

Arzthaftung – Teil B

Spezielle Rechtsgebiete der Gesundheitswirtschaft: Medizinrecht
Dr. Eva Rütz, LL.M. (Partnerin / Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH)

Stand November 2017

**© FOM Hochschule für Oekonomie und Management
gemeinnützige Gesellschaft mbH (FOM), Leimkugelstraße 6, 45141 Essen**

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt und nur für den persönlichen Gebrauch im Rahmen der Veranstaltungen der FOM bestimmt.

Die durch die Urheberschaft begründeten Rechte (u.a. Vervielfältigung, Verbreitung, Übersetzung, Nachdruck) bleiben dem Urheber vorbehalten.

Das Werk oder Teile daraus dürfen nicht ohne schriftliche Genehmigung der FOM reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Teil A: Materielles Arzthaftungsrecht

Teil B: Arzthaftungsprozess

B. Arzthaftungsprozess

- I. Einleitung**
- II. Einfluss des Patientenrechtegesetzes**
- III. Spezielle Beweisverteilung**

I. Einleitung

- Begriff „*Darlegungs- und Beweislast*“
- Richter hat für ein faires Verfahren zu sorgen
 - **Problem:** Informationsgefälle
- „*Jeder hat das für ihn Günstige zu beweisen*“
- **Aber:** Möglichkeit der Beweislastumkehr
- Tatsache wird von der Gegenseite nicht bestritten → Zugeständnis, § 139 ZPO
- Besonderheiten im Arzthaftungsprozess
 - Geringere Anforderungen an Patientenseite (Beseitigung von Ungleichgewicht → Herstellung von sog. „*prozessualer Waffengleichheit*“)
 - Besondere Bedeutung des Sachverständigengutachtens

I. Einleitung

- Gem. § 348 Abs. 1 Nr. 2e ZPO grds. Zuständigkeit der Kammer des Landgerichts
- Für das Gericht zur Aufklärung des Sachverhaltes notwendig, vorhandene Krankenunterlagen hinzuzuziehen
- Pflicht zur subjektiven Wahrhaftigkeit gem. § 138 Abs. 1 ZPO
- Nicht beweispflichtige Partei trifft eine **Substantiierungslast**
 - Maßvolle und verständige Anforderungen
- Grundsatz von Treu und Glauben haben eine Verpflichtung der nicht beweisbelasteten Partei zur Folge, dem Gegner bestimmte Informationen zur Erleichterung seiner Beweisführung zu ermöglichen

II. Einfluss des Patientenrechtegesetzes

- **Vorab:** Bloßer Versuch der Kodifizierung zum Teil jahrzehntelanger Rechtsprechungspraxis des Bundesgerichtshofes durch das Patientenrechtegesetz
- **Gesetzesbegründung:** Erweiterung der Patientenrechte ausdrücklich nicht beabsichtigt, d.h. v.a. keine allgemeine Beweislastumkehr im Arzthaftungsprozess (war politische Forderung)
- **Grundsätze der Beweislastverteilung**
 - Patient muss beweisen:
 - Abschluss Behandlungsvertrag
 - Fehlerhafte Behandlung
 - Schaden
 - Ursächlichkeit der fehlerhaften Behandlung für den Schaden

III. Spezielle Beweislastverteilung

- 1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB**
- 2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB**
- 3. Dokumentationspflicht, § 630h Abs. 3 BGB**
- 4. Anfängerfehler, § 630h Abs. 4 BGB**
- 5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB**

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

- Vermutung von Behandlungsfehler, wenn
 - sich allgemeines Risiko verwirklicht,
 - dieses für Behandelnden (objektiv) voll beherrschbar war (hier scheitert es zumeist),
 - zur Verletzung von Leben/Körper/Gesundheit des Patienten geführt hat
- Stellt **keine** allgemeine Beweislastumkehr dar (entgegen der Auffassung vieler Patientenvertreter)
- Anwendungsfälle: Einsatz/Betrieb medizinisch-technischer Geräte, Hygienemängel, Verrichtungssicherheit des Pflegepersonals
- Behandlungsseite hat dann die Vermutung der objektiven Pflichtverletzung zu widerlegen

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

- **Voll beherrschbarer Bereich:** Aus der Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens, insbesondere dem technisch-apparativen Sektor
 - Risiken, die nach dem Erkennen mit Sicherheit ausgeschlossen werden können
- **Problematisch:** Warum spricht Wortlaut des § 630h Abs. 1 BGB von einem „allgemeinen“ Behandlungsrisiko?
 - Mögliche Erklärung: Kein Erfordernis der konkreten Vermeidbarkeit, sondern Zuordnung des Risikos zu dem Herrschafts- und Organisationsbereich des Behandelnden entscheidend
 - Müsste aber auch spezielle Behandlungsrisiken umfassen
 - Laut Gesetzesbegründung war keine Differenzierung beabsichtigt

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

- Bezieht sich nicht auf Kausalitätsfragen → Ursachenzusammenhangs zwischen Fehler und Gesundheitsschaden muss weiterhin Patient beweisen
 - **Ausnahme:** Grobe Organisationspflichtverletzungen

- Behandlungsseite steht Führung des Gegenbeweises offen
 - Nachweis, dass Behandlungsfehler nicht vorliegt oder dass nicht ihrem Risikobereich zugehörige, bei der Operationsplanung nicht erkennbare Umstände vorlagen, die ebenfalls zu der Schädigung geführt haben könnten

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

- Einsatz medizinisch-technischer Geräte

- **Insbesondere:** Fehlfunktionen medizinischer Geräte
- Aufgabe der Behandlungsseite, dass durch eingesetzte Geräte keine Gefahren entstehen
- Hohe Anforderungen an Sicherheits- und Kontrollvorkehrungen
 - Müssen Erkenntnisstand der med. Wissenschaft entsprechen
 - Regelmäßige Wartung
 - Regelmäßige Fortbildungen
 - Fortlaufende Überwachung

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

- Einsatz medizinisch-technischer Geräte

- Behandelnder übernimmt keine Garantie für das fehlerfreie Funktionieren
- Keine Haftung bei unerkannten Herstellungsfehlern (Produktionshaftungsrisiko) → Haftung des Herstellers
- Keine verschuldensunabhängige Haftung
- Haftung des Behandelnden nur bei vermeidbarer Fehlfunktion des Gerätes

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

▪ Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens

- Voll beherrschbar, wenn nicht von konkreten Patienten und Unberechenbarkeit des individuellen Organismus abhängig
- Auch Einsatz und Eignung der angewendeten Materialien
- Gewährleistung der Hygiene
 - Keimfreiheit unmöglich, deswegen nur, wenn sich Infektion typischerweise aus Hygienemängeln ergibt und somit vermeidbar war
 - Wenn Mitarbeiter Keimüberträger war, hat Behandlungsseite selbst bei fehlender Erkennbarkeit Beweislast
- Bei mangelnder ärztlicher Besetzung innerhalb einer OP Fehlervermutung

III. Spezielle Beweislastverteilung

1. Grundsatz des sog. „voll beherrschbaren Risikos“, § 630h Abs. 1 BGB

- **Organisation und Koordination des Behandlungsgeschehens**

- **Lagerungsschäden**

- **Ausnahme:** Wenn sie aufgrund einer seltenen körperlichen Anomalie beruhen, die der Arzt nicht hätte kennen können
- Sturz des Patienten aus dem Bett nicht voll beherrschbar

- **Kein voll beherrschbares Risiko, wenn in der Gesundheits- oder Körperverletzung des Patienten gleichzeitig eine andere, gegebenenfalls unbekannte oder nicht zu erwartende Disposition den Patienten für das verwirklichte Risiko anfällig macht**

III. Spezielle Beweislastverteilung

BGH, Beschluss vom 16. August 2016 – VI ZR 634/15, MDR 2016, 1264 f.

Aktuelle Rechtsprechung

Sachverhalt – „Hygienemängel“

- Kläger = litt unter persistierenden Beschwerden im rechten Ellenbogen
- Beklagter = behandelndes Krankenhaus
- Konservative Maßnahmen führten nicht zum Erfolg, deswegen empfohlene OP seitens der Beklagten am 9. März 2010
- Aufgrund sehr starker Schmerzen im Bereich des angeschwollenen rechten Ellenbogengelenks und sichtbarer Eiterbildung Revisionsoperation am 23. April 2010
 - Abstrich ergab, dass die Wunde mit dem Erreger *Staphylococcus aureus* infiziert war
 - **Folge:** Antibiotika-Therapie und dritte Operation → Heute noch Ruhe- und Belastungsschmerz
- Kläger macht geltend, dass er nach der OP am 9. März 2010 mit anderem Patienten auf einem Zimmer war, welcher mit einem Keim infizierte offene Wunde hatte, wodurch er sich angesteckt habe

III. Spezielle Beweislastverteilung

Aktuelle Rechtsprechung – „Hygienemängel“

- **OLG Celle**, 12. Oktober 2015 - 1 U 29/15 → Ohne Erfolg: Kläger habe einen Verstoß gegen Hygienestandards nicht bewiesen; nur Mutmaßungen mitgeteilt
 - Gerichtlicher Sachverständige habe keine Anhaltspunkte für eine Verletzung der beschriebenen Hygienestandards gefunden
- **BGH**, Beschluss vom 16. August 2016 – VI ZR 634/15, MDR 2016, 1264 f. → Berufungsurteil aufgehoben
 - Kläger muss Hygienemangel beweisen; keine Beweislastumkehr nach den Grundsätzen über das voll beherrschbare Risiko
 - **Voll beherrschbare Risiken** werden durch den Klinik- oder Praxisbetrieb gesetzt und müssen durch ordnungsgemäße Gestaltung ausgeschlossen werden ↔ Abgrenzen von Gefahren, die aus den **Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus** stammen und deshalb der Patientensphäre zuzurechnen sind

III. Spezielle Beweislastverteilung

Aktuelle Rechtsprechung – „Hygienemängel“

- **BGH**, Beschluss vom 16. August 2016 – VI ZR 634/15, MDR 2016, 1264 f.
 - Müsste objektiv eine Gefahr sein, deren Quelle festgestellt und dadurch mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann
 - Vorliegend unsicher, wo und wann sich Kläger infiziert hatte
 - Nachgewiesener Erreger ist bei jedem Menschen zu finden → Berufungsgericht hätte Sachverhalt weiter aufklären müssen
 - Vortrag des Klägers hätte ausgereicht, erweiterte Darlegungslast beim Beklagten auszulösen, da an die Substantiierungspflichten der Parteien im Arzthaftungsprozess keine allzu hohen Anforderungen zu stellen sind → von Patienten keine genauere Kenntnis der Vorgänge zu erwarten

III. Spezielle Beweislastverteilung

2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB

- Arzt muss beweisen, dass Aufklärung ordnungsgemäß war und eine Einwilligung vorlag →
Zentrale Bedeutung der Dokumentation
- Notfallplan
 - Aufklärung weist Mängel auf und deshalb ist Einwilligung an sich unwirksam
 - Zu prüfen, ob Patient auch bei ordnungsgemäßer Einwilligung in Maßnahme eingewilligt hätte (nicht jeder Aufklärungsmangel soll Maßnahme – auch strafrechtlich – rechtswidrig „werden“ lassen) → sog. „Einwand der hypothetischen Einwilligung“
 - **Achtung!** Arzt trägt aber Darlegungs- und Beweislast für hypothetische Einwilligung, s.u.

III. Spezielle Beweislastverteilung

2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB

- Hypothetische Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB
 - Fehlende Einwilligung durch Einwand abwendbar, der Patient hätte auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung seine Einwilligung in den Eingriff erklärt
 - Berufung auf rechtmäßiges Alternativverhalten
 - Beweislast trifft Behandelnden
 - Muss nicht den Vollbeweis führen und das Gericht von der hypothetischen Erteilung der Einwilligung gemäß § 286 ZPO überzeugen → Beweismaßreduktion
 - Sache des Arztes, zu behaupten und ggf. nachzuweisen, dass die medizinische Indikation vernünftigerweise kaum eine andere Entscheidung zuließ, als sich dem Eingriff zu unterziehen

III. Spezielle Beweislastverteilung

2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB

- Hypothetische Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB

- Patient kann echten **Entscheidungskonflikt** entgegenhalten

- *„Die nachvollziehbare und plausible Darlegung des Patienten, dass ihn die Frage, ob er die Maßnahme in dem konkreten Umfang tatsächlich durchführen soll, ernsthaft und nachhaltig in einen inneren Konflikt versetzt hätte.“*

- Subjektive Bewertung im Einzelfall

- Geringe Anforderungen an Glaubhaftmachung bei neuen Behandlungsmethoden, die weniger riskant sind

- Gelingt dem Patienten die Glaubhaftmachung, muss der Behandelnde beweisen, dass der Patient sich auch bei pflichtgemäßer Aufklärung der Behandlung unterzogen hätte

III. Spezielle Beweislastverteilung

2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB

- Beweislast trifft Behandlungsseite, wenn Selbstbestimmungsaufklärung gem. § 630e BGB oder Einholung der Einwilligung gem. § 630d BGB unterblieben ist, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB
- **Selbstbestimmungsaufklärung** → Information über Art, Umfang und Durchführung der beabsichtigten Therapie sowie über ihre Dringlichkeit, Erfolgsaussichten, Risiken, potentiellen Nebenfolgen und Information über alternative Behandlungsmethoden
- Aufklärung ist Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung
- Einholung der Einwilligung ist Vertragspflicht

III. Spezielle Beweislastverteilung

2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB

- **Behandelnder** muss sämtliche Tatsachen beweisen, aus denen sich wirksame Einwilligung ergibt
 - Somit auch alle Voraussetzungen einer der konkreten Behandlung entsprechenden, vollständigen und zutreffenden Aufklärung

- **Patient** muss Kausalität zwischen rechtswidrigem Eingriff und dem Schaden beweisen

III. Spezielle Beweislastverteilung

2. Aufklärung und Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 1 BGB

- Keine Beweislastumkehr bei „grobem“ Aufklärungsmangel
- Beweislast Patient:
 - Behauptung, der Arzt habe über die Basisaufklärung hinaus keine oder unrichtige Antworten gegeben
 - Behandlungsalternative, über die die nicht aufgeklärt wurde, hätte zu einem günstigeren Krankheitsverlauf geführt
 - Widerruf der Zustimmung
 - Nachträgliche Manipulation des ihm unterschriebene Aufklärungsformular
 - Einwilligungsunfähigkeit wegen krankheitsbedingter Schmerzen, sofern medizinische Fakten die fehlende Einwilligungsfähigkeit nicht eindeutig indizieren

III. Spezielle Beweislastverteilung

3. Dokumentation, § 630h Abs. 3 BGB

➡ „Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis ... nicht in der Patientenakte aufgezeichnet ... wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“

- Wesentliche Informationsquelle ist Patientenakte
 - Verpflichtung zur Dokumentation in § 630f BGB
- Bezieht sich auf
 - Medizinische Maßnahmen (einschließlich aller zu dokumentierenden Umstände)
 - Aufklärung
 - Einwilligung
 - Hohes Haftungsrisiko bei unzureichender Dokumentation!

III. Spezielle Beweislastverteilung

3. Dokumentation, § 630h Abs. 3 BGB

- Patient hat einen medizinische Eingriff darzulegen, dessen Durchführung oder Unterlassung einem Behandlungsfehler gleichkommen würde
- Nur, wenn Pflicht zur Dokumentation bestand
- Auch, wenn keine Patientenakte vorhanden ist
- Gilt nicht mehr nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht von 10 Jahren gem. § 630f Abs. 3 BGB
- Kein Rückschluss auf Behandlungsfehler, sondern nur auf Nichtvornahme der nicht dokumentierten Maßnahme
 - Nur, wenn Unterlassen als solches einen Behandlungsfehler darstellt
- Erweiterte Auslegung: Inhalt der Patientenakte zugunsten des Patienten als richtig fingiert, wenn der Behandelnde nicht das Gegenteil beweist

III. Spezielle Beweislastverteilung

3. Dokumentation, § 630h Abs. 3 BGB

- Keine Vermutung des Kausalzusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und Gesundheitsschaden
 - Auf § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB zurückgreifen

- Behandelnder kann gem. § 292 ZPO die Vermutung widerlegen, indem er das Gericht gem. § 286 ZPO davon überzeugt, die fragliche medizinische Maßnahme tatsächlich ergriffen zu haben

III. Spezielle Beweislastverteilung

4. „Anfängerfehler“, § 630h Abs. 4 BGB

- Mangel der erforderlichen Befähigung „soweit der Behandelnde nicht über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt“
 - Entscheidend ist nicht fehlende Ausbildung, sondern fehlende Erfahrung
- **Folge:** Vermutung, dass mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung von Körper/Leben/Gesundheit ursächlich war
- Übertragung der Arbeiten auf diese Person stellt Unterschreitung des notwendigen Standards dar
- Muss dann von Praxis / Krankenhaus das Gegenteil bewiesen werden: Komplikation hat ihre Ursache **nicht** in der fehlenden Qualifikation, Übung / Erfahrung des Assistenzarztes
- **Z.B. Assistenzarzt führt eigenverantwortlich für ihn zu schwierige Operation durch und es kommt dadurch zur Schädigung des Patienten**

III. Spezielle Beweislastverteilung

4. „Anfängerfehler“, § 630h Abs. 4 BGB

- Maßstab der erforderlichen Erfahrung:
 - Objektiver Sorgfaltsstandard des § 630a Abs. 2 BGB → Befähigung, den allgemeinen fachlichen Standard zu erfüllen
- Bezieht sich ausschließlich auf Nachweis des Kausalzusammenhangs zwischen Handlung und Gesundheitsschaden
- Kein Rückschluss auf Behandlungsfehler
- Persönliche Haftung des Assistenzarztes
 - Hängt im Deliktsrecht davon ab, ob ein mit der erforderlichen Sorgfalt und Umsicht vorgehender Assistenzarzt hätte erkennen können, dass er mit der ihm übertragenen Operation überfordert wäre
 - Sog. „Übernahmeverschulden“

III. Spezielle Beweislastverteilung

4. „Anfängerfehler“, § 630h Abs. 4 BGB

- Haftung des Krankenhausträgers wegen Übertragung der Behandlung auf einen Behandelnden, der der Aufgabe mangels Befähigung nicht gewachsen ist
 - **Behandlungsfehler**

- Bei Anfängeroperationen ist Anwesenheit eines erfahrener Operateur erforderlich
 - Auch bei Routineoperationen nur unter der Aufsicht eines erfahrenen Kollegen

- Für den Anfänger gelten erhöhte Dokumentationspflichten

III. Spezielle Beweislastverteilung

5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB

- Grober Behandlungsfehler
 - *Medizinisches Fehlverhalten, das aus objektiver Sicht bei Anlegung des für den Behandelnden geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes nicht mehr verständlich erscheint, weil der Fehler gegen gesicherte und bewährte medizinische Erfahrungen verstoßen hat und dem Behandelnden schlechterdings nicht unterlaufen darf*
 - **Folge: Beweislastumkehr**
- Normalerweise: Beweislast des Patienten für Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden
 - **Schwierig:** Fehlendes medizinisches Verständnis und Unberechenbarkeit des menschlichen Organismus
- Hauptstreitpunkt in den meisten Arzthaftungsprozessen, wegen der daraus für den Patienten günstigen prozessualen Folgen
 - Großer Einfluss des Sachverständigen

III. Spezielle Beweislastverteilung

5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB

- Bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers Beweislastumkehr zu Lasten des Behandelnden
 - Vermutung: Ursachenzusammenhang Pflichtverletzung und Primärschaden
 - Nur für haftungsbegründende Kausalität
 - Ausnahmsweise Beweislastumkehr auch auf den haftungsausfüllenden Kausalzusammenhang, wenn Folgeschaden typische Folge der durch den groben Behandlungsfehler verursachten Primärverletzung ist
- Versuch der Legitimation der Beweislastumkehr:
 - Behandelnde hat Lage geschaffen, in der Verlaufsabschätzung bei ordnungsgemäßer Behandlung umso schwieriger ist
 - Dadurch „näher dran“ an Beweisrisiko
 - Erweiterung bzw. Verschiebung des Spektrums möglicher Schadensursachen

III. Spezielle Beweislastverteilung

5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB

- **Insbesondere**
 - Unterlassen einer medizinisch gebotene Befunderhebung unterlassen
 - Fehlinterpretation der erhobenen Befunde grob falsch interpretiert
 - Nichtvornahme der gebotenen Maßnahmen nach eindeutigen Befunde
 - Nichtbeachtung der Standardmethoden zur Minimierung von Behandlungsrisiken

III. Spezielle Beweislastverteilung

5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB

- **Befunderhebungsfehler** als grober Behandlungsfehler, wenn der Arzt es unterlässt, medizinisch zweifelsfrei gebotene Befunde zu erheben
 - Umfang und Intensität der Verpflichtung sind davon abhängig, wie schwer die Erkrankung ist, auf die die Symptome hindeuten
 - Beweislastumkehr bei einfachem Befunderhebungsfehler, wenn *„sich bei der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass sich dessen Verkennung als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde und dieser Fehler generell geeignet ist, den tatsächlich eingetretenen Gesundheitsschaden zu verursachen.“*

III. Spezielle Beweislastverteilung

5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB

- **Diagnosefehler** als grober Behandlungsfehler, wenn er auf der Fehlinterpretation richtig erhobener Befunde beruht
 - Nur, wenn Irrtum fundamental ist
 - Wenn die Interpretation des richtig erhobenen Befundes aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint
 - Wegen Unberechenbarkeiten des menschlichen Organismus und genereller Unabwägbarkeiten hohe Anforderungen
- Entlastung bei rechtmäßigem Alternativverhalten

III. Spezielle Beweislastverteilung

5. Beweislastumkehr bei „*grobem Behandlungsfehler*“, § 630h Abs. 5 BGB

- Außerachtlassen diagnostischer/therapeutischer Grundregeln
- Vermutung der Ursächlichkeit des Fehlers für die Verletzung von Körper/Gesundheit/Leben
- Beweis des Gegenteils bleibt immer möglich
- Gilt auch bei Unterlassen der medizinisch gebotenen Befunderhebung oder -sicherung

III. Spezielle Beweislastverteilung

OLG Hamm, Urteil vom 11. November 2016 – 26 U 111/15, ArztR 2017, 157 ff.

Aktuelle Rechtsprechung

Sachverhalt – „*Wirbelsäulenoperation*“

- Klägerin = 56-jährige Krankenschwester
- Litt jahrelang unter Rückenschmerzen
- Begab sich in stationäre Behandlung bei beklagtem Krankenhaus
- Nach MRT Ratschlag zur operativen Behandlung der Wirbelsäule
- Operativer Eingriff am 11. März 2009
- Im Anschluss an die Operation konnte die Patientin nur noch den rechten Arm und die Zehen bewegen → Fehlendes Empfindungsvermögen
- Klägerin behauptet, es lag kein akuter Behandlungsbedarf vor und es sei pflichtwidrig unterlassen worden, vor der Operation eine neurologische Untersuchung und ein Kernspin des Myelons vorzunehmen

III. Spezielle Beweislastverteilung

OLG Hamm, Urteil vom 11. November 2016 – 26 U 111/15, ArztR 2017, 157 ff.

Aktuelle Rechtsprechung

Sachverhalt – „*Wirbelsäulenoperation*“

- Operation sei durch einen nicht ausreichend kompetenten Operateur und nicht lege artis durchgeführt worden
- Da der Querschnitt direkt im Anschluss an die Operation aufgetreten ist, sei anzunehmen, dass es bereits während der Operation zu einer Einblutung gekommen ist, die entweder pflichtwidrig übersehen oder bei der die Blutstillung nicht sorgfältig durchgeführt wurde
- Revisionsoperation sei erst mit mehrstündiger Verspätung durchgeführt worden
- Klägerin ist nun querschnittsgelähmt und ihr Leben lang auf einen Rollstuhl angewiesen

III. Spezielle Beweislastverteilung

Aktuelle Rechtsprechung – „Wirbelsäulenoperation“

- **OLG Hamm**, Urteil vom 11. November 2016 – 26 U 111/15, ArztR 2017, 157 ff.
 - Bei der ärztlichen Behandlung der Beklagten wurden mehrere teils einfache, teils grobe Behandlungsfehler festgestellt → Behandlung in Gesamtbetrachtung grob fehlerhaft
 - Unvollständige Befunderhebung, da die zwingend erforderliche präoperative stationäre neurologische Untersuchung unterblieben ist
 - OP war nicht indiziert
 - Allenfalls relative OP-Indikation
 - Bei zervikalen Bandscheibenvorfällen müssen operative Maßnahmen individuell abgewogen werden, weil in vielen Fällen eine konservative Behandlung ebenfalls Erfolg versprechend ist

III. Spezielle Beweislastverteilung

Aktuelle Rechtsprechung – „Wirbelsäulenoperation“

- **OLG Hamm**, Urteil vom 11. November 2016 – 26 U 111/15, ArztR 2017, 157 ff.
 - OP war nicht indiziert
 - Mit der Klägerin hätten bereits stattgefundene Behandlungsversuche besprochen werden und konservative Methode als Alternative erläutert werden müssen → Vorwurf unzureichender Aufklärung über Behandlungsalternativen
 - Sogar kontraindiziert, da mehr als drei Etagen behandelt werden mussten und unmittelbares Angrenzen einer Wirbelsäulenfusion → Erhöhte Belastung