **Beispiel des OLG München, veröffentlicht in OLGR 2000, 34:**
„Verschlechterung des Allgemeinzustands – Pflegepersonal verständigt Arzt nicht – grob fehlerhaft“.
12. **Beispiel des OLG Oldenburg, veröffentlicht in VersR 1997, 749:**
„Nachblutung nach Mandeloperation – Pflegepersonal verständigt den Arzt nicht – grob fehlerhaft“.

IV. Zur groben therapeutischen Sicherungsaufklärung:

Beispiel BGH, Urteil vom 16.11.2004, VI ZR 328/03:

„Beim Kläger lag eine beginnende Glaskörper-Abhebung als Vorstufe einer Netzhautablösung nahe und die Beklagte hatte dies erkannt. Sie war infolge dessen verpflichtet, dem Kläger ihre Erkenntnis ebenso wie ihren Verdachten bekannt zu geben. Dementsprechend hatte die Augenärztin den Kläger im Rahmen der ihr obliegenden therapeutischen Aufklärungspflicht (sog. Nachsorge) darauf hin zu weisen, er müsse bei vorschreitenden Symptomen sofort einen Augenarzt einschalten und im Übrigen alsbald den Befund überprüfen lassen, damit der Kläger mögliche Heilungschancen wahrnehmen konnte. Das hatte die Beklagte versäumt. In dieser unterlassenen therapeutischen Aufklärung (sog. Nachsorge) ist ein grober Behandlungsfehler zu sehen“.

V. Zu den groben Organisationsfehlern:

Im Bereich des Geburtsschadensrechts spielen grobe ärztliche Organisationsfehler eine wichtige Rolle. Es ist festzustellen, dass die Gerichte in Geburtsschadenfällen grobe Organisationsfehler in der Regel bejahen (vgl. hierzu auch meinen Aufsatz zum Geburtsschadenrecht auf meiner Homepage: www.ratgeber-arzthaftung.de).

1. **Beispiel des OLG Braunschweig, veröffentlicht in VersR 1999, 191:**
„Beteiligung an Notversorgung – Rufbereitschaft statt einsatzfähigem Operationsteam – grober Behandlungsfehler“.
2. **Beispiel des OLG Köln, veröffentlicht in VersR 1997, 1404:**
„Belegkrankenhaus – Einstellung von ungeeignetem Pflegepersonal“.
3. **Beispiel des OLG Hamm, veröffentlicht in VersR 1997, 1403:**
„Riesenkind 5.270 Gramm – Schulterdystokie – Geburtsleitung durch unerfahrenen Assistenzarzt ohne ausreichenden Hintergrunddienst“.

VI. Herleitung eines groben Behandlungsfehlers durch eine 3-stufige Argumentation:

Dem Patienten kann bereits unterhalb der Schwelle zum „groben Behandlungsfehler“ für das Kausalitätsband zum Primärschaden eine Beweiserleichterung zu Gute kommen. Eine solche Beweiserleichterung greift aber nur dann Platz, wenn

- gebotene Befunde nicht ausreichend erhoben oder gesichert wurden,
- der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein (medizinisch) positives und deshalb aus medizinischer Sicht reaktionspflichtiges Ergebnis gehabt hätte.
- Weitere Voraussetzung ist, dass das Unterlassen der Reaktion auf einen solchen feststellbaren Befund die Wertung eines „groben Diagnosefehlers oder „groben Therapiefehlers“ zulässt, was der Regelfall sein dürfte (vgl. den Aufsatz von Ruth Schultze-Zeu in VersR 2000,465 ff. mwN).

Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1999, 1282:

„Die Klägerin wurde nach einem Unfall in das Krankenhaus des Beklagten eingewiesen. Dort wurden eine Unterschenkeltrümmerfraktur sowie eine Etagenfraktur des rechten Beines festgestellt. Die Verletzungen waren entzündet und eiterten. Das beklagte Krankenhaus unterließ es, einen Abstrich zu machen. Erst mehrere Monate später wurde bei der Klägerin eine Knochenentzündung (Ostitis) festgestellt. Folge der späteren Entdeckung der Knochenentzündung war, dass die Klägerin zu späte eine Folgeoperation durchführe und über 3 ½ Jahre an den Rollstuhl gefesselt war. Auch nach Ausheilung der Knochenentzündung litt sie weiter an einer erheblichen Beinverkürzung. Der BGH stellte hier fest, dass die Unterlassung des Wundabstriches für sich genommen zwar nicht einen groben Behandlungsfehler darstellt. Er erklärte jedoch, dass das Nichterkennen des zu Gunsten der Klägerin vermuteten reaktionspflichtigen Befundes, nämlich das Vorliegen der Knochenentzündung bereits während des Krankenhausaufenthaltes, einen fundamentalen und damit groben Diagnosefehler darstellen würde. Der BGH kam daher zu dem Ergebnis, dass das Vorliegen des groben Diagnoseverschuldens des beklagten Krankenhauses zu einer Beweislastumkehr hinsichtlich der Kausalität zu Gunsten der Klägerin führte.“

Weiteres Beispiel des BGH, veröffentlicht in VersR 1999, 231:

„Der Kläger litt nach einem Sturz auf das Gesäß unter starken Kopfschmerzen und erbrach teilweise Blutuntermischtes. Er wurde in das Krankenhaus des Beklagten eingewiesen. Dieser versäumte eine computertomographische Untersuchung. Später wurde eine Subarachnoidalblutung (Blutung unter der Spinnwebhaut im Gehirn) festgestellt. Der Kläger leidet nunmehr an teilweiser Lähmung und Gehbehinderung. Hier konstatiert der BGH Folgendes: Wäre vorliegend eine computertomographische Untersuchung durchgeführt worden, so hätte man beim Kläger die Verletzung des Blutgefäßes unterhalb der Spinnwebhaut festgestellt. Das Nichtreagieren auf diesen Befund wäre grob fehlerhaft gewesen, sodass das beklagte Krankenhaus die fehlende Ursächlichkeit der unterlassenen Befunderhebung für die beim Kläger eingetretene Lähmung und Gehbehinderung beweisen müsse. Das beklagte Krankenhaus könne diesen Beweis nur führen, wenn es nachgewiesen habe, dass ein solcher Kausalzusammenhang ausgeschlossen oder jedenfalls als ganz unwahrscheinlich anzusehen ist.“

BGH Urteil vom 23.03.2004, AZ: VI ZR 428/04:

*„Die Klägerin begehrt Schadenersatz wegen behaupteter ärztlicher Behandlungsfehler. Am 26.10.1989 wurde ihr ein Herzschrittmacher eingesetzt. Am 7.10.1996 entnahm der Beklagte ... einem EKG, dass die Indikation zum Austausch bestand. In Absprache mit der Klägerin vereinbarte er einen Austauschtermin Für den 9.10.1996. Beim Warten auf die Operation brach die Klägerin ... zusammen und musste reanimiert werden. Sie erlitt ein apallisches Syndrom... **Die Klägerin hatte geltend gemacht, dass der Beklagte, dem nicht bekannt war, seit wann der vom ihm festgestellte Zustand der Batterieerschöpfung (des Herzschrittmachers) schon andauerte, eine sofortige Herzschrittmacherkontrolle habe***

vornehmen müssen, da er nur so den Zustand des Aggregats zuverlässig habe beurteilen können.....“.

Hier hatte es das Berufungsgericht unterlassen zu prüfen, ob, unterstellt eine sofortige Überprüfung der Batteriekapazität hätte stattgefunden, hinreichend wahrscheinlich eine schwacher Batteriezustand festgestellt worden wäre. Bejahendenfalls könnte die Klägerin nämlich einen **groben Behandlungsfehler** nachweisen. **Das nicht sofortige Austauschen eines Herzschrittmachers, dessen Batterie bereits schwach ist, stellt jedenfalls einen groben Behandlungsfehler dar. Bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers müsste die Klägerin nicht mehr die Ursache für ihren Zusammenbruch beweisen. Es bräuchte dann nicht mehr geklärt werden, ob Ursache für ihren Zusammenbruch**

- ein Versagen des Herzschrittmachers oder
- ein Kammerflimmern war.

Vielmehr müsste der Beklagte bei Vorliegen eines **groben Behandlungsfehlers** dann beweisen, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Klägerin auch dann einen Zusammenbruch erlitten hätte, wenn sofort, also am 7.10.1996, der Herzschrittmacher durch einen neuen ersetzt worden wäre.

Der BGH hatte diesen Rechtsstreit zur Klärung der o.g. Frage an das OLG Bamberg zurück verwiesen.

E. Zur Beweislastleichterung bei Aufklärungsfehlern:

Macht der Patient Aufklärungsfehler des behandelnden Arztes oder Krankenhauses geltend, so braucht er nichts beweisen. Es genügt, dass er vorträgt bzw. behauptet, vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus weder über den Eingriff noch über die damit verbundenen Risiken noch über bestehende alternative Behandlungsmethoden aufgeklärt worden zu sein. Behauptet er dieses, so **muss** der behandelnde Arzt bzw. das behandelnde Krankenhaus beweisen, dass er/es den Patienten umfassend und ordnungsgemäß aufgeklärt hat. Gelingt dem Arzt oder Krankenhaus dieser Beweis nicht, dann stehen dem Patienten Ansprüche auf Schmerzensgeld und Schadensersatz sowie der gesetzlichen Krankenversicherung Ansprüche auf Schadensersatz gegen den schädigenden Arzt bzw. das schädigende Krankenhaus zu.

In der Tat verhält es sich so, dass das Vorliegen von Aufklärungsfehlern genügt, um gegenüber dem schädigenden Arzt bzw. gegenüber dem schädigenden Krankenhaus Schadensersatzansprüche geltend zu machen. Das Vorliegen von Behandlungsfehlern ist **nicht** daneben erforderlich.

Im Klartext: Aufklärungsfehler reichen völlig aus, um Schadensersatzansprüche gegen den schädigenden Arzt oder das schädigende Krankenhaus geltend zu machen!

In der Tat verhält es sich so, dass die meisten Arzthaftungsprozesse aufgrund von Aufklärungsfehlern gewonnen werden!

Da Aufklärungsfehler eine große Chance für geschädigte Patienten und deren gesetzliche Krankenkassen darstellen können, stelle ich nachfolgend die einzelnen Aufklärungsfehlergruppen anhand neuerer Gerichtsentscheidungen da.

Eine ordnungsgemäße Aufklärung setzt folgendes voraus:

1. Eine Beschreibung des bevorstehenden Eingriffes,
2. eine Aufklärung über bestehende Behandlungsalternativen,
3. eine Aufklärung über sämtliche mit dem Eingriff verbundene Risiken,

4. eine Aufklärung über den Umfang der Erfolgchancen **und des Misserfolges** des beabsichtigten Eingriffs,
5. eine Aufklärung über die Dringlichkeit des Eingriffs,
6. eine rechtzeitige Aufklärung.

Nur wenn der behandelnde Arzt den Patienten **über sämtliche der oben genannten Punkte** aufgeklärt hatte und die Aufklärung auch rechtzeitig war, liegt eine ordnungsgemäße Aufklärung vor. Diese ist Grundlage sowie Voraussetzung für die wirksame Einwilligung des Patienten in den beabsichtigten Eingriff regelmäßig. War hingegen die Aufklärung nicht ordnungsgemäß, konnte der Patient auch nicht wirksam in die beabsichtigte Behandlung einwilligen. Die ärztliche Behandlung stellt dann eine rechtswidrige, fahrlässige Körperverletzung dar, welche regelmäßig Schmerzensgeld und Schadenersatzansprüche zur Folge hat (vgl. §§ 823 Abs. 1, 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 229 StGB).

Zu den einzelnen Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Aufklärung:

I. Aufklärung über den eigentlichen Eingriff:

Zuerst ist zu prüfen, ob der Patient über den bevorstehenden Eingriff aufgeklärt wurde. Hierzu gehört z.B. die Beschreibung der Operationsmethode sowie die Beschreibung über die postoperative Behandlung.

II. Aufklärung über den Eingriff und die Behandlungsalternativen:

Die nachfolgenden drei Urteile werden beispielhaft vorgestellt:

1. BGH, Urteil vom 14.9.2004, VI ZR 186/03
2. OLG Düsseldorf, Urteil vom 13.2.03, 8 U 41/02, in VersR 2005, 230;
3. OLG Hamm, Entscheidung vom 1.12.2003, 3 U 128/03

III. Zur ordnungsgemäßen Risikoaufklärung:

Vor Beginn einer ärztlichen Behandlung muss der Arzt dem Patienten einen Überblick über sämtliche mit dem Eingriff verbundenen Gefahren verschaffen. Damit sind dauerhafte oder vorübergehende nachteilige Folgen eines Eingriffs gemeint, die sich auch bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt nicht immer ausschließen lassen. Entscheidend für die ärztliche Aufklärungspflicht ist **nicht** ein bestimmter Grad der Risikoverwirklichung, insbesondere nicht eine bestimmte Statistik. **Können im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Eingriff, Dauerschäden, wenn auch sehr selten auftreten, ist der Patient über diese seltenen Risiken aufzuklären, wenn sie bei ihrer Verwirklichung die Lebensführung des Patienten stark belasten würden.**

Die Einwilligung des Patienten erstreckt sich regelmäßig **nur** auf Risiken, die auch bei Einhaltung der gebotenen Sorgfalt nicht vermieden werden können. **Verletzt der Arzt jedoch im Rahmen der Behandlung aufgrund einer Sorgfaltspflichtverletzung den Patienten, so wird diese Körperverletzung **nie** von der zuvor abgegebenen Einwilligung des Patienten abgedeckt sein.**

Hinweis: Der Arzt muss über sämtliche, auch seltene, Risiken, die auch bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt auftreten können, den Patienten aufklären.

IV. Aufklärung über die Erfolgchancen des beabsichtigten Eingriffs:

Die Aufklärung des Patienten darf sich nicht auf das Risikopotential der beabsichtigten zahnärztlichen Maßnahme beschränken. Vielmehr muss der Patient auch darüber aufgeklärt

werden, in welchem Umfang die Maßnahme möglicherweise trotz Einhaltung der gebotenen ärztlichen Sorgfaltspflicht Scheitern kann, z.B. bei geplanten kosmetischen Eingriffen. Erst wenn der Patient den Nutzen des Eingriffs und die Wahrscheinlichkeit seiner Realisierung einzuschätzen weiß, kann er eine wirksame Zustimmung abgeben¹.

Die nachfolgenden zwei Urteile werden beispielhaft vorgestellt:

1. Kammergericht, Entscheidung vom 15.12.2003, 20 U 105/02, KG-Report 2004, 212
2. OLG Koblenz, VersR 2004, 1564.

V. Aufklärung über die Dringlichkeit des Eingriffs:

Kann eine Maßnahme noch aufgeschoben werden, so muss der Patient auch darüber aufgeklärt werden. Dem Arzt obliegt es in diesem Fall, die Vor- und Nachteile des sofortigen Tätigwerdens einerseits und die Vor- und Nachteilen des Abwartens darzustellen.

VI. Zur Rechtzeitigkeit der Aufklärung:

Die Rechtsprechung verlangt, dass der Patient über den beabsichtigten Eingriff so rechtzeitig unterrichtet wird, dass er die Vor- und Nachteile des Eingriffs selbst abwägen und damit wirksam seine Einwilligung erteilen kann. Im ambulanten Bereich genügt grundsätzlich, dass die Aufklärung am Tag des Eingriffs erfolgt.

Bei bevorstehender stationärer Behandlung ist eine Aufklärung erst am Tag des Eingriffs hingegen grundsätzlich verspätet (vgl. BGH-Urteil vom 25. März 2003, VI ZR 131/02, das dargestellt wird).

VII. Nachweis der Aufklärung sowie Beweislast:

Der Arzt trägt regelmäßig die Beweislast dafür, dass er den Patienten umfassend und ordnungsgemäß (vgl. **die Punkte I. bis VI.**) aufgeklärt hat. Der Patient braucht lediglich zu behaupten, dass die Aufklärung des Arztes nicht ausreichend war. Um eine ordnungsgemäße Aufklärung zu beweisen, genügt es in der Regel nicht, wenn der Arzt eine vom Patienten unterschriebene Einwilligungserklärung vorlegt. Die Aushändigung und Unterschreibung von Aufklärungsbögen und Merkblättern ersetzen **nicht** das erforderliche Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient. Eine ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten setzt zwingend ein umfassendes Gespräch zwischen Arzt und Patient voraus². Die Existenz einer unterschriebenen Einwilligungserklärung des Patienten kann nur ein widerlegbares Indiz dafür sein, dass überhaupt ein Aufklärungsgespräch stattgefunden hat.

Berlin, den 8. Mai 2005

Dr. Ruth Schultze-Zeu,

Spezialistin für Arzthaftungs- und Geburtsschadensrecht

www.ratgeber-arzthaftung.de

¹ Dr. Markus Gehrlein a.a.O.

² Dr. Markus Gehrlein a.a.O.