

# Inhalt und Grenzen der Aufklärung aus der Sicht der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs\*

**B. Pauge**

Richter am Bundesgerichtshof, Karlsruhe\*\*

## 1. Einleitung

Anders als vor 100 Jahren, als das Reichsgericht eine ärztliche Aufklärungspflicht noch explizit ablehnte,<sup>1</sup> besteht heute nicht nur unter Juristen, sondern auch unter Ärzten Einigkeit darüber, dass ein Patient vor einer medizinischen Behandlung grundsätzlich aufgeklärt werden muss.<sup>2</sup> Meinungsverschiedenheiten bestehen heute also nicht mehr über das „Ob“ der Einwilligung und der dazu vorbereitend grundsätzlich erforderlichen Aufklärung, wohl aber nach wie vor über das „Wie“ dieser Aufklärung. Während die Rechtsprechung, insbesondere die vom Bundesgerichtshof entwickelten Grundsätze zur Aufklärungspflicht, von der Rechtslehre wohl durchweg akzeptiert wird, ist doch nicht zu verkennen, dass sie manchmal auf den Unwillen der betroffenen Ärzte stößt, die sich hier wohl in besonderem Maß von den Juristen bevormundet fühlen und meinen, dass eine detaillierte Aufklärung den Patienten überfordere und außerdem zu viel Zeit in Anspruch nehme, wertvolle Zeit, die für eigentliche ärztliche Aufgaben gebraucht werde.<sup>3</sup>

## 2. Drei Arten von Aufklärungspflichten

a) Hinsichtlich ärztlicher Aufklärungspflichten muss zunächst nach der Art der Aufklärung differenziert werden, denn es gibt rechtlich gesehen drei wesensverschiedene Aufklärungen: Im Mittelpunkt der Diskussion um die Arzthaftung steht zweifellos die **Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung**, auf die ich gleich zurückkommen werde und dann näher eingehen möchte, denn sie ist heute unser Hauptthema.

b) Von der Eingriffsaufklärung zu unterscheiden ist die sogenannte **therapeutische Aufklärung**, auch **Sicherungsaufklärung** genannt. Hier geht es – anders als bei der Eingriffsaufklärung – nicht darum, dem Patienten eine informierte Entscheidung über die Einwilligung in seine Behandlung zu ermöglichen, sondern sie dient der Sicherung des Behandlungserfolgs und der Vermeidung von Folgeerkrankungen. Die therapeutische Aufklärung ist eine Beratung im gesundheitlichen Interesse des Patienten. Sie dient dazu, den Patienten darüber zu informieren, was er selbst zu beachten hat. Die ärztliche Information soll das medizinisch Notwendige ermöglichen, vorbereiten oder unterstützen. Der Patient soll im Rahmen dieser Auf-

klärung z. B. über seine Krankheit oder Anfälligkeit informiert werden, um ihn zu schonender Lebensweise, zu Diät oder Enthaltensamkeit anzuhalten und ihm gegebenenfalls eine bestimmte Medikation anzuraten. Bei der therapeutischen Aufklärung steht daher die künftige Lebensführung des Patienten im Vordergrund, wobei sowohl über kurzfristige gesundheitliche Störungen, etwa nach einer Operation, aufzuklären ist als auch über lang andauernde Therapien bzw. Behandlungen. Der Arzt hat den Patienten daher z. B. darüber aufzuklären, dass er nach einer ambulanten Operation zwar alsbald nach Hause gehen könne, dass er aber nicht verkehrstüchtig sein werde und daher nicht selbst Auto fahren könne (dass er also „home ready“, nicht jedoch „street ready“ sei).<sup>4</sup> Gegenstand der therapeutischen Aufklärung kann der Hinweis an den Patienten sein, auf Dauer ein bestimmtes Medikament einnehmen zu müssen. Der Arzt ist auch verpflichtet, über Gefahren, die von dem Patienten für dritte Personen ausgehen können, zu informieren, so insbesondere eine eventuell bestehende Ansteckungsgefahr.<sup>5</sup> 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 (nachträgliche Sicherungsaufklärung). Die Pflicht zur späteren Sicherungsaufklärung kann auch gegenüber Dritten bestehen, so bei der Gefahr einer transfusionsassoziierten HIV-Infektion gegenüber dem Ehepartner des Patienten, und zwar selbst dann, wenn dieser im Behandlungszeitpunkt noch nicht einmal bekannt war.<sup>6</sup> Zur

\* Der Aufsatz basiert auf einem Vortrag, gehalten auf dem Hauptstadtkongress der DGAI in Berlin am 18. September 2009. Die Vortragsform wurde beibehalten.

\*\* Der Autor ist Mitglied des für Arzthaftungsrecht zuständigen VI. Zivilsenats des BGH.

<sup>1</sup> RG, Urteil vom 1. März 1912, RGZ 78, 432

<sup>2</sup> Vgl. § 8 der (Muster)Berufsordnung der Bundesärztekammer: „Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.“

<sup>3</sup> Müller, Festschrift Geiß, 2000, S. 461

<sup>4</sup> vgl. BGH, Urteil vom 8.4.2003 - VI ZR 265/02 - VersR 2003, 1126 = MedR 2003, 629 = GesR 2003, 233

<sup>5</sup> Wussow, VersR 2002, 1337

<sup>6</sup> BGH, Urt. v. 14.6.2005 - VI ZR 179/04 - VersR 2005, 1238 = GesR 2005, 403

► therapeutische Aufklärung zählt die Pflicht, den Patienten darüber zu informieren, dass er sich bei einer Verschlimmerung seiner Beschwerden oder beim Auftreten bestimmter Symptome wieder vorstellen oder einen Facharzt bzw. eine Klinik aufsuchen müsse.<sup>7</sup> Desgleichen kann auch die Unterrichtung nachbehandelnder Ärzte erforderlich sein.<sup>8</sup>

Ein ärztlicher Fehler im Bereich der therapeutischen Aufklärung stellt rechtlich gesehen einen Verstoß gegen die Pflicht des Arztes zur Gefahrabwendung und damit einen Behandlungsfehler dar.<sup>9</sup> Praktische Konsequenzen hat dies insbesondere für die Beweislast,<sup>10</sup> denn nach gefestigter Rechtsprechung kann dem Patienten, der grundsätzlich den Beweis für den Ursachenzusammenhang zwischen einem Behandlungsfehler und dem von ihm geltend gemachten Gesundheitsschaden zu erbringen hat, eine Umkehr der Beweislast zugute kommen, wenn der Behandlungsseite ein grober Behandlungsfehler unterlaufen ist.<sup>11</sup>

c) Neben der Eingriffsaufklärung und der therapeutischen Aufklärung gibt es eine dritte Fallgruppe der Aufklärungspflicht: die **wirtschaftliche Aufklärung**. Sie dient dem Schutz des Patienten vor finanziellen Überraschungen. So ist der Kassenpatient über die von ihm zu tragenden Selbstkostenanteile zu informieren. Beim Privatpatienten kann ein Hinweis darauf erforderlich sein, dass die von ihm gewünschte oder vom Arzt vorgesehene Behandlung möglicherweise von dem Krankenversicherer oder der Beihilfestelle nicht bezahlt wird.<sup>12</sup> Die Verletzung der Pflicht zur wirtschaftlichen Aufklärung gibt dem Patienten einen Anspruch auf Befreiung von der Kostenbelastung.<sup>13</sup> Ob der behandelnde Arzt gegebenenfalls verpflichtet ist, den Patienten darüber zu informieren, dass er nicht über Haftpflichtversicherungsschutz verfügt, ist streitig. Nach Auffassung des BGH besteht eine solche Pflicht nicht, und zwar deshalb nicht, weil es sich dabei um einen Organisationsfehler handelt, über den grundsätzlich nicht aufzuklären sei.<sup>14</sup> Nach anderer Auffassung soll sich eine solche Aufklärungspflicht als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag ergeben können, weil diese Nebenpflichten auch auf den Schutz des Vermögens gerichtet seien.<sup>15</sup>

d) Für die Haftung des Arztes hat indessen die zu Anfang genannte Variante der Aufklärungspflichten die größte Bedeutung, also die Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung. Mir liegen zwar keine Statistiken darüber vor, inwieweit Fehler bei der Eingriffsaufklärung im Revisionsverfahren eine Rolle spielen. Es gibt jedoch mehrere Untersuchungen, aus denen sich allgemein Schlüsse auf den Anteil der Verfahren ziehen lassen, in denen Aufklärungsfehler gerügt wer-

den. Diese Untersuchungen zeigen, dass Arzthaftungsklagen in den wenigsten Fällen allein auf mangelnde Eingriffsaufklärung gestützt werden, nämlich nur in etwa 10 bis 20 % der Verfahren, dass aber Klagen, in denen ein Aufklärungsfehler entweder allein oder aber zusammen mit einem Behandlungsfehler geltend gemacht wird, eine deutlich höhere Erfolgsquote haben als solche, in denen lediglich ein Behandlungsfehler gerügt wird.<sup>16</sup> Das lässt vermuten, dass es mit der Patientenaufklärung wohl nicht zum Besten steht.<sup>17</sup> Diesen Eindruck muss man jedenfalls als Jurist gewinnen. Teile der Ärzteschaft mögen da anderer Auffassung sein.

e) Ärzte vermögen mitunter schon nicht unseren rechtlichen Ansatz zu teilen, wonach die medizinische Heilbehandlung ein Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten ist und sich damit rechtlich als Körperverletzung im Sinne von § 823 Abs. 1 BGB darstellt. Mancher stört sich offenbar schon an dem Begriff „Körperverletzung“. So wird der – doch wohl etwas überspitzte – Vorwurf erhoben, die Heilbehandlung, die dem Patienten ja nicht schaden, sondern doch helfen solle, werde bei dieser rechtlichen Sichtweise mit der Tat eines Messerstechers verglichen.<sup>18</sup> Dabei wird indessen übersehen, dass unsere Rechtsdogmatik bei menschlichem Verhalten unterscheidet zwischen der Verwirklichung des Tatbestands einer Norm, der Rechtswidrigkeit des menschlichen Verhaltens und der Schuld desjenigen, der gehandelt oder eine gebotene Handlung unterlassen hat. Wenn die Rechtsprechung den ärztlichen Heileingriff als Körperverletzung einordnet und als Konsequenz daraus den Tatbestand des § 823 Abs. 1 BGB verwirklicht sieht, ist damit also weder ein Unrechtsurteil, noch ein Schuldvorwurf verbunden. Die rechtliche Einordnung der medizinischen Behandlung als Körperverletzung ist gewissermaßen wertneutral: Eine Körperverletzung muss nicht in schädigender Absicht erfolgen, sie kann

<sup>7</sup> BGH, Urt. v. 16.11.2004 - VI ZR 328/03 - VersR 2005, 228 = MedR 2005, 226 = GesR 2005, 68 = ArztR 2006, 63

<sup>8</sup> Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rn. 325

<sup>9</sup> BGH, Urt. v. 25.4.1989 - VI ZR 175/88 - VersR 1989, 702 = MedR 1989, 320 = ArztR 1990, 83 ; Urt. vom 7.7.1994 - III ZR 52/93 - VersR 1994, 1228 = MedR 1995, 25

<sup>10</sup> MünchKomm-BGB/Wagner, 5. Aufl., § 823, Rn. 764

<sup>11</sup> vgl. BGH, Urt. v. 27.4.2004 - VI ZR 34/03 - VersR 2004, 909 = MedR 2004, 561 = GesR 2004, 290 = ArztR 2005, 68

<sup>12</sup> vgl. Steffen/Pauge, Fn. 8, Rn. 328a; Wussow, Fn. 4, S. 1340 f.; jeweils m.w.N.

<sup>13</sup> Steffen/Pauge, Fn. 8, Rn. 328b

<sup>14</sup> BGH, Urt. v. 07.12.2004 - VI ZR 212/03 - VersR 2005, 408 = MedR 2005, 412 = GesR 2005, 161 = ArztR 2006, 37

<sup>15</sup> MünchKomm-BGB/Wagner, Fn. 10, Rn. 770

<sup>16</sup> Rumler-Detzel, Festschrift Deutsch, 1999, S. 699, 704 ff.

<sup>17</sup> MünchKomm-BGB/Wagner, Fn. 10, Rn. 773

<sup>18</sup> vgl. Rumler-Detzel, Fn. 16, S. 699

► auch zu einem guten Zweck vorgenommen werden, nämlich dazu, den Patienten zu heilen. Auch ein Heileingriff greift ja in die körperliche Integrität des Menschen ein und bedarf deshalb der Rechtfertigung, also grundsätzlich der Einwilligung des Patienten. Diese Einwilligung kann indessen rechtlich nur dann relevant und damit wirksam sein, wenn der Patient weiß, worin er einwilligt („informed consent“).<sup>19</sup>

Diese Konstruktion der Aufklärung als Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung bzw. Rechtfertigung ist allerdings in erster Linie beim deliktischen Anspruch am Platz, während beim vertraglichen Anspruch das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Vordergrund steht.<sup>20</sup> Das grundrechtlich geschützte Persönlichkeitsrecht des Patienten und dessen personale Würde verbieten es, ihn im Rahmen der Behandlung die Rolle eines bloßen Objekts zuzuweisen.<sup>21</sup> Er ist vielmehr Subjekt der Behandlung, so dass ein ordnungsgemäßer Behandlungsvertrag seine Einwilligung voraussetzt, die grundsätzlich nur dann wirksam erteilt werden kann, wenn er die erforderliche Aufklärung über den beabsichtigten Eingriff erhalten hat und auf dieser Grundlage sein Selbstbestimmungsrecht sinnvoll – nämlich nach hinreichender Information über Nutzen und Risiken – ausüben kann.<sup>22</sup> Deshalb wird die Eingriffsaufklärung von manchen Autoren auch als Risikoaufklärung oder eben auch als Selbststimmungsaufklärung bezeichnet.<sup>23</sup>

### 3. Gegenstand und Umfang der Eingriffsaufklärung

a) Sinn und Zweck der Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung ist es, dem Patienten eine allgemeine Vorstellung zu vermitteln von der Art und dem Schweregrad der beabsichtigten Behandlung sowie von den Belastungen und Risiken, denen er sich aussetzt. Aufklärung und Einwilligung sind grundsätzlich vor allen diagnostischen oder therapeutischen Behandlungsmaßnahmen wie Narkose, Operation, Injektion, Medikation, Bestrahlung etc. geboten, um dem Patienten die sinnvolle Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts zu ermöglichen. Dabei muss die Einwilligung grundsätzlich für die einzelnen an der Behandlung beteiligten Ärzte getrennt erfolgen, soweit diese selbständige Behandlungsschritte vornehmen wie z.B. der Chirurg und der Anästhesist.<sup>24</sup>

b) Die Patienteneinwilligung nimmt dem Arzt nicht die medizinische Verantwortung ab. Die Aufklärung soll dem Patienten auch kein medizinisches Entscheidungswissen vermitteln, sondern ihm aufzeigen, was der Eingriff für seine persönliche Situation bedeuten kann. Er soll Art und Schwere des Eingriffs erkennen.

Dazu müssen ihm die Risiken nicht medizinisch exakt und nicht in allen denkbaren Erscheinungsformen dargestellt werden, ein allgemeines Bild von der Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums genügt. Das Maß der Aufklärung wird nicht nur durch den konkreten Eingriff, sondern auch durch die berufliche und private Lebensführung des Patienten, seine erkennbaren Entscheidungspräferenzen bestimmt („patientenbezogene Aufklärung“). Als grober, genereller Maßstab für die den Aufklärungsumfang bestimmende Risikoabwägung sind im konkreten Einzelfall gegenüberzustellen:

- auf der Behandlungsseite das Gewicht der medizinischen Indikation, also die medizinische Notwendigkeit der in Aussicht genommenen Behandlung, die zeitliche Dringlichkeit des Eingriffs und die Sicherheit des angestrebten Heilerfolgs,
- auf der Risikoseite in erster Linie und maßgeblich die Schwere der Schadensfolgen für die Lebensführung des Patienten im Fall der Risikoverwirklichung, die spezifischen Eingriffsrisiken und die Häufigkeit der erfahrungsgemäß auftretenden Schadensfolgen, also die Komplikationsdichte.<sup>25</sup>

Allerdings sind Risikostatistiken für das Maß der Aufklärung von nur geringem Wert. Sie schlüsseln die Risiken meist zu eng nach medizinischen Verwirklichungsformen und -graden auf und unterscheiden nicht zwischen unvermeidbaren und vermeidbaren Risiken. Der Umfang der Aufklärungspflicht hängt vielmehr wesentlich von den konkreten Umständen des Falles ab. Dabei kommt es auch darauf an, mit welcher Komplikationsdichte gerade in der betreffenden Klinik aufgrund des Könnens und der Erfahrung des dort tätigen und für die Operation in Betracht kommenden Chirurgen zu rechnen ist.<sup>26</sup>

Über ein bekanntes Risiko ist dann aufzuklären, wenn es dem Eingriff spezifisch anhaftet und es bei seiner Verwirklichung die Lebensführung des Patienten besonders belastet.<sup>27</sup> Ist dies der Fall, dann sind zwar Art und Umfang der Aufklärung daran auszurichten, wie dringlich die beabsichtigte Operation ist; es ist jedoch

<sup>19</sup> Steffen/Pauge, Fn. 8, Rn. 321

<sup>20</sup> Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 6. Aufl., Rn. C 1

<sup>21</sup> BGH, Urt. v. 23.11.1982 - VI ZR 222/79 - VersR 1983, 264 = MedR 1983, 62; vgl. auch BVerfG, VersR 1979, 907, 913 = NJW 1979, 1925

<sup>22</sup> Müller, Fn. 3, S. 463

<sup>23</sup> vgl. z.B. MünchKomm-BGB/Wagner, Fn. 3, Rn. 770

<sup>24</sup> Geiß/Greiner, Fn. 10, Rn. 4 ff.

<sup>25</sup> Geiß/Greiner, Fn. 20, Rn. 42

<sup>26</sup> BGH, Urt. v. 15.2.2000 - VI ZR 48/99 - VersR 2000, 725 = MedR 2001, 42 = ArztR 2000, 223

<sup>27</sup> BGH, Urt. v. 7.7.1994 - III ZR 52/93 - Fn. 9 u. v. 21.11.1995 - VI ZR 341/94 - VersR 1996, 330 = MedR 1996, 215 ►

► regelmäßig nicht Sache des Arztes, sondern des Patienten, darüber zu entscheiden, ob das mit dem Eingriff verbundene Risiko eingegangen werden soll.<sup>28</sup> Auch über ein gegenüber dem Hauptrisiko weniger schweres Risiko ist aufzuklären, wenn dieses dem Eingriff spezifisch anhaftet, für den Laien überraschend ist und durch die Verwirklichung des Risikos die Lebensführung des Patienten schwer belastet würde.<sup>29</sup> Über das Misserfolgsrisiko ist jedenfalls dann aufzuklären, wenn durch den Misserfolg die Operation, statt den Zustand zu verbessern, geradezu ins Gegenteil einer erheblichen Verschlechterung umschlagen kann. Aufzuklären ist auch über den großen Umfang einer Operation, sofern der Patient ihn nicht ohne Weiteres aus der Art des Eingriffs erkennen kann.<sup>30</sup>

Die vitale oder absolute Indikation entbindet nicht von der Aufklärungspflicht, auch nicht die Befürchtung gleichartiger Risiken im Falle einer Nichtbehandlung. Diese Umstände können nur die Eindringlichkeit und Genauigkeit der Aufklärung beeinflussen.<sup>31</sup>

c) Die Wahl der richtigen Behandlungsmethode ist grundsätzlich allein Sache des Arztes.<sup>32</sup> Über Behandlungsalternativen ist jedoch aufzuklären, wenn die Methode des Arztes nicht die der Wahl ist oder konkret eine echte Alternative besteht (konservative Behandlung statt Operation; Intubationsnarkose statt Periduralanästhesie oder Spinalanästhesie).<sup>33</sup> Bei einer echten Behandlungsalternative ist auch über solche Risiken aufzuklären, die sich noch in der wissenschaftlichen Diskussion befinden.<sup>34</sup> Will der Arzt eine Neulandmethode anwenden, die sich noch in der Phase der Erprobung befindet, so hat er den Patienten auch darüber aufzuklären und darauf hinzuweisen, dass unbekannte Risiken derzeit nicht auszuschließen sind.<sup>35</sup> Die Anwendung einer sogenannten "Außenseitermethode" erfordert zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten dessen Aufklärung über das Für und Wider dieser Methode. Einem Patienten müssen nicht nur die Risiken und die Gefahr eines Misserfolges des Eingriffs erläutert werden, sondern er ist auch darüber aufzuklären, dass der geplante Eingriff (noch) nicht medizinischer Standard ist und seine Wirksamkeit statistisch (noch) nicht abgesichert ist. Der Patient muss wissen, auf was er sich einlässt, um abwägen zu können, ob er die Risiken einer eventuell nur relativ indizierten Behandlung und deren Erfolgsaussichten im Hinblick auf seine Befindlichkeit vor dem Eingriff eingehen will.<sup>36</sup> Eine Pflicht zur besonders detaillierten Aufklärung besteht natürlich erst recht bei einem sogenannten Heilversuch mit einem noch gar nicht zugelassenen Medikament.<sup>37</sup>

Die Aufklärung muss dem Patienten ein zutreffendes Bild der dem Eingriff anhaftenden Risiken vermitteln. Daraus folgt, dass der Arzt ein bestehendes Risiko nicht verharmlosen darf. Lastet dem Eingriff das Risiko einer dauernden Lähmung oder gar eine Querschnittslähmung an, ist es fehlerhaft, wenn der Arzt von vorübergehenden Lähmungen spricht<sup>38</sup> oder erklärt, es könne zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Leidens kommen.<sup>39</sup>

d) Zum Umfang der Aufklärungspflicht vor einer Anästhesie gibt es nur wenige Gerichtsentscheidungen. Offenbar werden insoweit nur selten Aufklärungsmängel gerügt. Soweit ersichtlich gibt es nur ein einziges BGH-Urteil dazu, nämlich eine Entscheidung aus dem Jahr 1974, in der es heißt, dass ein Arzt, der sich bei einem chirurgischen Eingriff am Zwölffingerdarm an Stelle der Narkose zu einer – damals in Laienkreisen wohl noch weitgehend unbekannt – PDA entschließt, den Patienten auch über diesen Eingriff und dieses Verfahren aufzuklären hat.<sup>40</sup> Im Jahre 1984 hat der BGH eine Revision gegen ein Urteil des OLG Oldenburg nicht angenommen, das eine Pflicht zur Aufklärung über die Risiken einer Stellatumblockade bejaht hatte.<sup>41</sup> Etwas später hat der BGH ein Urteil des OLG Düsseldorf gebilligt, in dem eine Aufklärungspflicht über das Risiko einer versehentlichen Gefäßverletzung bei einer Plexusblockade verneint

<sup>28</sup> BGH, Ur. v. 16.4.1991 - VI ZR 176/90 - VersR 1991, 812 = MedR 1992, 34 u.v. 2.11.1993 - VI ZR 245/92 - VersR 1994, 104 = MedR 1994, 277

<sup>29</sup> BGH, Ur. v. 10.10.2006 - VI ZR 74/05 - VersR 2007, 66 = MedR 2008, 289 = GesR 2007, 14 = ArztR 2008, 63

<sup>30</sup> OLG Bamberg, VersR 1998, 1025 mit NA-Beschl. des BGH v. 3.2.1998 - VI ZR 226/97

<sup>31</sup> BGH, Ur. v. 7.2.1984 - VI ZR 174/82 - VersR 1984, 465 = MedR 1985, 224 u. v. 6.11.1990 - VI ZR 8/90 - VersR 1991, 227 = MedR 1991, 85 = ArztR 1991, 358

<sup>32</sup> Steffen/Pauge, Fn. 8, Rn. 375

<sup>33</sup> BGH, Ur. v. 12.02.1974 - VI ZR 141/72 - VersR 1974, 602 = NJW 1974, 1422

<sup>34</sup> BGH, Ur. v. 21.11.1995 - VI ZR 329/94 - VersR 329/94 = MedR 1996, 271 = ArztR 1997, 155

<sup>35</sup> BGH, Ur. v. 13.6.2006 - VI ZR 323/04 - VersR 2006, 1073 = MedR 2006, 650 = GesR 2006, 411 = ArztR 2007, 207 (Robodoc)

<sup>36</sup> BGH, Ur. v. 22.5.2007 - VI ZR 35/06 - VersR 2007, 1273 = MedR 2008, 87 = GesR 2007, 401 = ArztR 2008, 174 (Racz-Katheter)

<sup>37</sup> BGH, Ur. v. 27.3.2007 - VI ZR 55/05 - VersR 2007, 995 = MedR 2007, 653 = GesR 2007, 311 = ArztR 2008, 181 (Epilepsie)

<sup>38</sup> BGH, Ur. v. 29.9.1998 - VI ZR 268/97 - VersR 1999, 190 = MedR 1999, 118 = ArztR 1999, 109

<sup>39</sup> OLG Hamm, VersR 1988, 1133 = ArztR 1989, 193 mit NA-Beschl. des BGH v. 19.4.1988 - VI ZR 271/87

<sup>40</sup> BGH, Ur. v. 12.02.1974, Fn. 33

<sup>41</sup> OLG Oldenburg, VersR 1985, 274 mit NA-Beschl. des BGH v. 4.12.1984 - VI ZR 254/83

<sup>42</sup> OLG Düsseldorf, VersR 1987, 487 mit NA-Beschl. des BGH v. 8.7.1986 - VI ZR 251/85

worden war.<sup>42</sup> Vor einer Spinalanästhesie muss der Patient nach Auffassung des OLG Oldenburg nicht auf das extrem seltene Risiko einer inkompletten Querschnittslähmung hingewiesen werden. Die Revision gegen dieses Urteil hat der BGH im Jahr 1992 nicht angenommen.<sup>43</sup> Das OLG Düsseldorf hat 1994 entschieden, dass im Rahmen der Aufklärung über die Risiken einer Narkose vor einem operativen gynäkologischen Eingriff (es ging um eine Chromolaparoskopie) kein Hinweis auf die Möglichkeit einer schwerwiegenden Hirnschädigung oder gar auf die Möglichkeit eines tödlichen Verlaufs zu fordern sei, weil damit die Grenze des konkreten Risikospektrums überschritten werde.<sup>44</sup> Die dagegen eingelegte Revision hat der BGH nicht angenommen. Im Jahr 2003 entschloss sich eine übergewichtige Patientin zu einer Reduzierung ihrer Magenkapazität durch laparoskopische Implantation eines einstellbaren Magenbandes nach dem "Lap-Band-System". Dabei kam es bei der durch die Speiseröhre in den Magen vorzunehmenden Einführung der Kalibrierungs-sonde zu einer Perforation der Speiseröhre. Über dieses nach Angaben des vom Gericht gehörten medizinischen Sachverständigen praktisch unbekanntes Risiko (der Sachverständige hatte nach aufwendigen Recherchen in der Fachliteratur nur einen einzigen Fall gefunden, in dem von einer Ösophagusläsion durch eine Magensonde berichtet wurde, und zwar im Jahr 2004 in Florida) war die Patientin nicht aufgeklärt worden. Das OLG Hamm hat darin keinen Fehler gesehen. Die von der Klägerin gegen dieses Urteil eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde hat der BGH zurückgewiesen.<sup>45</sup> Die letzte mir bekannte Entscheidung des BGH über den Umfang der Aufklärungspflicht des Anästhesisten betraf die Operation eines seit seiner Geburt schwerbehinderten und u.a. an einer Verkrümmung leidenden Patienten, der im Alter von 12 Jahren am Rücken operiert wurde, um seine Sitz- und Lagerungsfähigkeit zu erhalten und zu verbessern. Während des Eingriffs kam es zu drei relevanten Blutdruckabfällen. Der dritte Blutdruckabfall endete in einem vollständigen Kreislaufzusammenbruch, der zu einer Unterversorgung des Gehirns und dadurch zu gravierenden Hirnschäden führte. Der Patient warf der Behandlungsseite u.a. vor, er sei nicht über die geplante Verwendung des Narkosemittels Propofol und der damit angeblich auch beabsichtigten kontrollierten Blutdruckabsenkung informiert worden. Das OLG Jena hat insoweit eine Aufklärungspflicht verneint und die Klage abgewiesen. Die dagegen eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde hatte beim BGH keinen Erfolg.<sup>46</sup>

Aus dem Bereich der Zahnmedizin gibt es mehrere Entscheidungen von Oberlandesgerichten zu der Frage, ob vor einer Leitungsanästhesie über das Ri-

siko von Nervschädigungen aufzuklären ist. Nach Auffassung der Oberlandesgerichte Schleswig<sup>47</sup> und Stuttgart<sup>48</sup> soll eine Aufklärung über das sehr selten auftretende Risiko einer vorübergehenden Schädigung des Nervus lingualis nicht erforderlich sein, weil dieses als Nebenfolge der Schmerzausschaltung durch Betäubung als allgemein bekannt vorausgesetzt werden könne. Jeder Laie könne sich vorstellen, dass die Ausschaltung von schmerzleitenden Bahnen andere in diesem Bereich verlaufende Nerven tangieren könne, und zwar auch über die Wirkungszeit des Mittels hinaus. Vorübergehende Missempfindungen oder Störungen im Versorgungsgebiet des Zungen-nervs seien von dieser Vorstellung abgedeckt. Ob dem zu folgen ist, halte ich für fraglich. In dem vom OLG Stuttgart entschiedenen Fall war es allerdings nicht bei vorübergehenden Taubheitsgefühlen geblieben, sondern vielmehr zu einer dauerhaften Schädigung des Nervus lingualis gekommen. Insofern meinte das OLG immerhin, dass die Möglichkeit bleibender Nervschäden infolge einer Leitungsanästhesie nicht von der Kenntnis über das allgemeine Narkoserisiko umfasst werde. Gleichwohl sei aber eine Aufklärung darüber nicht erforderlich. Zwar seien die Folgen einer dauerhaften Schädigung - insbesondere das Taubheits- und Fremdkörpergefühl sowie die mögliche Minderung des Geschmacksempfindens - durchaus erheblich. Jedoch sei das Risiko einer solchen Schädigung extrem selten. Es liege nach der Schätzung des Sachverständigen bei 1:400.000, sei aber eher noch geringer einzuschätzen. Die dauerhaften Folgen könnten im Ausprägungsgrad sehr unterschiedlich sein. Angesichts dieser Umstände - und unter Einbeziehung des Überraschungsmoments - werde der vor einem schmerzhaften Eingriff stehende Patient seine Entscheidung für oder gegen eine Leitungsanästhesie vernünftigerweise nicht davon abhängig machen, dass der Nervus lingualis unter Umständen dauerhaft geschädigt werden könne.

Damit hat das OLG die einschlägigen Grundsätze der Rechtsprechung des BGH indessen grundlegend verkannt, denn eine wirksame Einwilligung des Patienten in eine medizinische Behandlung liegt nur dann vor, wenn eine sogenannte Grundaufklärung erfolgt ist. Diese erfordert eine Aufklärung über das schwerste in

<sup>43</sup> OLG Oldenburg, VersR 1993, 580 mit NA-Beschl. des BGH v. 13.10.1992 - VI ZR 90/92

<sup>44</sup> OLG Düsseldorf, AHRS 4230/100 mit NA-Beschl. des BGH v. 21.03.1995 - VI ZR 25/94

<sup>45</sup> OLG Hamm, Ur. v. 5.12.2005 - 3 U 110/05 - juris, mit NZB-Beschl. des BGH v. 26.7.2007 - VI ZR 31/06

<sup>46</sup> OLG Jena Ur. v. 27.2.2008 - 4 U 2/04 - RDG 2009, 82; NZB-Beschluss v. 18.11.08 - VI ZR 55/08

<sup>47</sup> OLG Schleswig, AHRS, 4800/5

<sup>48</sup> OLG Stuttgart, VersR 1999, 1500 ebenso: OLG Düsseldorf, AHRS 4800/303

► Betracht kommende Risiko, das dem Eingriff spezifisch anhaftet.<sup>49</sup> Dies kann es - wie schon erwähnt - erfordern, auch über sehr seltene Risiken aufzuklären, wenn sie bei ihrer Verwirklichung die Lebensführung schwer belasten und trotz ihrer Seltenheit für den Eingriff spezifisch und für den Laien überraschend sind. Demgemäß haben andere Gerichte in jüngerer Zeit zunehmend eine Aufklärungspflicht bejaht.<sup>50</sup> Nach dem Grundsatz einer Aufklärung „im großen und ganzen“ könnte man etwa den Hinweis „Nervenverletzung, Lähmung“ als ausreichend ansehen.<sup>51</sup> Der zweite Fehler, der dem OLG Stuttgart unterlaufen ist, liegt darin, dass es Erwägungen darüber angestellt hat, ob ein Patient in einem solchen Fall seine Einwilligung vernünftigerweise von dem sehr seltenen Risiko einer Nervenschädigung abhängig machen werde. Wie an anderer Stelle noch darzulegen sein wird, kommt es im Rahmen der Einwilligung nicht darauf an, wie sich ein vernünftiger Patient verhalten würde. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das die Aufklärung sichern soll, schützt auch eine Entscheidung, die aus medizinischen Gründen unvertretbar erscheint.<sup>52</sup>

e) Gegen den Vorwurf einer unzureichenden Aufklärung des Patienten verteidigten sich Ärzte früher oft gerne mit der Behauptung, die Mitteilung der wahren Krankheitsursachen und Behandlungschancen sei aus therapeutischen Gründen unterblieben, um dem Patienten den damit verbundenen Schock zu ersparen.<sup>53</sup> Dies liest man heute indessen praktisch gar nicht mehr in den Gerichtsakten, und das ist auch gut so. Sicherlich wird es besondere Situationen geben können, in denen der Arzt dem Patienten aus therapeutischen Gründen gewisse Erkenntnisse vorenthalten darf und muss.<sup>54</sup> Dies sollte jedoch nicht, wie geschehen, als therapeutisches „Privileg“ bezeichnet werden.<sup>55</sup> Diese Bezeichnung kann leicht zu Missverständnissen führen, denn der notwendige Umfang der Aufklärung steht nicht in der Entscheidungsfreiheit der Arztes. Dieser hat insoweit kein Privileg. Ein solches würde sich nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten vertragen.

Wenn es um die Aufklärung über medizinische Fakten geht, die den Patienten psychisch schwer belasten könnten, ist danach zu differenzieren, ob ihm lediglich eine Diagnose mitzuteilen ist oder ob die Aufklärung der Vorbereitung therapeutischer Maßnahmen, insbesondere einer Operation, dient. Geht es um die Information des Patienten über sein weiteres Schicksal, dient die Aufklärung nicht der Entscheidungsvorbereitung. In diesem Fall handelt es sich nicht um eine Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung. Insofern mag eine Einschränkung der Aufklärungspflicht

in Betracht kommen, wenn die Offenlegung der Diagnose das psychische Gleichgewicht des Patienten massiv beeinträchtigen würde, ohne ihm irgendeinen Nutzen zu bringen. Eine solche Schonung ist im Rahmen der Eingriffs- oder Selbstbestimmungsaufklärung indessen grundsätzlich nicht erlaubt. Würde der Arzt dem Patienten nämlich Informationen vorenthalten, die dieser für die von ihm zu treffende Entscheidung für oder gegen einen Eingriff benötigt, würde sich der Arzt eine Entscheidungsbefugnis über Leben und Gesundheit des Patienten anmaßen, die ihm nicht zusteht. Eine Pflicht zur Aufklärung des Patienten kann vielmehr nur dann entfallen, wenn der Patient gar nicht einwilligungsfähig ist. Ein Kranker, dem die erforderliche Einsichtsfähigkeit fehlt, bedarf auch keiner Aufklärung.<sup>56</sup>

f) Damit komme ich zu der Frage, wer im Einzelfall Aufklärungsadressat ist. Grundsätzlich ist derjenige aufzuklären, der die Einwilligung in die Behandlung zu erteilen hat, also bei Erwachsenen grundsätzlich der Patient persönlich, bei minderjährigen oder willensunfähigen Patienten deren gesetzlicher Vertreter (Eltern, Betreuer, Pfleger). Zu beachten ist, dass minderjährigen Patienten bei nur relativ indizierten Eingriffen mit möglichen erheblichen Folgen für die künftige Lebensführung ein Vetorecht gegen die Fremdbestimmung der Eltern zustehen kann, wenn sie ausreichende Urteilsfähigkeit haben. Dann sind auch sie aufzuklären, wobei der Arzt allerdings im Allgemeinen darauf vertrauen kann, dass die Aufklärung und Einwilligung der Eltern genügt.<sup>57</sup> Dem Eingriff beim Minderjährigen müssen grundsätzlich beide Eltern zustimmen, wobei indessen jeder Elternteil den anderen ermächtigen kann, für ihn mitzuhandeln. Dann bedarf es auch nur der Aufklärung des ermächtigten Elternteils. Bei so genannten Alltagsfällen, also leichteren Verletzungen und Erkrankungen, die eine Kindheit üblicherweise begleiten, kann der Arzt von einer solchen Ermächtigung des mit dem Kind erschienenen Elternteils ausgehen, solange ihm nichts anderes bekannt ist. Vor schwereren Eingriffen sollte der Arzt die Frage der Ermächtigung ansprechen und klären, wobei er prinzipiell auf die Auskunft des er-

<sup>49</sup> BGH, Urt. v. 14.11.1995 - VI ZR 359/94 - VersR 1996, 195 = MedR 1996, 213 = ArztR 1996, 248

<sup>50</sup> OLG Hamm, AHRS 4800/124; OLG Koblenz, AHRS 4800/309; OLG Düsseldorf, AHRS 4800/317; OLG Jena, AHRS 4800/318

<sup>51</sup> Stöhr, MedR 2004, 156, 158 f.

<sup>52</sup> BGH, Urt. v. 7.2.1984 - VI ZR 174/82 - VersR 1984, 465 = MedR 1985, 224

<sup>53</sup> MünchKomm-BGB/Wagner, Fn. 10, Rn. 791 m.w.N.

<sup>54</sup> BGH, Urt. v. 23.11.1982 - VI ZR 222/79 - Fn.22

<sup>55</sup> so aber Deutsch, NJW 1980, 1305

<sup>56</sup> MünchKomm-BGB/Wagner, Fn. 10, Rn. 792.

<sup>57</sup> BGH, Urt. v. 10.10.2006 - VI ZR 74/05 - Fn. 30

► schienenen Elternteils vertrauen darf. Bei schwierigen und weitreichenden Entscheidungen hat der Arzt den nicht erschienenen Elternteil grundsätzlich an der Entscheidung mitzubeteiligen.<sup>58</sup>

g) Aufklärungspflichtig ist jeder Arzt für den Behandlungsschritt, den er vornimmt. Das bedeutet, dass über Operationsrisiken einschließlich des mit dem operativen Eingriff verbundenen Risikos von Lage- und Verletzungsschäden der Operateur aufzuklären hat, über das Narkoserisiko der Anästhesist und über das Risiko einer Bestrahlung der Strahlentherapeut. Der danach zur Aufklärung verpflichtete Arzt kann diese Aufgabe einem anderen Arzt übertragen. Eine Übertragung auf nichtärztliche Mitarbeiter ist dagegen nicht zulässig. Der Arzt, der es für den behandelnden Arzt übernommen hat, den Patienten aufzuklären, haftet in erster Linie selbst für Aufklärungsversäumnisse.<sup>59</sup> Hat der Arzt die Aufklärung einem anderen Arzt übertragen und klärt dieser den Patienten nicht ordnungsgemäß auf, haftet dafür grundsätzlich auch der behandelnde Arzt. Das kann selbst dann der Fall sein, wenn er angenommen hat, der Patient habe nach ordnungsgemäßer Aufklärung wirksam in den Eingriff eingewilligt. Denn auch wenn der behandelnde Arzt irrig von einer ordnungsgemäßen Aufklärung und damit irrig von einer wirksamen Einwilligung des Patienten ausgeht, bleibt die Behandlung insgesamt rechtswidrig.

Hat der behandelnde Arzt entschuldbar eine wirksame Einwilligung des Patienten angenommen, kann zwar seine Haftung für nachteilige Folgen der Behandlung nicht wegen fehlender Rechtswidrigkeit seines Verhaltens, möglicherweise aber mangels Verschuldens entfallen. Voraussetzung dafür ist, dass der Irrtum des Behandlers nicht auf Fahrlässigkeit (§ 276 Abs. 2 BGB) beruht. Diese ist bei einer Übertragung der Aufklärung auf einen anderen Arzt nach der Rechtsprechung des BGH aber nur dann zu verneinen, wenn der nicht selbst aufklärende Arzt durch geeignete organisatorische Maßnahmen und Kontrollen sichergestellt hat, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung durch den damit betrauten Arzt gewährleistet ist.

Der Chefarzt, der die Risikoaufklärung eines Patienten einem nachgeordneten Arzt überträgt, muss deshalb im Rechtsstreit darlegen, welche organisatorischen Maßnahmen er ergriffen hat, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren. Das gilt erst recht, wenn der Operateur als Chefarzt Vorgesetzter des aufklärenden Arztes und diesem gegenüber überwachungspflichtig und weisungsberechtigt ist. Denn zu den Pflichten eines Chefarztes gehört es, für eine ordnungsgemäße Aufklärung

der Patienten seiner Klinik zu sorgen. Hat er im Rahmen seiner Organisationspflicht die Aufklärung einem nachgeordneten Arzt übertragen, darf er sich auf deren ordnungsgemäße Durchführung und insbesondere die Vollständigkeit der Aufklärung nur dann verlassen, wenn er hierfür ausreichende Anweisungen erteilt hat. Dazu gehört die Angabe, ob er sich etwa in einem Gespräch mit dem Patienten über dessen Aufklärung oder durch einen Blick in die Krankenakte vom Vorhandensein einer von Patient und aufklärendem Arzt unterzeichneten Einverständniserklärung vergewissert hat, dass eine für einen medizinischen Laien verständliche Aufklärung unter Hinweis auf die spezifischen Eingriffsrisiken erfolgt ist.<sup>60</sup> Ein blindes Vertrauen darauf, dass der ansonsten zuverlässige Kollege auch im konkreten Fall ordnungsgemäß aufgeklärt hat, darf es jedenfalls nicht geben.<sup>61</sup>

#### 4. Zeitpunkt und Form der Aufklärung

Die Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten verlangt, dass die Aufklärung so rechtzeitig erfolgt, dass der Patient, bevor er in die Behandlung einwilligt, ausreichend Überlegungsfreiheit hat. Er soll sich ohne vermeidbaren Zeitdruck entscheiden. Das bedeutet, dass - abgesehen von Notfällen - grundsätzlich am Tag vor dem Eingriff aufzuklären ist. Das gilt auch für die Narkoseaufklärung. Bei zeitlich und sachlich nicht dringlichen operativen oder diagnostischen Eingriffen, die mit erheblichen Belastungen und Risiken verbunden sind, sollte die Aufklärung richtigerweise noch eher erfolgen. Eine Aufklärung am Vorabend der Operation kann zu spät sein, insbesondere dann, wenn die Vorbereitungen schon so weit gediehen sind, dass der Patient mit einer sich nahtlos anschließenden Durchführung des Eingriffs rechnen muss und deshalb unter dem Eindruck steht, sich nicht mehr aus dem Geschehen lösen zu können. Frühere Aufklärungsgespräche sind aber mit zu berücksichtigen.<sup>62</sup> Auch die Einwilligungserklärung muss, wenn sie wirksam sein soll, rechtzeitig im Zustand freier Selbstbestimmung und nicht etwa erst „auf der Bahre“ unter dem Einfluss einer Beruhigungsspritze erfolgen.<sup>63</sup>

Aufklärung und Einwilligung bedürfen nicht der Schriftform. Nach der Rechtsprechung bedarf es zum

<sup>58</sup> BGH, Urt. v. 15.2.2000 - VI ZR 48/99 - Fn. 27

<sup>59</sup> BGH, Urt. v. 22.4.1980 - VI ZR 37/79 - VersR 1980, 456

<sup>60</sup> BGH, Urt. v. 7.11.2006 - VI ZR 206/05 - VersR 2007, 209 = MedR 2007, 169 = GesR 2007, 108 = ArztR 2007, 322

<sup>61</sup> Pauge, Festschrift Hirsch, 2008, 423, 427 f.

<sup>62</sup> Geiß/Greiner, Fn. 20, Rn. C 97 ff. m.w.N.

<sup>63</sup> BGH, Urt. v. 17.2.1998 - VI ZR 42/97 - VersR 1998, 716 = MedR 1998, 516 = ArztR 1998, 261 ►

► Zweck der Aufklärung grundsätzlich des vertrauensvollen Gesprächs zwischen dem Arzt und dem Patienten, wobei ergänzend einschlägige Merkblätter verwendet werden dürfen.<sup>64</sup> Diese können jedoch grundsätzlich nicht die mündliche, auf den Einzelfall abgestellte Aufklärung ersetzen.<sup>65</sup>

## 5. Dokumentation der Aufklärung

Die Notwendigkeit, die Aufklärung im Aufklärungsgespräch statt durch Formulare zu geben, setzt den Anforderungen an ihren Nachweis im Prozess naturgemäße Grenzen. Zweckmäßig ist es, Inhalt und Zeitpunkt der Aufklärung in den Krankenunterlagen zu dokumentieren.<sup>66</sup> Eine vom Patienten unterzeichnete Einwilligungserklärung hat indizielle Bedeutung dafür, dass ein mündliches Aufklärungsgespräch stattgefunden hat. Sie kann auch ein Hinweis für den Inhalt des Gesprächs sein.<sup>67</sup>

## 6. Prozessuale Fragen

Weil eine wirksame Einwilligung nur bei ausreichender Aufklärung vorliegt, hat der Arzt im Prozess nachzuweisen, dass der Patient hinreichend aufgeklärt worden ist und seine Einwilligung in die Behandlung deshalb wirksam ist.<sup>68</sup> Die Beweislast erstreckt sich auch auf die Aufklärung über die Dringlichkeit des Eingriffs<sup>69</sup> sowie auf die Rechtzeitigkeit der Aufklärung.<sup>70</sup> Ist von einer nicht ordnungsgemäßen Aufklärung auszugehen, kann der Arzt sich darauf berufen, dass der Patient bei ordnungsgemäßer Aufklärung in die Behandlung eingewilligt haben würde (sog. hypothetische Einwilligung).<sup>71</sup> Bevor die Behandlungsseite sich hierauf beruft, hat der klagende Patient keine Veranlassung, seine Gründe für eine Weigerung darzutun.<sup>72</sup> Macht die Behandlungsseite hypothetische Einwilligung geltend, so obliegt dem Patienten die plausible Darlegung, dass er bei ordnungsgemäßer Aufklärung vor einem echten Entscheidungskonflikt gestanden hätte (nicht, wie er sich entschieden hätte).<sup>73</sup> Dies kann im Rechtsstreit in aller Regel nur nach mündlicher Anhörung des Patienten beurteilt werden, weil es hierfür nicht auf die Entscheidung eines „vernünftigen“ bzw.

des durchschnittlichen Patienten ankommt, sondern auf den konkreten Patienten und die Situation, in der sich dieser seinerzeit befunden hat.<sup>74</sup> Hat der Patient einen solchen echten Entscheidungskonflikt plausibel gemacht, trifft den Arzt die Beweislast dafür, dass der Patient dennoch in die Behandlung eingewilligt hätte.<sup>75</sup> Strenge Anforderungen sind an den Nachweis vollständiger Aufklärung zu stellen, wenn der Patient den Eingriff zunächst abgelehnt und sich erst nach Einwirken des Arztes hierzu bereitgefunden hat.<sup>76</sup> Auch dies folgt aus dem die gesamte Aufklärungsrechtsprechung beherrschenden Ansatz, dass der Patient nicht Objekt, sondern Subjekt des Behandlungsgeschehens ist.<sup>77</sup>

### Korrespondenzadresse:

Burkhard Pauge  
Bundesgerichtshof  
Herrenstraße 45a  
76133 Karlsruhe, Deutschland  
Tel.: 0721 159-5203  
Fax: 0721 159-5501  
E-Mail: [pauge-burkhard@bgh.bund.de](mailto:pauge-burkhard@bgh.bund.de)

<sup>64</sup> BGH, Urt. v. 25.3.2003 - VI ZR 131/02 - VersR 2003, 1441 = MedR 2003, 576 = GesR 2003, 264 = ArztR 2004, 94

<sup>65</sup> BGH, Urt. v. 8.1.85 - VI ZR 15/83 - VersR 1985, 361 = MedR 1985, 168

<sup>66</sup> Steffen/Pauge, Fn. 8, Rn. 435

<sup>67</sup> BGH, Urt. v. 22.5.2001 - VI ZR 268/00 - VersR 2002, 120

<sup>68</sup> BGH, Urt. v. 28.2.1984 - VI ZR 70/82 - VersR 1984, 538 = MedR 1985, 170

<sup>69</sup> BGH, Urt. v. 26.6.1990 - VI ZR 289/89 - VersR 1990, 1238 = MedR 1990, 329 = ArztR 1991, 148

<sup>70</sup> BGH, Urt. v. 4.4.1995 - VI ZR 95/94 - VersR 1995, 1055 = MedR 1995, 370

<sup>71</sup> BGH, Urt. v. 5.2.1991 - VI ZR 108/90 - VersR 1991, 547 = MedR 1991, 200 = ArztR 1991, 312

<sup>72</sup> BGH, Urt. v. 9.11.1993 - VI ZR 248/92 - VersR 1994, 682 = MedR 1994, 278 = ArztR 1994, 280

<sup>73</sup> Geiß/Greiner, Fn. 20, Rn. C 138 ff. m.w.N.

<sup>74</sup> BGH, Urt. v. 2.3.1993 - VI ZR 104/92 - VersR 1993, 749 = MedR 1993, 265 = ArztR 1993, 263

<sup>75</sup> BGH, Urt. v. 7.4.1992 - VI ZR 192/91 - VersR 1992, 960 = MedR 1992, 277 = ArztR 1992, 271

<sup>76</sup> BGH, Urt. v. 14.6.1994 - VI ZR 260/93 - VersR 1994, 1302 = MedR 1994, 488 = ArztR 1995, 133

<sup>77</sup> Steffen/Pauge, Fn. 8, Rn. 321