

# Rechtsprechungs – Journal

## 2005



**marie ENGELINGS**  
Rechtsanwaltsbüro

## Fachübergreifende Informationen

Die mit der Blutspende im Allgemeinen verbundenen Risiken, insbesondere aber das Risiko eines direkten Nerventraumas durch die eingeführte Nadel und die Möglichkeit bleibender Körperschäden, bedürfen der Selbstbestimmungsaufklärung des Blutspenders.

Die Aufklärung hat umfassend und in einer auf die Person des Spenders abgestellten verständlichen und individuellen Form durch einen Arzt oder eine entsprechend geschulte Person zu erfolgen.

Diesen Anforderungen genügen schriftliche Hinweise auf der Rückseite eines „Fragebogens für Blutspender“ („Informationen zur Blutspende“) regelmäßig nicht. Eine ausreichende Aufklärung muss grundsätzlich – auch – mündlich erfolgen.

Quelle: GesR 2005/1, S. 23 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Zweibrücken vom 19.10.2004

Anmerkung der Redaktion: Der erkennende Senat ging von folgenden Überlegungen aus: Je weniger ein ärztlicher Eingriff medizinisch geboten ist, desto ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient über dessen etwaige nachteilige Folgen zu informieren. Wenn dies für kosmetische Operationen gelte, für deren Durchführung sich ein Patient zumindest zur Befriedigung eines psychischen oder ästhetischen Bedürfnis entschliefse, müsse dies erst recht für eine Blutspende gelten, die medizinisch – jedenfalls aus Sicht des Blutspenders – überhaupt nicht geboten sei und zu der sich der Spender freiwillig und, vom Fall der Eigenblutspende abgesehen, alleine im Interesse der Allgemeinheit bereit erkläre. Dem Spender, für den es somit nicht um eine Abwägung zwischen dem Schadensrisiko aus einer Krankheit und dem Behandlungsrisiko, sondern alleine um die Einschätzung des Eingriffsrisikos gehe, müssten in einem solchen Fall etwaige Risiken besonders deutlich vor Augen geführt werden. Im Vergleich zu Blutentnahmen, die häufig folgenlos verheilen, seien die Risiken bei der Blutspende deutlich höher, da die Verwendung großkalibriger Nadeln bei der Blutspende nämlich nicht nur eine Erhöhung des Risikos einer solchen Nervenverletzung bewirke, sondern auch Auswirkungen auf das Ausmaß der Verletzungen und damit auf die Heilungsaussichten habe.

Der Senat hat die Revision gegen das Urteil zugelassen. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs bleibt abzuwarten.



Das Unterlassen medizinisch erforderlicher diagnostischer Untersuchungsmaßnahmen, die Aufschluss über die Art der Krankheit geben und dann Grundlage für die weiter einzuschlagende Therapie sind, stellt einen ärztlichen Behandlungsfehler dar. Auch wenn der Arzt in vertretbarer Weise eine bestimmte Diagnose getroffen hat, muss er sie im weiteren Behandlungsverlauf überprüfen, wenn die etwa begonnene Therapie keine Wirkung zeigt.

Quelle: VersR 2005/3, S. 117 f, Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 10.04.2003

Anmerkung der Redaktion: Den Ärzten war angelastet worden, dass sie das schwere, hartnäckige und therapieresistente Schmerzsyndrom der Brustwirbelsäule mit deutlich positiven Entzündungszeichen nicht weiter abgeklärt haben. Nach Ansicht des Senats darf sich der Arzt nicht mit einer möglicherweise nahe liegenden Erklärung für bestimmte Beschwerden des Patienten begnügen; können Symptome auf mehrere verschiedene Krankheiten hindeuten, so ist, wenn – wie in der Regel – die Therapierung eine sichere Festlegung erfordert, durch weitere differenzialdiagnostische Untersuchungsmaßnahmen Aufschluss über die konkret vorliegende Erkrankung zu suchen. Auch wenn der Arzt in vertretbarer Weise eine bestimmte Diagnose (hier: Bronchopneumonie) getroffen hat, muss er sie im weiteren Behandlungsverlauf überprüfen, wenn die etwa begonnene Therapie keine Wirkung zeigt.



Ein Assistenzarzt, der von dem ihn ausbildenden Facharzt angewiesen wird, eine bestimmte Behandlungsmethode durchzuführen, hat dieser Anweisung in der Regel Folge zu leisten und darf sich grundsätzlich auf die Richtigkeit der von dem Facharzt getroffenen Entscheidung verlassen. Dies gilt nur dann nicht, wenn sich dem Assistenzarzt nach den bei ihm vorauszusetzenden Fähigkeiten und Kenntnissen Bedenken gegen die Sachgemäßheit des von dem Facharzt angeordneten Vorgehens aufdrängen müssen.

Quelle: VersR 2005/5, S. 230f, Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 13.02.2003



Bei möglichen schwerwiegenden Nebenwirkungen eines Medikaments ist neben dem Hinweis in der Gebrauchsinformation des Pharmaherstellers auch eine Aufklärung durch den das Medikament verordnenden Arzt erforderlich.

Quelle: ZMGR 05/05 S. 152 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.03.2005

Anmerkung der Redaktion: Bei dem Medikament handelte es sich um ein Antikonzeptionsmittel zur Regulierung der Menstruationsbeschwerden der klagenden Patientin. Die Klägerin war Raucherin – was der verordnenden Ärztin bekannt war. Etwa sechs Wochen seit Beginn der Einnahme erlitt die Patientin einen Mediapartialinfarkt, der durch die Wechselwirkung zwischen dem Präparat und dem von der Patientin während der Einnahme zugeführten Nikotin verursacht wurde.

Der Senat sieht eine Behandlung mit einem aggressiven Medikament als Eingriff im weitesten Sinn an, so dass der verordnende Arzt über dessen Wirkung und Nebenwirkung aufzuklären habe. Fehle diese Aufklärung, fehle es folglich an einer wirksamen Einwilligung, für die der Arzt einzustehen habe.



Über die Gefahr operationsbedingt dauerhaft verbleibender Atembeschwerden muss der Arzt den Patienten aufklären. Die Erklärung des Arztes, auf das Risiko weise er normalerweise hin, ist unzureichend, wenn er an das konkrete Aufklärungsgespräch keine Erinnerung hat und sonstige Anhaltspunkte für eine vollständige Aufklärung fehlen.

Quelle: VersR 2005/15, S. 695, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 01.04.2004



Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig.

Quelle: ArztR 2005/8, S. 205 ff, Urteil des Landgerichts Augsburg vom 30.09.2004 – Strafkammer

Anmerkung der Redaktion: Der angeklagte Chefarzt einer chirurgischen Abteilung wurde wegen eines Sorgfaltspflichtverstoßes bei der Organisation der postoperativen ärztlichen Versorgung frisch operierter Schilddrüsenpatienten verurteilt.

Nach einer Schilddrüsenoperation kam es zu einer Nachblutung, die der diensthabende Assistenzarzt der internistischen Abteilung, der im Rahmen des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes auch für die Betreuung von Patienten auf der chirurgischen Station zuständig war, nicht rechtzeitig erkannt hatte. Der diensthabende Oberarzt der chirurgischen Abteilung wurde erst hinzugerufen, nachdem bei der Patientin aufgrund der starken Nachblutung ein Herzstillstand eingetreten war. Die Patientin befindet sich seitdem in einem Wachkoma und ist ein absoluter Pflegefall.

Die Kammer war der Ansicht, dass es einer pflichtgemäßen Sorgfalt entsprochen hätte, wenn der angeklagte Chefarzt die postoperative ärztliche Versorgung von Schilddrüsenpatienten durch organisatorische Maßnahmen so gestaltet hätte, dass die Nachblutung bei der Patientin rechtzeitig erkannt worden wäre. Daher hätte er im Hinblick auf den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst

- entweder anordnen müssen, dass Schilddrüsenpatienten innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation auf der Intensivstation verbleiben,
- derartige Eingriffe, von denen jährlich 40 bis 50 an dem Krankenhaus stattfinden und die zeitlichen Aufschub dulden, nur an Tagen durchgeführt werden, an denen ein Chirurg Bereitschaftsdienst hat
- oder dafür sorgen müssen, dass fachfremde Bereitschaftsärzte in geeigneter Form darin unterwiesen werden, das Bestehen solcher Nachblutungen zu erkennen.

Diese Problematik ergibt sich sicherlich nicht nur in einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst zwischen Chirurgen und Internisten. Sie kann auch auftreten bei einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst zwischen zwei

chirurgischen Abteilungen unterschiedlicher Teilgebiete, zumindest dann, wenn der diensthabende Assistenzarzt für die Versorgung der Patienten aus dem jeweils anderen Fachgebiet wenig oder sogar keine Erfahrung mitbringt oder bei der intensivmedizinischen Behandlung chirurgischer Patienten durch den Anästhesisten. Um dieser Gefahr vorzubeugen sollten z.B. bei der Erstellung von Behandlungspfaden Schnittstellen mit anderen Disziplinen berücksichtigt werden.



Allein aus dem Umstand, dass eine Heimbewohnerin im Bereich des Pflegeheimes der Beklagten gestürzt ist und sich dabei verletzt hat, kann nicht auf eine schuldhafte Pflichtverletzung des Heimbetreibers oder dessen Mitarbeiter geschlossen werden.

Eine Pflicht zur Fixierung eines Heimbewohners während der Mittagsruhe oder das Hochfahren der Bettgitter besteht nicht ohne Genehmigung des Vormundschaftsgerichts (§ 1906 Abs. 4 BGB), die nicht ohne hinreichenden Anlass eingeholt werden muss; 3 Stürze vor Aufnahme innerhalb der letzten 7 Jahre vor dem Unfall reichen dafür nicht aus.

Quelle: GesR 2005/2 S. 66 ff, Urteil des KG Berlin vom 02.09.2004



Angurten sturzgefährdeter Bewohner im Pflegeheim

Je nach den Umständen des konkreten Einzelfalls können freiheitsentziehende Maßnahmen, die zur Vermeidung von Sturzgefahren für den Betroffenen während der Nacht vorgesehen sind (z. B. Bettgitter, Bettgurt) unverhältnismäßig und damit nicht genehmigungsfähig sein, wenn der Betroffene auch in einem sog. Bettnest (Matratze am Boden, umgeben von zusätzlichen Polstern) schlafen kann.

Quelle: GesR 2005/11, S. 498 f, Beschluss des Oberlandesgerichts München vom 29.07.2005

Anmerkung der Redaktion: Auch dieses Urteil zeigt, dass die Interessen der Betroffenen an einem menschenwürdigen Leben im Vordergrund stehen. Um die beste Lösung für den einzelnen Bewohner zu erreichen, sollten Heime und Betreuer eng zusammenarbeiten und bereits vor der Beantragung von Fixierungsmaßnahmen gemeinsam überlegen, welche Maßnahme unter Abwägung der drohenden Gefahren den Bewohner am wenigsten belastet, ohne an Effektivität zu verlieren.



Auch die Aufklärung über bestehende unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten dient dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ist daher Voraussetzung einer rechtmäßigen Behandlung.

Quelle: VersR 2005/18, S. 836 f, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15.03.2005

Anmerkung der Redaktion: Gibt es mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden (z.B. konservativ bzw. operativ), die wesentlich unterschiedliche Risiken und Erfolgschancen aufweisen, besteht eine echte Wahlmöglichkeit für den Patienten. Daher muss diesem nach entsprechend vollständiger ärztlicher Aufklärung die Entscheidung überlassen bleiben, welche Behandlungsmethode zur Anwendung kommen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will.



Eine ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten bei einem Eingriff setzt voraus, dass dieser nicht nur über das Risiko der geplanten Operation, sondern bei herabgesetzter Erfolgsaussicht des Eingriffs wenigstens in den Grundzügen darüber unterrichtet wurde, welche Chancen die geplante Operation für eine Heilung oder Linderung seiner Beschwerden bietet.

Quelle: VersR 2005/29, S. 1399 f, Urteil des Kammergerichts vom 15.12.2003

Anmerkung der Redaktion: Die Revision der beklagten Ärzte wurde nicht zugelassen. Die hiergegen eingelegte Beschwerde wurde mit dem Zusatz zurückgewiesen: „Die Selbstbestimmungsaufklärung umfasst nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats auch eine ausreichende Aufklärung über die Erfolgsaussichten des beabsichtigten Eingriffs.“



Ist eine Aufklärung über die Gefahr einer HIV-Infektion bei Verabreichung von Blutprodukten nicht möglich, ist der Patient jedenfalls nachträglich über diese Gefahr aufzuklären und ihm zu einem HIV-Test zu raten. Auch ein im Behandlungszeitraum noch nicht bekannter Ehepartner des Patienten ist in den Schutzbereich der Pflicht zur nachträglichen Sicherungsaufklärung über die Gefahr einer transfusionsassoziierten HIV-Infektion einbezogen.

Quelle: GesR 2005/9, S. 403 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14.06.2005



Dass der Hausarzt einen bestimmten Eingriff für indiziert hält und den Patienten daher in ein Krankenhaus einweist, enthebt den dort weiterbehandelnden Arzt nicht der Pflicht zu umfassender Risikoaufklärung. Es entlastet den

Krankenhausarzt nicht, dass er den mangels Risikoaufklärung rechtswidrigen Eingriff auf Drängen des vom Hausarzt unzureichend vorinformierten Patienten durchgeführt hat.

Eine schriftliche Einverständniserklärung muss sich auf die schadensursächliche Operation beziehen. Das hat der Arzt zu beweisen, wenn in zeitlichem Abstand verschiedene Eingriffe mit unterschiedlicher Zielrichtung vorgenommen wurden.

Quelle: GesR 2005/9, S. 407f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 14.04.2005

**\***

## Krankenhaus allgemein

Ob die Ausstattung eines Belegkrankenhauses ausreicht, um die nach der Eingangsdia­gnose zu erwartende ärztliche Behandlungsaufgabe bewältigen zu können, ist eine dem Aufgabenkreis des Belegarztes zuzurechnende Ent­schcheidung, für die der Träger des Belegkrankenhauses in der Regel nicht haftet.

Quelle: VersR 2005/33, S. 1587f, Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe, vom 13.10.2004

Anmerkung durch die Redaktion: Der Krankenhausträger ist weder vertraglich noch deliktisch für Fehler des Belegarztes bzw. der Beleghebamme einstandspflichtig. Seine Haftung ist im Wesentlichen darauf beschränkt, dass er für Fehler des Klinikpersonals zur Verantwortung gezogen werden kann. Eine Haftung aus einem Organisationsverschulden kommt nur in Betracht, wenn die Verletzung einer solchen Organisationspflicht und deren Kausalität für seine Schädigung von Seiten des klagenden Patienten bewiesen werden. Pauschale Behauptungen reichen nicht aus.

\*



## Chirurgie / Orthopädie / Urologie

Wenn zur Korrektur einer dislozierten Radiusbasisfraktur grundsätzlich sowohl eine konservative Behandlung als auch eine chirurgische Versorgung in Betracht kommen, die – mit der Gefahr einer Entzündung verbundene – Operation aber die bessere Wiederherstellungschance bietet, sind die unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten sowie ihre jeweiligen Chancen und Risiken vor der Behandlung mit dem Patienten zu erörtern.

Wird die Reposition einer Radiusbasisfraktur ohne Betäubung durchgeführt, rechtfertigt dies ein Schmerzensgeld von 250,00 Euro.

Quelle: VersR 2005/5, S. 230 f, Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 13.02.2003



Vor einer intraartikulären Injektion in ein Sprunggelenk ist nicht nur über das Risiko einer Gelenkinfektion, sondern auch über eine daraus möglicherweise resultierende Gelenkversteifung aufzuklären.

Die zeitnahe Diagnostik einer solchen Gelenkversteifung erfordert die regelmäßige Erhebung von CRP-Werten; deren Unterlassung stellt einen groben Behandlungsfehler dar.

Quelle: GesR 2005/2, S. 70ff, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 17.11.2004



Die Anwendung des computerunterstützten Fräsverfahrens („Robodoc“) am coxalen Femur bei Implantation einer Hüftgelenksendoprothese stellt nicht bereits als solche einen Arztfehler dar.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung ist die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes.

Hier handelt es sich aber darum ob die beklagten Ärzte der Klägerin das roboterunterstützte Verfahren angesichts seiner Neuheit und der damit verbundenen Risiken überhaupt vorschlagen durften. Diese Frage ist zu bejahen, da die neue Methode dem herkömmlichen manuellen Verfahren bei Abwägung der Vor- und Nachteile nicht unterlegen war. Daher konnten die Ärzte ihrer Patientin die neue Methode zur Behandlung ihrer Hüftgelenkserkrankung als Alternative vorschlagen.

1995 setzte die Anwendung des neuen Verfahrens voraus, dass die Ärzte die Patienten darüber aufklären, dass es sich um eine Neue Methode handelt, die noch nicht lange praktiziert wird, und dass es daneben noch das herkömmliche Verfahren mit ausschließlich manueller Technik gibt. Der Patient musste außerdem auf die wesentlichen Unterschiede beider Verfahren hingewiesen werden, insbesondere darauf, dass die Operation mit der neuen Methode länger dauert und dass eine Voroperation zur Anbringung von Pins am Oberschenkelknochen erforderlich ist.

Quelle: GesR 2005/2 S. 118 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt vom 07.12.2004

\*

Ein Eingriff, dessen Erfolgschance im unteren einstelligen Prozentbereich liegt, ist nicht indiziert, wenn die diagnostischen Möglichkeiten und die konservativen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft sind.

Führt ein ärztlicher Behandlungsfehler bei einer 37 Jahre alten verheirateten Frau – Mutter von zwei Kindern – zu einer kompletten Querschnittslähmung, ist ein Schmerzensgeld von 220 000 Euro auch dann gerechtfertigt, wenn die Patientin vor der Operation an einem erheblichen Wirbelsäulenleiden litt, das möglicherweise erfolgreich hätte therapiert werden können.

Quelle: VersR 2005/20, S. 942 f, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 07.07.2004

\*

Ist ein Patient nach einer Unfallverletzung auf Unterarmgehilfen angewiesen, muss das Krankenhaus sich vergewissern, dass er deren Benutzung beherrscht. Erforderlichenfalls ist der Patient, insbesondere hinsichtlich der Benutzung der Gehstützen auf Treppen, sachkundig zu schulen.

Quelle: VersR 2005/20, S. 943 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 12.02.2004

Anmerkung der Redaktion: Nach Ansicht des Senats ist das Pflegepersonal eines Krankenhauses bei erstmaliger Ausstattung eines Patienten mit Unterarmgehilfen verpflichtet, sich zu vergewissern, ob der Patient die Hilfsmittel ohne weiteres beherrscht oder ob er einer Unterweisung bedarf. Maßgeblich sei eine Gesamtschau der Umstände des jeweiligen Einzelfalls.

\*

## Gynäkologie

Bestehen bei einer Zwillingsschwangerschaft im Falle eines Zuwartens erhebliche Risiken, so ist über die Alternative einer primären Schnittentbindung aufzuklären. Hierbei macht es keinen Unterschied, ob die Risiken für die Mutter oder das Kind entstehen, weil die Mutter die natürliche Sachwalterin der Belange auch des Kindes ist.

Bei der Frage einer Aufklärung über eine primäre Schnittentbindung als Behandlungsalternative bei einer Zwillingsschwangerschaft handelt es sich um einen Fall der Eingriffs- oder Risikoaufklärung, nicht hingegen um einen Fall der Sicherheits- oder therapeutischen Aufklärung.

Quelle: GesR 2005/1, S. 21 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 14.09.2004

Anmerkung der Redaktion: Bei der im Streitfall maßgebenden Frage einer Aufklärung über eine primäre Schnittentbindung als Behandlungsalternative zu der durchgeführten zunächst abwartenden Behandlung handelt es sich nach Ansicht des erkennenden Senats nicht um einen Fall der sogenannten Sicherheits- oder therapeutischen Aufklärung zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs sondern um einen Fall der sogenannten Eingriffs- oder Risiko- aufklärung, die der Unterrichtung des Patienten über das Risiko des beabsichtigten ärztlichen Vorgehens dient, damit dieser sein Selbstbestimmungsrecht ausüben kann. Die Beweislast für die Erfüllung dieser Aufklärungspflicht liegt anders als bei der Sicherungsaufklärung beim Arzt.



Verabreicht die Hebamme der Schwangeren im Krankenhaus ohne ärztliche Verordnung ein Schmerzmittel, ist das ebenso pflichtwidrig wie die verzögerte Hinzuziehung eines Facharztes in einer Krisensituation.

Sind die kindlichen Herzfrequenzen wehensynchron und ohne pathologische Zeichen, erfordert allein der Stillstand der Geburt noch keinen sofortigen Kaiserschnitt.

Quelle: ArztR 2005/10, S. 274, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 05.08.2004



Bei mangelgeborenen Kindern, namentlich bei Zwillingen, und erst recht bei einem erheblichen Minderwachstum des diskordanten dystrophen Zwilling ist das Risiko einer kritischen Unterzuckerung erhöht und letzterenfalls mit etwa 50 % anzusetzen. Neugeborene dieser Gefährdungsstufe gehören grundsätzlich umgehend nach der Geburt in fachgerechte neonatologische Betreuung.

Wird solch ein Kind in der geburtshilflichen Abteilung belassen, so muss dessen ordnungsgemäße Behandlung dort organisatorisch und fachlich sichergestellt sein. Insbesondere muss gewährleistet sein, dass die erforderlichen

Blutzuckerkontrollen erfolgen und Glukosegaben bereitstehen, um eine Blutunterzuckerung rechtzeitig erkennen und umgehend behandeln zu können. Fehlt es daran, dann begründet schon dies einen schweren Behandlungsfehler. Er kann die gerichtliche Feststellung einer Hypoglykämie oder jedenfalls eine zu diesem Ergebnis führende Umkehr der Beweislast zugunsten des Kindes rechtfertigen, wenn die gebotene Blutzuckerkontrolle mit großer oder jedenfalls hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Erleidet ein Kind durch sich der Geburt unmittelbar anschließende ärztliche Kontroll- und Behandlungsdefizite eine schwerste psychomotorische Retardierung mit Tetraspastik und linksseitiger Hirnschädigung unter Einbeziehung der Sehrinde, entwickelt es keine sprachliche Kommunikation, benötigt es einen Rollstuhl und wird es zeitlebens auf die Hilfe anderer in höchstem Maß angewiesen sein, so ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 300.000,00 Euro angemessen.

Quelle: VersR 2005/36, S. 1738 ff, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 05.07.2004



Misslingt bei einer Brustoperation die Drahtmarkierung des maßgeblichen Befundes, ist die Patientin vor Weiterführung des Eingriffs ergänzend über die Gefahr aufzuklären, dass das verdächtige Gewebe verfehlt und stattdessen überflüssig gesundes Gewebe entfernt wird.

Quelle: VersR 2005/33, S. 1588 f, Urteil des Oberlandesgerichts Koblenz vom 14.04.2005



## Augenheilkunde

Eine Verletzung der Pflicht des behandelnden Arztes zur therapeutischen Aufklärung (Sicherungsaufklärung) (hier: unterlassener Hinweis auf eine dringende und sofortige Kontrolluntersuchung bei Fortschreiten der Symptome), was als grober Behandlungsfehler zu werten ist, führt regelmäßig zu einer Umkehr der objektiven Beweislast für den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem Gesundheitsschaden, wenn sie geeignet ist, den eingetretenen Schaden zu verursachen; eine Wahrscheinlichkeit für ein Ergebnis einer Kontrolluntersuchung ist in einem solchen Fall nicht erforderlich.

Quelle: GesR 2005/2 S. 68 ff, Urteil des Bundesgerichtshofs vom 16.11.2004

### Anmerkung der Redaktion:

Sachverhalt: Nachdem der Kläger Lichtblitze in seinem linken Auge bemerkt hatte, begab er sich in den augenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gesichtsfeldmessungen und Messungen des Augeninnendrucks ergaben keinen auffälligen Befund, das gleiche galt für die Untersuchung des Augenhintergrundes nach Erweiterung der Pupille. Fünf Tage nach der Untersuchung trat bei dem Kläger eine massive Ablösung der Netzhaut im linken Auge auf.

Entscheidungsgründe: Da bei dem Kläger eine beginnende Glaskörper-Abhebung vorgelegen und die beklagte Ärztin das auch erkannt habe, habe sie den Kläger über diese mögliche Diagnose und das dabei vergleichsweise geringe Risiko einer Netzhautablösung unterrichten müssen. Sie habe den Kläger auffordern müssen, sich auch ohne Zunahme der Symptome zu einer Kontrolluntersuchung beim Augenarzt vorzustellen. Diese Unterlassung sei als „einfacher Behandlungsfehler“ zu werten, Dass die Beklagte den Kläger nicht zusätzlich darauf hingewiesen habe, er müsse bei Fortschreiten der Symptome sofort einen Augenarzt aufsuchen, sei als ein grober Behandlungsfehler zu werten.

\*

## Innere Medizin

Erleidet ein Patient einen Schlaganfall, handelt der Arzt, der eine komplizierte Migräne befundet, grob fehlerhaft, wenn er nicht wenigstens der Verdachtsdiagnose einer transitorischen ischämischen Attacke nachgeht.

Quelle: VersR 2005/14, S. 657f, Urteil des Oberlandesgerichts München vom 03.06.2004



Verweigert ein Patient trotz entsprechender therapeutischer Aufklärung eine zur Feststellung, ob er sich in der akuten Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Herzinfarkts befindet, dringend erforderliche Untersuchung, so ist dies von der Behandlungsseite in den Krankenunterlagen zu dokumentieren.

Weisen Veränderungen im EKG sowie die vom Patienten geschilderte Beschwerdesymptomatik auf die Gefahr eines unmittelbar bevorstehenden Herzinfarkts hin, so stellt es einen groben Behandlungsfehler dar, wenn es der Arzt unterlässt, den Patienten unverzüglich zu einer Herzkatheteruntersuchung in eine Klinik einzuweisen.

Quelle: VersR 2005/27, S. 1292ff, Urteil des Oberlandesgerichts Bamberg vom 04.07.2005



Bei stationärer Aufnahme eines Patienten zum Zweck einer diagnostischen Koronarangiographie und Herzkatheteruntersuchung ist eine Risikoaufklärung – hier über das kontrastmittelbedingte Risiko des (unter Umständen dialysepflichtigen) Nierenversagens bei einer vorbestehenden leichten Nierenfunktionsstörung – erst am Tag des Eingriffs verspätet, wenn dem Patienten keine hinreichende Zeit für eine eigenverantwortliche Entscheidung bleibt, ob er den diagnostischen Eingriff durchführen lassen will.

Quelle: GesR 2005/9, S. 401 f, Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 15.06.2005

Anmerkung der Redaktion: Das Aufklärungsgespräch bezüglich der für den Nachmittag geplanten und durchgeführten Herzkatheteruntersuchung und Koronarangiographie war am Morgen mit dem Patienten geführt worden. Der Senat konnte nicht erkennen, dass dem Patienten, der sich bereits morgens vorbereitenden Untersuchungen unterziehen musste, ausreichend Gelegenheit hatte, sich mit dem umfangreichen Informationsmaterial auseinanderzusetzen.

## **Zusammenstellung:**

Rechtsanwältin  
Marie G. Engelings  
Im Ufporter Feld 14

47445 MOERS