

## Thema

### **Abgrenzung der therapeutischen Sicherheitsaufklärung von der Risikoaufklärung – Beweislast Aufklärung über erhöhtes Kariesrisiko bei einer kieferorthopädischen Behandlung (§ 823 BGB)**

## Grundlagen

Die **Risikoaufklärung** muß dem Patienten einen Überblick über die mit dem Eingriff verbundenen Gefahren verschaffen. Der Patient ist über dauerhafte oder vorübergehende nachteilige Folgen eines Eingriffs ebenso aufzuklären wie über die Art und Schwere des Eingriffs. Demgegenüber setzt die **therapeutische Aufklärung** erst nach Vornahme des Eingriffs bzw. der sonstigen ärztlichen Behandlungsmaßnahme ein. Im Rahmen dieser sog. „Sicherungsaufklärung“ ist der Arzt verpflichtet, auch über alle Umstände zu informieren, die zur Sicherung des Heilungserfolgs und zu einem therapiegerechten Verhalten und zur Vermeidung möglicher Selbstgefährdungen des Patienten erforderlich sind (*Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 2. Aufl., S. 89, 92 m.w.N.*). Die Risikoaufklärung kann sich im Einzelfall mit der therapeutischen Aufklärung überschneiden. Z. B. hat der Arzt im Rahmen einer Risikoaufklärung über eine geplante ärztliche Behandlung, etwa mit Medikamenten, auch über mögliche schwerwiegende Nebenwirkungen des Medikaments zur Vermeidung einer möglichen Selbstgefährdung aufzuklären. Überschneidungen sind daher möglich, wenn die therapeutische Aufklärung den Hinweis auf eine den Patienten belastende Behandlung beinhaltet oder dessen Selbstgefährdung durch die Einnahme eines Medikaments mit schwerwiegenden Nebenwirkungen vermieden werden soll (vgl. *Martis/Winkhart, aaO, S. 93*).

## Aktuelles

Das OLG Stuttgart hat in einem Urteil vom 20.05.2008 (VersR 2008, 927) festgestellt, auf ein **erhöhtes Kariesrisiko** bei einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer festen Zahnspange sei nicht im Rahmen der Risikoaufklärung, sondern im Rahmen der **therapeutischen Sicherheitsaufklärung** hinzuweisen. Aufklärungspflichtig im Rahmen der Risikoaufklärung seien Risiken, die der Behandlung typischerweise anhaften. Der Patient soll über die mit der fehlerfreien medizinischen Behandlung möglicherweise verbundenen Schädigungsrisiken unterrichtet sein, um selbstbestimmt in die Behandlung einwilligen zu können. Dagegen habe die therapeutische Aufklärung Risikoschutzpflichten des Arztes zum Gegenstand. Der Patient soll durch die Erteilung von Schutzhinweisen zur Mitwirkung an der Heilung und zur Vermeidung einer möglichen Selbstgefährdung angehalten werden. Zur Abgrenzung sei auf den Zweck der Aufklärung und nicht auf den Zeitpunkt, zu dem die Aufklärung zu erfolgen hat, abzustellen. Über das im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer festen Spange erhöhte Kariesrisiko sei hiernach ausschließlich therapeutisch aufzuklären. Die Aufklärung über das Kariesrisiko habe zwar vor Behandlungsbeginn zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung beziehe sich jedoch allein auf die Erteilung von Schutzhinweisen zur Mitwirkung des Patienten an der Heilung und zur Vermeidung einer möglichen Selbstgefährdung, wenn über erforderliche Prophylaxemaßnahmen gegen ein Kariesrisiko hingewiesen wird.

Im Ergebnis behaupte der Patient daher vorliegend eine unzureichende **therapeutische Aufklärung**, welche einen Behandlungsfehler begründe, über den die **Patientenseite beweisbelastet** sei (*Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 5. Aufl., C Rdnr. 130 f.; Steffen/Pauge, Arzthaftungsrecht, 10. Aufl., Rdnr. 563, 574*) und keine unzureichende Risikoaufklärung, für deren Fehlen der Arzt die Beweislast trage.

## Thema

### **Stellung des Notfallarztes bei der deliktischen Arzthaftung**

#### **Der als Vertreter tätige Notfallarzt als Verrichtungsgehilfe (§ 831 BGB)**

## Grundlagen

Die Stellung des Verrichtungsgehilfen gemäß § 831 BGB ist dadurch gekennzeichnet, daß der Verrichtende für den Geschäftsherrn abhängige Tätigkeit leistet, wobei hier jede entgeltliche oder unentgeltliche Tätigkeit in Betracht kommt. Eine rechtsgeschäftliche Vertretung des Geschäftsherrn ist nicht erforderlich. Der Verrichtungsgehilfe muß von den Weisungen des Geschäftsherrn abhängig sein, wobei das Weisungsrecht nicht in Einzelne zu gehen braucht. Es genügt, wenn der Verrichtungsgehilfe aufgrund seiner eigenen Sachkunde und Erfahrung handelt. Entscheidend ist nur, daß die Tätigkeit in einer organisatorisch abhängigen Stellung vorgenommen wird (BGH, VersR 1989, 522; BGHZ 45, 311). Auch ein an sich Selbständiger kann derart in einen fremden Organisationsbereich eingebunden sein, daß er als Verrichtungsgehilfe einzustufen ist (BGH, VersR 1998, 862; 1980, 66; NJW 1956, 1715).

## Aktuelles

Verweisen die Ärzte einer Gemeinschaftspraxis einen Patienten an den Notfalldienst und läßt sich der Patient daraufhin von dem für den Notfalldienst vorgesehenen Arzt behandeln, kann der Notfallarzt gemäß einer Entscheidung des BGH vom 10.03.2009 (VersR 2009, 784) Verrichtungsgehilfe der vertretenen niedergelassenen Ärzte der Gemeinschaftspraxis sein. Der Senat hat die Voraussetzungen für die Stellung des Arztes als Verrichtungsgehilfe gemäß § 831 BGB bei einem Arzt, der mit der Verwaltung der Praxis eines anderen Arztes während dessen vorübergehender Abwesenheit beauftragt war, angenommen. Unerheblich sei, daß im Einzelfall der Patient nach eigener Entschliebung und ärztlicher Erkenntnis des vor Ort tätigen Arztes zu behandeln ist (BGH, VersR 1956, 714 = NJW 1956, 1834; VersR 1988, 1270; OLG Stuttgart, VersR 1992, 55; OLG Oldenburg, VersR 2003, 375; *Palandt/Sprau*, BGB, 68. Aufl., § 831 BGB, Rdnr. 6; allgemein zum Vertreter im Notfalldienst vgl. *Ratzel/Lippert*, Kommentar zur Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte – MBO –, 4. Aufl., § 26, Rdnr. 13; *Rieger*, Lexikon des Arztrechts 1985, Rdnr. 1290). Vorliegend seien die Ärzte der Gemeinschaftspraxis zwar gemäß der gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer N. und der kassenärztlichen Vereinigung N. 1998 (NFDO 1998) grundsätzlich zur Erfüllung des Notfalldienstes persönlich verpflichtet. Sie konnten sich aber von einem anderen Arzt, der entweder Vertragsarzt oder Arzt mit einem erforderlichen Abschluß einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet oder der in das Vertreterverzeichnis gemäß § 5 Abs. 2 NFDO 1998 aufgenommen worden war, vertreten lassen. Haben sie von der zuletzt genannten Möglichkeit Gebrauch gemacht, kommt es darauf an, ob die weiteren Voraussetzungen für die Stellung des beauftragten Notfallarztes als Verrichtungsgehilfe gegeben sind. Hierfür ist erforderlich, daß die zum Notfalldienst originär eingeteilten Ärzte sich zu vergewissern haben, ob der Notfallarzt als Vertreter die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt und sie hatten den für den Notfalldienst zuständige Stelle zu benachrichtigen. Darüber hinaus hat der Notfallarzt den Notfalldienst in der Notfallpraxis zu versehen.

Vorliegend könnte eine Qualifizierung der für den Notfalldienst originär eingeteilten Ärzte der Gemeinschaftspraxis als Geschäftsherren in Bezug auf den Notfallarzt jedoch zu verneinen sein, da die originär für den Notfalldienst eingeteilten Ärzte der Gemeinschaftspraxis vorgetragen haben, daß zwischen ihnen und dem Notfallarzt ein persönlicher Kontakt nicht stattgefunden habe, weil die Organisation der Vertretung im Notfalldienst von der kassenärztlichen Vereinigung selbständig und ohne konkrete

Informationen an die Mitglieder des Notfalldienstes erfolge. Hierzu fehle es an tatsächlichen Feststellungen, welche das Berufungsgericht nach Zurückverweisung noch zu treffen habe. Wäre der Notfallarzt als Verrichtungsgehilfe anzusehen, würde das Berufungsgericht darüber hinaus zu prüfen haben, ob der in diesem Fall den Geschäftsherrn obliegenden Entlastungsbeweis gemäß § 831 Abs. 1 S. 2 BGB geführt ist (vgl. BGH, VersR 1978, 542). Die originär für den Notfalldienst eingeteilten Ärzte der Gemeinschaftspraxis haben hierzu geltend gemacht, sie hätten darauf vertrauen dürfen, daß die persönlichen und fachlichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung beim Notfallarzt schon infolge der gemäß § 5 NFDO 1998 erfolgten Aufnahme des Notfallarztes in das Vertreterverzeichnis vorliegen, weil die kassenärztliche Vereinigung den Notfallarzt ausgesucht und ihn berechtigt habe, niedergelassene Ärzte im Notfalldienst zu vertreten.

++

## **Thema** **Zur Zulässigkeit des selbständigen Beweisverfahrens in Arzthaftungssachen (§ 485 ZPO)**

### **Grundlagen**

Eine Beweiserhebung durch schriftliche Begutachtung gemäß § 485 Abs. 2 ZPO im Rahmen des selbständigen Beweisverfahrens soll vor allem den Zweck verfolgen, Prozesse zu vermeiden, wenn sich die Parteien wie z. B. in Bauprozessen, Straßenverkehrs- und Arzthaftungsprozessen, über Fragen tatsächlicher Art streiten (Begründung RegEBT-Drucks. 11/3621, S. 23; vgl. zur generellen Zulässigkeit von selbständigen Beweisverfahren in Arzthaftungssachen: BGHZ 143, 302 = VersR 2003, 794). Auch in **Arzthaftungssachen** können Anträge auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens daher nur abgelehnt werden, wenn sie ein nicht in § 485 Abs. 2 ZPO genanntes Beweisthema betreffen, wenn das Beweisthema einer schriftlichen Begutachtung durch Sachverständige nicht zugänglich ist, weil etwa Anknüpfungstatsachen fehlen (OLG Karlsruhe, VersR 2003, 374; *Stein/Jonas/Leiphold*, ZPO, 22. Aufl., § 485 Rdnr. 24). Nach einer Entscheidung des OLG Köln vom 21.08.1997 (VersR 1998, 1420) ist das selbständige Beweisverfahren ohne Zustimmung des Gegners in Arzthaftungsstreitigkeiten in der Regel dann nicht zulässig, wenn eine einseitige Fragestellung durch eine Partei ohne Schlüssigkeitsprüfung sowie einseitige Auswahl eines Sachverständigen die Sachaufklärung erschweren. Darüber hinaus kann es an einem rechtlichen Interesse für die gewünschte Feststellung fehlen, wenn klar auf der Hand liegt, daß der behauptete Anspruch nicht bestehen kann (OLG Karlsruhe, VersR 1999, 887).

### **Aktuelles**

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen kann im Rahmen eines selbständigen Beweisverfahrens daher auch die Frage des Vorliegens eines ärztlichen Behandlungsfehlers geklärt werden, wenn der Antragsteller hierzu gewisse Anhaltspunkte bezeichnet (OLG Düsseldorf, NJW 2000, 3438; LG Stuttgart, NJW 1999, 874 = VersR 1999, 1018 L; OLG Nürnberg, VersR 2009, 804; OLG Oldenburg, VersR 2009, 805; a.A.: KG, OLGR 2007, 539; OLG Naumburg, OLGR 2006, 255).

Das OLG Nürnberg (aaO) hat die Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens mit dem Ziel, einen Behandlungsfehler festzustellen, angenommen, wenn es um die Frage geht, ob die eingesetzte Hüftgelenkprothese hinreichend an die körperlichen Besonderheiten der Patientin angepaßt war. Bei dieser Frage gehe es um den Zustand einer Person bzw. Sache, wobei die Frage nach einem Behandlungsfehler in einem derartigen Fall auch durch ein Sachverständigengutachten beantwortet werden könne. Die nötigen Anknüpfungstatsachen könne der Sachverständige durch Untersuchung des Antragstellers

und der Prothese selbst feststellen. Es bedürfe also insoweit keiner vorausgehenden Vernehmung von Zeugen. Soweit beantragt wurde festzustellen, ob die Ursache der mehrfachen Luxationen auf eine fehlerhafte Anpassung der Prothese zurückzuführen ist oder auf anderen Gründen beruht (eventuelle Selbstverletzungsabsicht der Antragstellerin), bestünden zumindest unter den besonderen Umständen des Falles keine Bedenken gegen die Zulässigkeit des Antrags. Nach § 485 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 ZPO könne auch die Ursache eines Personenschadens, um den es sich bei den Luxationen handelt, Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens sein. Danach könne auf diesem Weg festgestellt werden, ob eine bestimmte Verletzung durch einen ärztlichen Behandlungsfehler verursacht wurde, oder durch andere Faktoren. Der BGH (aaO) nehme lediglich die **Kausalität der Verletzung** für den geltend gemachten Schaden, nicht die **Kausalität des Behandlungsfehlers** für die Verletzung vom Anwendungsbereich des Beweisverfahrens aus.

Nach § 485 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 ZPO sei in einem solchen Fall auch eine Beweisaufnahme darüber zulässig, welche Maßnahmen ggf. geeignet und erforderlich sind, um die Folge des zuvor festgestellten Fehlers, ein häufige Herausspringen des Hüftgelenks, zu beheben. Bei § 485 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 ZPO gehe es in erster Linie um die Höhe des zur Schadensbeseitigung erforderlichen Aufwands in geeigneter Zeit. Jedoch könne sich die Beweisaufnahme auch darauf erstrecken, welche Maßnahmen zur Beseitigung nötig und möglich sind, da davon der Aufwand abhängt. Nicht betroffen sei jedoch die Frage, ob der Aufwand ratsam ist oder ob ihn der Antragsgegner zu ersetzen habe (*Baumbach/Lauterbach/Hartmann, ZPO, 66. Aufl., § 485 ZPO, Rdnr. 13*).

### Schlußbetrachtung

Durch das OLG Nürnberg (aaO) wird in Anlehnung an die Entscheidung des BGH vom 21.01.2003 (aaO) herausgestellt, unter welchen Voraussetzungen ein **selbständiges Beweisverfahren im Arzthaftungsprozeß** zulässig ist. Wesentlich ist hierbei, daß eine Zulässigkeit von Beweisunterlagen immer dann gegeben ist, wenn es um Beweisthemen geht, welche durch einen Sachverständigen beantwortet werden können, ohne daß dieser weitere Anknüpfungstatsachen benötigt, welche etwa erst im Rahmen einer Zeugenvernehmung festgestellt werden könnten. Auch darf die Beantwortung des Beweisuntertrages nicht von rechtlichen Fragen und Wertungen abhängen. Entsprechend der herrschenden Meinung schließt sich das OLG Nürnberg der Ansicht an, daß auch das Vorliegen oder Nichtvorliegen eines **Behandlungsfehlers Gegenstand eines selbständigen Beweisverfahrens** sein kann (vgl. *Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, 2. Aufl., S. 396 m.w.N.*). Lediglich die dem Gericht vorbehaltene Wertung des Verschuldens des Arztes und die Kausalität der Verletzung für den geltend gemachten Schaden seien einer Feststellung im selbständigen Beweisverfahren nicht zugänglich.

++

### Thema

**Arzthaftung bei mangelhafter Mitwirkung des Patienten nach unzureichender Aufklärung  
Behandlungsfehler trotz mangelnder Mitwirkung des Patienten (§ 823 BGB)**

### Aktuelles

Der BGH hat in einer Entscheidung vom 16.06.2009 (NJW 2009, 2820) festgestellt, die mangelnde **Mitwirkung des Patienten** an einer medizinisch gebotenen Behandlung schließe einen Behandlungsfehler nicht aus, wenn der Patient über das **Risiko der Nichtbehandlung** nicht ausreichend **aufgeklärt** worden ist.

Der klagende Patient war wegen eines Hypophysentumors operiert worden. Nach Entlassung aus der Klinik begann er, körperlich abzubauen und suchte deswegen ein paar Tage später in geschwächtem Zustand und im Rollstuhl sitzend erneut die Klinik auf. Eine durchgeführte MRT ergab einen normalen Befund nach erfolgter Operation eines Hypophysentumors. Ärztlicherseits wurde die stationäre Aufnahme angeraten und eine Infusionsbehandlung verordnet. Dies lehnte der Patient jedoch ab und begab sich wieder nach Hause. Am nächsten Tag wurde er notfallmäßig wieder in die Klinik eingeliefert, wo ein Schlaganfall diagnostiziert wurde.

Der Senat (aaO) führt aus, eine nicht hinreichende therapeutische Aufklärung könne einen ärztlichen Behandlungsfehler darstellen, wobei sich die Einstufung eines solchen ärztlichen Fehlverhaltens als einfacher oder grober Fehler nach den gesamten Umständen des Einzelfalles richtet (BGH, NJW 1995, 2407 = VersR 1995, 1099). Vorliegend hätte der klagende Patient bei seiner Entlassung nach der Operation hinsichtlich der Risiken einer Dehydratation sowie der Notwendigkeit, sich bei entsprechenden Anzeichen umgehend in ärztliche Behandlung zu begeben, ausreichend aufgeklärt werden müssen. Daß eine derartige Aufklärung nicht erfolgte, könne nicht als einfacher Behandlungsfehler angesehen werden. Es sei zu berücksichtigen, daß der erstinstanzlich beauftragte Sachverständige den unterlassenen Hinweis als schwerwiegend eingestuft und erklärt hat, daß so etwas eigentlich nicht passieren dürfe. Da der zweitinstanzliche Sachverständige zu dieser Frage lediglich erklärt hat, es könne kein ärztliches Fehlverhalten festgestellt werden, das einem Neurochirurgen schlechterdings nicht unterlaufen dürfe, hätte das Berufungsgericht diesen **Widerspruch** ggf. durch **mündliche Anhörung** der **Sachverständigen** aufklären müssen (vgl. BGH, NJW 1994, 1596 = VersR 1994, 480; NJW 1995, 779 = VersR 1995, 195; NJW 1996, 1597 = VersR 1996, 647; NJW 2001, 2791 = VersR 2001, 859; NJW 2004, 1871 = VersR 2004, 790; NJW-RR 1994, 219; VersR 1994, 162). Ob ein entsprechender Hinweis auf die Austrocknungsgefahr dokumentationspflichtig ist oder nicht, sei unerheblich, da das Bestehen oder Nichtbestehen einer **Dokumentationspflicht** hinsichtlich eines erforderlichen Hinweises nichts darüber aussage, ob das Unterbleiben eines solchen Hinweises als einfacher oder grober Behandlungsfehler anzusehen ist.

Auch die **mangelnde Mitwirkung** (non-compliance) des **Patienten** an der erforderlichen stationären Behandlung schließe das Vorliegen eines Behandlungsfehlers deshalb nicht aus, weil der Patient über das Risiko einer Nichtbehandlung nicht ausreichend aufgeklärt worden sei. In diesem Zusammenhang gehe es nicht darum, daß es nicht erforderlich und auch nicht möglich gewesen sei, den Patienten zur Behandlung in der Klinik zu zwingen. Ausschlaggebend sei vielmehr, daß der Patient über die Notwendigkeit der stationären Aufnahme nicht in der gebotenen Weise informiert worden ist. Dem Patienten könne die Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen oder Empfehlungen mit Rücksicht auf den Wissens- und Informationsvorsprung des Arztes gegenüber dem medizinischen Laien nur dann als Obliegenheitsverletzung oder Mitverschulden angelastet werden, wenn er diese Anweisungen oder Empfehlungen auch verstanden hat (BGH, NJW 1987, 1635 = VersR 1997, 449; NJW 1997, 3090 = VersR 1997, 1357).

++

### Thema

**Unterlassen einer weiteren Abklärung eines Röntgenbefundes  
Feststellung eines groben Behandlungsfehlers aus eigener Wertung des  
Gerichts (§ 823 BGB)**

### Grundlagen

Das LG Darmstadt hat in einem Urteil vom 27.10.2009 (AZ 8 O 463/03) **Regreßansprüche** der klagenden **Krankenkasse/Pflegekasse** gegenüber dem beklagten Arzt wegen

**ärztlichen Behandlungsfehlers bejaht.** Dem beklagten Arzt lagen 2 Röntgen-Thoraxaufnahmen in 2 Ebenen vor, wobei sich in der Thorax-Standardaufnahme eine Raumforderung im rechten Oberfeld zeigte, welche als Rippenmißbildung fehlgedeutet wurde. Auf der seitlichen Röntgenaufnahme war diese Raumforderung nicht zu erkennen. Tatsächlich handelte es sich bei dieser Raumforderung nicht um eine Rippenmißbildung, sondern um einen Tumor, welcher aufgrund der Fehldeutung des Arztes nicht weiter abgeklärt wurde.

### Rechtslage

Das LG Darmstadt (aaO) bejaht einen Behandlungsfehler des behandelnden Arztes mit der Begründung,

- a) der Arzt sei zur **Abklärung des Röntgenbefundes** angesichts einer deutlichen Raumforderung im rechten Lungenlappen – völlig unabhängig von weiteren Symptomen – verpflichtet. Ein solcher Befund lasse laut Sachverständigengutachten mehrere **Differentialdiagnosen** zu. Bei primär unklarer Ätiologie hätte eine weitere Abklärung erfolgen müssen, typischerweise mittels Computertomografie und Bronchoskopie.
- b) Fehlerhaft sei darüber hinaus, daß der behandelnde Arzt es unterließ, in dem **Arztbericht an den behandelnden Hausarzt** ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß im Falle der Erfolglosigkeit der Behandlung des bei der Patientin vorliegenden Hustenreizes eine Wiedervorstellung der Patientin ins einer Praxis erforderlich werde, damit weitere invasivere Diagnosemethoden eingesetzt werden könnten.

Diese Behandlungsfehler stuft das **Gericht in eigener Wertung als „grob“ ein.** Das Gericht schließt sich damit der überwiegenden Rechtsprechung an, wonach die Beurteilung der Voraussetzung eines groben Behandlungsfehlers allein dem Tatrichter obliegt, wobei dessen wertende Entscheidung jedoch auf ausreichenden tatsächlichen Feststellungen beruhen muß, die sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen und auf dieser Grundlage die juristische Gewichtung des ärztlichen Vorgehens als grob behandlungsfehlerhaft zu tragen vermögen (BGH, VersR 1996, 1148; 1997, 315; 2001, 1115; *Martis/Winkhart*, Arzthaftungsrecht, 2. Aufl., S. 502). Die fehlende weitere Abklärung des fraglichen Röntgenbefundes habe sich dem behandelnden Arzt angesichts der schwerwiegenden möglichen Differentialdiagnosen aufdrängen müssen. Die Abklärung hätte sofort oder verzögert durchgeführt werden können, aber unbedingt erfolgen und in jedem Fall sichergestellt werden müssen. Ein fraglicher Befund dürfe nicht auf sich beruhen bleiben und somit dem Zufall überlassen werden.

Der fehlende Hinweis im Arztbericht an den behandelnden Hausarzt sei deshalb als grob fehlerhaft einzustufen, da im Zusammenhang mit dem Brief an den Hausarzt der behandelnde Arzt eine Wiedervorstellungspflicht nicht unbedingt anordnete. Es möge vertretbar gewesen sein, zunächst die einfachen Diagnose- und Therapiemethoden zu versuchen. Angesichts des fraglichen Befundes im rechten Lungenlappen sei aber eine Wiedervorstellung des Patienten unerlässlich. Dies nicht, um den Hustenreiz, sondern um den fraglichen Befund auf der Röntgenaufnahme abzuklären.