

lose Uterusentfernung durch den Zweitbehandler führt als Endscha-
den zum Verlust der Gebärfähigkeit.

Diese Konstellation mehrerer nacheinander tätig gewordener Behand-
ler ist von großer praktischer Bedeutung bei der Frage, ob eine durch-
gehende Kausalität zwischen fehlerhaftem Erstscha-
den und dem letztlich eingetretenen Endscha-
den bestehen muss. Grundsätzlich
steht es der haftungsrechtlichen Verantwortung des erstbehandeln-
den Arztes aufgrund der befürwortenden Adäquanztheorie nicht ent-
gegen, dass der Fehler eines nachbehandelnden Arztes dazwischen-
tritt. Das Dazwischentreten einer Zweitursache unterbricht den
Kausalzusammenhang gegenüber der Erstursache nämlich nur, wenn
die Erstursache für die Zweitursache völlig bedeutungslos gewesen ist,
das Verhalten des nachbehandelnden Arztes völlig ungewöhnlich und
unsachgemäß war. Hat sich dagegen das Schadensrisiko der Erstursa-
che, nämlich die durch sie geschaffene Gefahrenlage, in der Zweitursa-
che lediglich endgültig verwirklicht, bleibt der Zurechnungszusam-
menhang gewahrt, der Fehler des erstbehandelnden Arztes wirkt also
fort. So wurde auch der Beispielfall entschieden – mit der Folge, dass
der Erstbehandler allein für den Gesamtscha-
den haftet.

2.11 Entwicklung des Beweisrechts im Arzthaf- tungsprozess

In der Praxis der gerichtlichen Durchsetzung von Schadensersatzan-
sprüchen stand der Patient aufgrund der besonderen Konstellation
des Arzt-Patienten-Verhältnisses bisher einer Vielzahl von Beweispro-
blemen gegenüber, die es ihm bei Anwendung der normalen Beweis-
regeln nahezu unmöglich machten, ein Verschulden des Arztes oder
die Ursächlichkeit seines Handelns für den eingetretenen Schaden
nachzuweisen.

Der BGH hat jedoch in richterlicher Rechtsfortbildung Beweisregeln
entwickelt, die zugunsten des Patienten unter bestimmten Vorausset-
zungen zu Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr
führten. So indizierte eine unterlassene Dokumentation einer doku-
mentationspflichtigen Maßnahme, dass diese tatsächlich unterblieben

sei; es war dann entgegen normalen Beweisregeln Sache der Behandlungsseite, nachzuweisen, dass das Gegenteil zutrifft. Häufig unabweisbar blieb die Tatsache, dass ein festgestellter Behandlungsfehler für den eingetretenen Gesundheitsschaden überhaupt ursächlich geworden ist. Fehlt es aber an einem ursächlichen Schadensnachweis, ist die Klage insgesamt abzuweisen.

Einzige Rettung für die Geschädigtenseite war dann vielfach die vom BGH entwickelte Beweisfigur des „groben Behandlungsfehlers“, der zu einer Beweislastumkehr führte.

Ein grober Behandlungsfehler ist dann als gegeben anzusehen, wenn ein eindeutiger fundamentaler Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse vorliegt, der nach den Umständen des Einzelfalls objektiv nicht mehr verständlich erscheint und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (ständige RSpr, so auch BGH Urt. v. 28.05.2002 VI ZR 42/01 – VersR 2002, 1026).

Nachdem zunächst nur Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr eintreten sollten, stellte der BGH in seiner neueren Rechtsprechung fest, dass die *generelle Eignung* des groben Behandlungsfehlers für den Eintritt des eingetretenen Schadens ausreicht, um die Ursächlichkeit zu unterstellen, vgl. BGH Urt. v. 27.04.2004 VI ZR 34/03 – VersR 2004, 909 und BGH Urt. v. 16.11. 2004 VI ZR 328/03. War also bisher noch ein gewisses Stufenverhältnis der Beweisfolgen zu sehen, so hat der BGH jetzt klargestellt, dass ein grober Behandlungsfehler stets zu einer Verlagerung der Beweislast auf die Behandlerseite führt.

Mit den Neuerungen durch das Patientenrechtegesetz hat diese patientenfreundliche richterliche Rechtsfortbildung nun unmittelbaren Eingang in das Beweisrecht gefunden und speziell die Rechtsfolgen eines groben Behandlungsfehlers sind jetzt gesetzlich verankert, vgl. § 630h Abs. 5 BGB.

Dies gilt auch und besonders für die Fallgruppe der *Befunderhebungsfehler* einschließlich *-unterlassung*, die in der Praxis der Behandlungsfehlerbegutachtung einen durchaus großen Anteil haben und Versicherte vor erhebliche Probleme in der Beweisführung stellten, da bei

unterlassener Befunderhebung in der Regel beim behandelnden Arzt auch keine verwertbaren Unterlagen vorhanden sind. Nach dem Motto „Wer nichts macht, macht auch keine Fehler“ war diesen Schadensverursachern in vielen Fällen keine Schadensursächlichkeit nachzuweisen. In ständiger Rechtsprechung hat der BGH herausgearbeitet, dass ein Verstoß gegen die ärztliche Pflicht zur medizinisch gebotenen Erhebung und Sicherung von Befunden für den Patienten zunächst die Vermutung eines positiven Befundergebnisses darstellt, wenn ein solches hinreichend wahrscheinlich ist. Ein solcher Verstoß hat aber auch Auswirkungen auf die Kausalitätsfrage, wenn die Fehlreaktion des Arztes auf den Befund als grober Behandlungsfehler einzustufen wäre.

Beispiel:

Bei einer vermuteten Subarachnoidalblutung hätte mit rechtzeitiger Abklärung durch eine computertomographische Untersuchung eine weitere Verschlechterung (Vasospasmus) vermieden werden können, weil im konkreten Fall mit größter Wahrscheinlichkeit ein sofort zu operierendes Aneurysma entdeckt worden wäre (OLG Hamm, Urt. v. 26.01.2000, 3 U 166/96, Revision vom BGH nicht angenommen). Die Unterlassung der Operation wäre ein grober Behandlungsfehler gewesen, also war auch die Unterlassung einer entsprechenden Befunderhebung grob fehlerhaft.

Die Formulierung des Gesetzestextes in § 630h Abs. 5 S. 2 BGB nimmt den Leitsatz der ständigen Rechtsprechung jetzt fast wörtlich auf.