

# Aus der Rechtsprechung

## Editorial

Zunehmende Technisierung, arbeitsteilige Leistung in der modernen Diagnostik und Therapie sowie das geschärfte Bewußtsein der Laien für vermeintliche oder tatsächliche medizinische Fehlbehandlungen haben heute zu einer Akzentuierung aller mit dem Arztrecht und vor allem der Arzthaftung verbundenen Probleme im medizinischen Alltag geführt. Wie aus zahlreichen, häufig emotionsüberfrachteten Diskussionen zwischen Ärzten, Juristen und Patienten einsichtig geworden ist, sind Mißverständnisse, Verständigungsschwierigkeiten und Unwissenheit oft Ursache von mangelndem oder übersteigertem Verständnis dafür, was einerseits vom Arzt zu fordern ist, wo andererseits jedoch die Grenzen ärztlicher Leistungsmöglichkeit erreicht sind.

Zur Stabilisierung des derzeit nicht selten labilen Patienten-Arzt-Verhältnisses auf der rechtlichen Seite sollen in verschiedenen Folgen die *Grundzüge des Arztrechtes und Arzthaftungsrechtes unter Einziehung von Grundsatzurteilen und laufender Rechtsprechung* dargestellt werden, da die Grundlagen einer erfolgreichen und von möglichen späteren Vorwürfen unbelasteten Patient-Arzt-Beziehung immer nur ein vom Patienten in diese Zweierbeziehung einzubringendes grundsätzliches Vertrauen sein kann, dem auf ärztlicher Seite eine strenge Beachtung standesärztlicher und ethischer Verhaltensweisen sowie geltender juristischer Normen korrespondieren muß.

## Grundlagen und neuere Tendenzen des Arztrechtes\*

R. Nagel

### Einleitung

Ein zentrales Problem im Rahmen des sog. Arztrechtes ist die *Berufshaftung*, wobei es in der Regel um verletzte *Sorgfaltspflicht* und *juristische Beweisregeln* geht, die im Schadensprozeß fast stets einmünden in den Streit um die verletzte *Aufklärungspflicht* – und damit fehlende rechtsgültige Einwilligung – sowie mangelnde *ärztliche Dokumentation*.

In diesem Beitrag soll vorerst ein kurzer Überblick über die Probleme der *ärztlichen Sorgfaltspflicht*, der *Aufklärung* und *Einwilligung des Patienten* vor einem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff gegeben werden, die in nachfolgenden Beiträgen im einzelnen und in Verbindung mit konkreten Beispielen von grundsätzlicher Bedeutung aus der Rechtsprechung (im Wortlauf mit Urteilsbegründung) dargestellt werden, um

einen Einblick in die Rechtsprechung hoher und höchster Gerichte, besonders durch die Formulierung der Begründung zu geben und exemplarisch zu vertiefen.

### Arztrecht

Das sog. Arztrecht umfaßt die Summe der Rechtsnormen, unter denen der Arzt und seine Berufstätigkeit stehen. Es steht jedoch weder in einem abgeschlossenen (Rechts-)System noch in einer umfassenden Kodifikation. Die wesentlichen Fragen, die ärztliches Handeln (und Unterlassen!) aufwirft, finden – wie für jedermann – Antwort aus den allgemeinen Sätzen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und des Strafgesetzbuches (StGB) (11).

*Daraus resultiert, daß es ein spezielles, eigenes »Arztrecht« nicht gibt!*

Im Zentrum ärztlichen Handelns steht die *Sorgfaltspflicht*. Diese bezieht sich auf jede diagnostische und therapeutische ärztliche Maßnahme, die nach den *derzeitigen Erkenntnissen und Behandlungsgrundsätzen der medizinischen Wissenschaft*, d. h. *kunstgerecht* (sachgemäß) zu erfolgen hat. Dieser Grundsatz ist – entsprechend der medizinischen Entwicklung – fließend und teils in der standesärztlichen Berufsordnung, teils im ärztlichen Schrifttum dargelegt. Die Sorgfaltspflicht basiert auf grundsätzlichen ethischen Verhaltensnormen, die zwar weitergehen als die rechtlichen Normen, die jedoch nur als ethisches Minimum angesehen werden können (*Jellinek*) (5).

Zu den Sorgfaltspflichten des Arztes gehört dementsprechend die Verpflichtung, *sich laufend über moderne Erkenntnisse und Behandlungsgrundsätze zu orientieren*, besonders auch deshalb, da die medizinische Wissenschaft heute mehr als je einem ständigen Wechsel unterworfen ist. Die Anforderungen der Rechtsprechung an die Pflicht auch des wissenschaftlich *nicht* tätigen Arztes, sich auf dem laufenden zu halten, sind streng (7).

Die fortschreitende Technisierung der Medizin, die im Bewußtsein der modernen Gesellschaft gestiegenen Anspruchs- und Erwartungshaltungen sowie die Tendenz der Judikatur, dem geschädigten Patienten Beweiserleichterung zur Herstellung der »Waffengleichheit« im Arzthaftungsprozeß gewähren, hat nicht nur zu einer Zunahme von Prozessen gegen Ärzte, sondern auch zu einem starken Anstieg des Prämienaufwandes durch die Haftpflichtversicherungen, vor allem für die operativen Disziplinen geführt (11).

Wenn auch der Arzt aus dem Vertrag (Behandlungsvertrag) mit dem Patienten keine *positive Garantienpflicht* in dem Sinne hat, daß er dem Patienten den *Behandlungserfolg* zusichern muß (der Behandlungsvertrag ist in der Regel höherer Dienstvertrag nach § 611 BGB), so ergibt sich aus ihm jedoch eine besondere Sorgfalts- (Obhuts-) und Fürsorgepflicht, wobei er auch äußerste Vorsicht beim Einsatz nicht ausreichend erfahrener Kräfte, z. B. bei selbständigen Operationen durch junge Kollegen (4), Haftung (eines Urologen) für Fortsetzung einer fehlerhaften Injektion durch eine ärztliche Hilfskraft (14) ebenso zu beachten hat, wie er für die Zuverlässigkeit technischer Geräte verantwortlich ist.

Die Übernahme der Behandlung verpflichtet den Arzt zu sachgerechtem Handeln, um den Patienten nicht fahrlässig zu schädigen. *Fahrlässig*, d. h. *schuldhaft*, handelt der Arzt dann, wenn er »die im Verkehr erforderliche Sorgfalt« – entsprechend dem derzeitigen Stand der medizinischen Wissenschaft – außer acht läßt (§ 276 BGB).

Dabei ist es dem Arzt überlassen – höchstens eingeschränkt durch standesrechtliche Gesichtspunkte – was er sich therapeu-

\* Herrn Prof. Dr. H. Marberger, Direktor der Urologischen Universitätsklinik Innsbruck, zum 65. Geburtstag gewidmet.

tisch zutrauen will. *Maßgebend ist bei jeder Behandlung der allgemeine Standard, der von einem durchschnittlich tauglichen Arzt der Kategorie, in die er einzuordnen ist, gefordert wird* (7). Fehlt es daran, kommt es zum »Übernahmeverschulden«, das nicht einfach darin besteht, z.B. fachübergreifend zu operieren, sondern definiert ist als ein sich »leichtfertig zu große Fähigkeiten und Möglichkeiten zugetraut zu haben«. Dieses Übernahmeverschulden erstreckt sich nicht nur auf operative Tätigkeiten.

Im *Haftpflichtprozeß* darf die *Sorgfaltspflicht* allerdings nur auf den zum Zeitpunkt der behaupteten fehlerhaften ärztlichen Maßnahme bekannten Wissensstand bezogen werden, der bei Entscheidung von Streitfällen vor Gericht meist Jahre zurückliegt. In der Regel basiert die umstrittene ärztliche Maßnahme auf dem *damaligen* Stand der Wissenschaft und ist *nicht* nach dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Verhandlung im Arztprozeß zu beurteilen. Hier hat die Rechtsprechung durchaus die Gefahr erkannt, *ex post* zu entscheiden, was der Arzt *ex ante* zu verantworten hatte.

### Aufklärung

Die Aufklärung des Patienten ist ein ethisches Gebot, das juristisch durch Art. 2 des Grundgesetzes (GG) als Recht jedes Menschen auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und körperlichen Unversehrtheit kodifiziert ist.

Damit hat der Patient das Recht auf eine *umfassende Aufklärung*, weil er erst danach eine höchstpersönliche freie Entscheidung zur Einwilligung in einen diagnostischen und therapeutischen Eingriff erteilen kann. Ohne freiwillige Einwilligung ist jeder ärztliche Eingriff vom juristischen Tatbestand her eine zivil- oder strafrechtliche Körperverletzung, so wenig uns Ärzten diese juristische Konstruktion auch zusagen mag. *Ein ärztlicher Eingriff, der nicht durch Einwilligung mangels ausreichender Aufklärung des Patienten gedeckt ist, macht den Arzt ersatzpflichtig*; denn die Einwilligung als rationaler Akt des Patienten kann ihren Sinn nur erfüllen, wenn dieser auch weiß, in was er einwilligt, sich also sowohl der Art der Behandlung als auch ihrer Tragweite, d.h. der unter Umständen gegebenen Risiken, bewußt ist (»informed consent«) (7).

Der Arzt kann in keinem Falle davon ausgehen, daß ein »verständiger Patient« in die von ihm geplanten Maßnahmen ohnehin (vertrauensvoll) einwilligen werde, so daß er eine Einwilligung nicht einholen müsse. Dem Patienten wird durch höchst richterliche Rechtsprechung ausdrücklich das Recht – per se oder auch nur aus der Sicht des Arztes – zugesprochen, eben *nicht* verständig zu sein (13). Die ärztliche Aufklärung sollte deshalb grundsätzlich nicht auf einen »verständigen Patienten« – einen ohnehin nur juristischen, aus ärztlicher Sicht blutarmen Begriff – abstellen.

Dafür trägt auf der anderen Seite der Patient schließlich das Risiko des Mißlingens eines *lege artis* durchgeführten Eingriffes, fehlendes Verschulden des Arztes vorausgesetzt; denn der Arzt ist in der Regel wegen der Besonderheiten des lebendigen Organismus mit seinen Unberechenbarkeiten nur gehalten, »sein Bestes« zu geben, ohne einen konkreten Erfolg zu versprechen (7).

*Folgende Gesichtspunkte scheinen bei der Aufklärung besonders wichtig zu sein:*

*Gegenstand, Umfang und Zeitpunkt* sowie *Dokumentation von Aufklärung und Einwilligung*.

Zum *Gegenstand der Aufklärung* gehört nicht die Vermittlung medizinischen Fachwissens, sondern es wird nur die Unterrichtung über *Art, Dringlichkeit, Tragweite, Verlauf* und *Risiko* des vorgeschlagenen Eingriffes gefordert, damit sich der Patient

eine Vorstellung von den vorgeschlagenen Maßnahmen machen und auf dieser Basis seine freie Entscheidung treffen kann. Über *Alternativbehandlungen* ist der Patient unaufgefordert zu informieren. Eine tragfähige Aufklärung kann nur in einem *Gespräch* zwischen Arzt und Patient erfolgen, in dem der Patient sowohl die Möglichkeit zu weiteren Fragen, aber auch das Recht zum Verzicht auf weitere Aufklärung hat.

Über mit *Sicherheit eintretende Folgen* eines Eingriffes ist in jedem Falle aufzuklären! Ebenso müssen dem Patienten die angestrebten positiven, aber auch die vielleicht doch nicht vermeidbaren negativen Auswirkungen dargestellt werden, vor allem dann, wenn sie speziell für *diesen* Patienten von entscheidender Bedeutung für sein weiteres Leben sein können (z.B. Rekurrens-Parse besonders bei Sängern u. a.).

Wichtig ist die möglichst weitgehende Aufklärung des Patienten in den Fällen, in denen das Ausmaß des Eingriffes nicht vor der Operation mit Sicherheit vorhergesagt werden kann, da sonst bei *Änderung oder Erweiterung des Eingriffes* dieser abgebrochen werden müßte, es sei denn, die Unterbrechung der Operation wäre offensichtlich schädlicher für den Patienten als ihre Fortsetzung. Ist vorher hierüber *nicht* aufgeklärt worden, wäre die Erweiterung der Operation juristisch dann nur noch durch die *mutmaßliche Einwilligung des Patienten* gerechtfertigt, ein Instrument, mit dem sehr vorsichtig operiert werden sollte (Vorschlag: Aufklärung über mögliche Nephrektomie bei Sekundäreingriffen an der Niere; komplizierte Steine u. a.).

Bemerkenswert ist allerdings, daß von der Judikatur bei der Darstellung der Risiken auf den *Grad ihrer Wahrscheinlichkeit* abgestellt wird. *Auch über geringe Risiken muß im Zweifelsfalle aufgeklärt werden*, sofern sie für den Patienten von Bedeutung sein können. Sogenannte *Risikotabellen* werden vom Bundesgerichtshof grundsätzlich abgelehnt (6). Für den Arzt bietet daher die im Einzelfall oft nicht genau vorhersehbare Wahrscheinlichkeit von Risiken die breiteste Angriffsfläche für Haftpflichtprozesse, wie die unterschiedliche und für den Einzelfall nicht vorhersehbare Rechtsprechung zeigt.

Das gleiche gilt für die Tatsache, daß die »perfekte« Information über *Befund und Diagnose* von den Juristen zwar nicht in *jedem Falle*, jedoch *oft* für die Abwägung und Entscheidung des Patienten als erforderlich angesehen wird. So lange der Patient nicht in wirklichen Ausnahmefällen sein Selbstbestimmungsrecht durch *Aufklärungsverzicht* wirksam ausübt, hat er daher grundsätzlich ein von ärztlicher Seite *nicht* einseitig einschränkbares Recht darauf, »die volle und ungeschminkte Wahrheit und nichts als die Wahrheit« über seinen Gesundheitszustand zu erfahren (8).

*Im Hinblick auf den Umfang der Aufklärung kann gelten, daß je weniger dringend ein operativer Eingriff ist, desto ausführlicher hat die Aufklärung zu erfolgen und umgekehrt.*

Die *Ablehnung eines Eingriffes* durch einen einsichtsfähigen Patienten hat der Arzt auch bei vitaler Indikation zu respektieren (Zeugen Jehovas). Für die höchst richterliche Rechtsprechung gilt heute eindeutig, basierend auf der Freiheit der Persönlichkeit des Patienten, die Vorrangigkeit der *voluntas aegroti suprema lex* im Gegensatz zu der von vielen Ärzten vertretenen Auffassung des *salus aegroti suprema lex*.

Aus allem ergibt sich, daß wir Ärzte trachten sollten, nicht mehr Verantwortung zu übernehmen, als unbedingt erforderlich ist und die Entscheidung über den Umfang der Aufklärung, die allerdings nur durch ein eingehendes, der psychischen, physischen und intellektuellen Situation angepaßtes Gespräch erfolgen kann, der Verantwortlichkeit des Patienten überlassen sollten. Dieses Gespräch sollte vertrauensvoll und klar sein, wobei eine schonungslose »Übermaßaufklärung«, die aus-

schließlich zur persönlichen Sicherung des Arztes vor möglichen späteren Haftungsansprüchen erfolgt, abzulehnen ist. Durch die immer stärker verfeinerte formale Ausgestaltung der Judikatur zu den Anforderungen an die Aufklärung ist allerdings die – auch von ärztlicher Seite unbestrittene – *Aufklärungspflicht* nach *Laufs* zur *Aufklärungslast* geworden (5).

*Die Ablehnung eines vorgeschlagenen Eingriffes – nach entsprechender Aufklärung – sollte unbedingt vor Zeugen schriftlich fixiert werden.*

*Sonderregelungen* gelten für bewußtlose Patienten, bei denen ärztlich indizierte und nicht aufschiebbare Maßnahmen aus vitaler Indikation durch die *mutmaßliche Einwilligung* des Patienten gerechtfertigt sind.

Auf die Besonderheiten von Aufklärung und Einwilligung bei *Kindern* und *Jugendlichen* wird später eingegangen.

Zum *Zeitpunkt der Aufklärung* (2) ist zu bemerken, daß diese *rechtzeitig* erfolgen muß. Dementsprechend ist eine erst im Operationssaal nach »Aufklärung« eingeholte Einwilligung rechtlich irrelevant, denn sie muß grundsätzlich – dies gilt nicht nur für die Aufklärung über Narkoserisiken – spätestens vor der Prämedikation erfolgen.

*Die Aufklärung hat prinzipiell durch einen Arzt zu erfolgen und darf in keinem Falle auf das Pflegepersonal delegiert werden.*

Besonders beachtenswert ist, daß der leitende Arzt zwar nicht selbst in jedem Falle das Aufklärungsgespräch führen muß, z. B. bei Patienten, die von ihm operiert werden, daß er sich aber generell immer wieder davon zu überzeugen hat, daß seine Mitarbeiter in rechtlich relevanter Weise Aufklärungsgespräche zu führen in der Lage sind (Aufsichtspflicht!).

Alle bisher angebotenen »*Aufklärungsbroschüren*« für verschiedene Operationen zum Selbststudium durch den Patienten können in keinem Falle das Aufklärungsgespräch ersetzen, sind in Einzelfällen möglicherweise jedoch im Sinne einer abgestuften Aufklärung, dem Gespräch vorangehend, zur Erleichterung der mündlichen Aufklärung hilfreich.

Die Einwilligung zum Eingriff muß *nicht* schriftlich erfolgen. Die *schriftliche Einwilligungserklärung* ist jedoch ein geeignetes Schutzmittel gegen unzutreffende Behauptungen des Patienten, er habe dem Eingriff nicht zugestimmt oder sei nicht aufgeklärt worden. Sie ist deshalb aus *Beweisgründen* zweckmäßig. Denn »Recht haben« und »Recht behalten« (6) sind durchaus unterschiedliche Tatbestände. Allerdings reichen die bisher meist noch in den Kliniken verwandten schematisierten Formularblätter für relevante Einwilligungserklärungen sicherlich nicht aus. Außerdem ist zu beachten, daß die *Beweiskraft von Zeugetnaussagen* mit zunehmendem zeitlichen Abstand von Aufklärungsgesprächen abnimmt!

Damit ist die schriftliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs mit Unterschrift von Patient und Arzt auf einem entsprechend ausführlichen Formblatt oder in freier Form die geeignetste Maßnahme, sich gegen einen späteren Vorwurf der Verletzung der Aufklärungspflicht zu schützen. *Dabei sollte der Patient feststellen, daß er nach dem Aufklärungsgespräch keine Fragen mehr hatte.*

Dies gilt besonders deshalb, weil im *Arzthaftpflichtprozeß* die Beweislast der erteilten Einwilligung beim Arzt liegt. Diese Beweislast wird dadurch noch verschärft, daß die behauptete Verletzung der Aufklärungspflicht in einem solchen Prozeß häufig als *Auffangtatbestand* dafür fungiert, daß der vom Patienten in der Regel zuerst geltend gemachte *Behandlungs-*

*fehler* (früher: Kunstfehler) von ihm zu beweisen ist, meist jedoch nicht bewiesen werden kann, so daß heute zunehmend nun der Arzt (als erfolgversprechender juristischer Zug) über eine nachträgliche vorgebrachte »mangelhafte Aufklärung« und die daraus resultierende – juristisch als nicht erfolgte – Einwilligung durch den Patienten beweispflichtig wird. Wenn auch eine generelle *Beweislastumkehr* von der Judikatur bisher allgemein noch abgelehnt wird, so sind die Beweiserleichterungen für den Patienten inzwischen doch stark ausgeweitet worden.

Durch das Risiko, einen solchen »*abgewandelten Kunstfehlerprozeß*« zu verlieren, besteht die Gefahr, daß die Aufklärung zur »*Risikoaufklärung*« umfunktioniert wird – eine in den USA häufig anzutreffende Praxis (Defensivmedizin).

Wie bereits erwähnt, sind die höchstrichterlichen Anforderungen an die ärztliche Aufklärung streng. Die Haftpflicht des Arztes folgt hier den Grundsätzen des Bürgerlichen Vertrags- und Deliktrechtes (BGB), d. h. schuldabhängiger Haftpflicht (Dienstvertrag). Änderungsvorschläge des Haftrechtes i. S. einer Patientenversicherung, wie etwa in Schweden, werden auch aus von uns Ärzten einseharen Gründen abgelehnt (9). Das Festhalten am Verschuldensprinzip höchstrichterlich (7) jedoch damit zu begründen, daß die schuldanhängige Haftung einen »*wichtigen Gewissenswecker bildet*«, sollte ebenso zur Vorsicht mahnen, wie die Feststellung:

»Nicht umsonst scheut auch der wohlversicherte Arzt den Vorwurf des schuldhaften Behandlungsfehlers wie die Pest, während er sich aus dem Aufklärungsvorwurf wenig zu machen pflegt. Diese Scheu wird ihn zwar nicht veranlassen, das Skalpell sicherer zu führen, wohl aber ihn gegenüber dem viel häufiger schadensursächlichen Schlendrian aufmerksamer zu machen.« (7)

Diese – sehr grobe und undifferenzierte – höchstrichterliche Einschätzung ärztlicher und chirurgischer Tätigkeit kann von uns Ärzten nicht ernst genug genommen werden! Auf durchaus andere Ansichten von Rechtslehrern zur Aufklärung und Beweislastverteilung (z. B. 1, 3) sollte man sich bei der derzeitigen Judikatur insoweit nicht beziehen. Auch sollte bedacht werden, daß für den von *Dunz* (7) im weitesten Sinne als »*Schlechterfüllung*« bezeichnete Haftungsgrund (Aufklärung, Einwilligung, Dokumentation, Beweislast) im Zivilprozeß nicht der Grundsatz »in dubio pro reo« Anwendung findet.

Abschließend sei noch festgestellt, daß *Krankenunterlagen* nach neuester Rechtsprechung nicht mehr nur »*Gedächtnisstütze*« für den Arzt sind (12), sondern auch in Zivilprozessen als *Beweismittel* dienen. Die Krankengeschichten sollten dementsprechend genau geführt werden. Darüber hinaus hat der Patient das *Recht einer Einsichtnahme in die Krankenunterlagen*, möglicherweise auch schon während der noch laufenden Behandlung.

Ohne hier näher auf die Bedeutung des Rechtes einer solchen Einsichtnahme von Patienten mit infauster Prognose, die nach höchstrichterlicher Rechtsprechung keinesfalls immer sofort »*ungeschminkt*« eröffnet werden muß, einzugehen, macht diese Tatsache zusammenfassend noch einmal viele der vorhergehend dargestellten Probleme für die derzeitige Realität ärztlicher Berufsausübung und ihre haftungsrechtliche Beurteilung sehr nachdrücklich deutlich.

## Literatur

- (1) Baumgärtel, G.: Das Wechselspiel der Beweislastverteilung im Arzthaftungsprozeß, in: Festschrift f. R. Bruns, Verlag Vahlen, München (1980) 93–109
- (2) Deutsch, E.: Der Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezipierte Einwilligung des Patienten. *Laryng., Rhinol., Otologie*, 59 (1980) 75–81; *NJW* 32 (1979) 1905–1909
- (3) Deutsch, E.: Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten. *NJW* 33 (1980) 1305–1309
- (4) Deutsch, E.: Zivilrechtliche Fahrlässigkeit und Delegation ärztlicher Aufgaben an Assistenzärzte. *Langenbecks Arch. Chir.* (Kongreßbericht 1981) 579–582
- (5) Deutsch, E.: Theorie und Aufklärungspflicht des Arztes. *Vers. Recht* 32 (1981) 293–297
- (6) Dunz, W.: Zur Praxis der zivilrechtlichen Arzthaftung. C. F. Müller, Karlsruhe 1974
- (7) Dunz, W.: Aktuelle Fragen zum Arzthaftungsrecht unter Berücksichtigung der neueren höchstrichterlichen Rechtsprechung. RWS-Seminar 1980, Kommunikationsforum Recht, Wirtschaft, Steuern; Tagungs- und Verlagsgesellschaft Köln.
- (8) Giesen, D.: Grundzüge zivilrechtlicher Arzthaftung. *Jura* (1981) 10–24
- (9) Klingmüller, E.: Zu den Plänen einer neuartigen Patientenversicherung nach schwedischem Muster in der Bundesrepublik Deutschland. *Vers. R.* 29 (A) (1980) 694–696
- (10) Laufs, A.: *Arztrecht*, C. H. Beck, München 1978
- (11) Laufs, A.: Entwicklung des Arztrechts 1978/79. *NJW* 32 (1979) 1230–1235
- (12) Nagel, R.: Krankengeschichte: Erinnerungsstütze oder Dokument? *Akt. Urol.* 10 (1979) 241–242
- (13) BGH Urt. v. 22. 1. 1980. *NJW* 33 (1980) 1333–1335
- (14) BGH Urt. v. 7. 10. 1980. *NJW* 34 (1981) 628–630

*Prof. Dr. Reinhard Nagel*  
 Direktor der Urologischen Klinik und Poliklinik  
 der Freien Universität Berlin  
 Klinikum Charlottenburg  
 Spandauer Damm 130  
 1000 Berlin 19