



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE



Leitfaden für ärztliche Gutachter

Herausgeber

Ärzttekammer Westfalen-Lippe

Gartenstraße 210 – 214

48147 Münster

Tel. 0251 929-9100

E-Mail: gutachterkommission@aeowl.de

Internet: www.aeowl.de/gak

Ansprechpartnerin

Dr. med. Marion Wüller

Tel. 0251 929-2367

E-Mail: marion.wueller@aeowl.de

Hinweis

Zur besseren Lesbarkeit des Leitfadens wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten jedoch stets für beide Geschlechter.

4. Auflage, Mai 2017

Einleitung

Ärztliche Gutachten sind Kernstücke in Arzthaftungsverfahren. Nur ein ärztlicher Sachverständiger kann entscheiden, ob die Annahme eines Behandlungsfehlers gerechtfertigt ist. Ein ärztliches Gutachten, das alle notwendigen Anforderungen erfüllt, ist in höchstem Maße geeignet, zu einer außergerichtlichen Konfliktbeilegung beizutragen. Dieser Leitfaden informiert Sie über die speziellen Anforderungen der Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Westfalen-Lippe.



Inhalt

Einleitung	3
Teil A	6
1. Prüfung des Gutachtenauftrags	6
2. Erstellen des Gutachtens	7
2.1 Den medizinischen Sachverhalt klären	7
2.2 Die in Frage stehende ärztliche Behandlung bewerten	8
2.3 Beurteilen, ob der Fehler zu einem Gesundheitsschaden des Patienten führte	8
2.4 Das Gutachten mit einer Zusammenfassung abschließen	9
Teil B	10
Wichtige Begriffe für ärztliche Gutachter	10

Teil A

1. Prüfung des Gutachtenauftrags

Ein ärztlicher Gutachter sollte sachkompetent, unabhängig und unvoreingenommen sein.

Welche Gründe könnten aus Sicht der Verfahrensparteien zum Beispiel zur „Besorgnis der Befangtheit“ führen?

- selbst in Behandlung involviert
- Lehrer-Schüler-Verhältnis
- Duzfreundschaft
- für den gleichen Krankenhauskonzern tätig oder tätig gewesen

Entscheiden Sie bitte zeitnah nach Erhalt des Gutachtenauftrags, ob Sie den Gutachtenauftrag annehmen. Bitte überlegen Sie:

- Steht das Fachgebiet, in dem Sie weitergebildet und tätig sind, im Mittelpunkt des Gutachtenauftrags? Ist Ihnen der in Frage stehende Sachverhalt aus Wissenschaft und Praxis geläufig?
- Können Sie in diesem Verfahren unvoreingenommen und neutral sein oder gibt es Gründe, weshalb Verfahrensbeteiligte besorgt sein könnten, dass Sie befangen sind?
- Haben Sie genügend Zeit, das Gutachten in etwa drei Monaten fertig zu stellen?

Nehmen Sie den Gutachtenauftrag an, dann prüfen Sie bitte so bald wie möglich, ob die Unterlagen für die Begutachtung ausreichen. Was fehlt, werden wir besorgen und nachsenden. Unser Verfahren findet grundsätzlich schriftlich statt. Ihr Gutachten stützt sich auf die Behandlungsdokumentation (siehe Seite 10) und auf die Tatsachen, die in der Akte von den Parteien vorgetragen werden.*

Wenn Sie den Gutachtenauftrag nicht annehmen möchten, senden Sie uns bitte die Akte umgehend zurück, damit wir keine Zeit verlieren.

* Sollte Ihres Erachtens ausnahmsweise eine persönliche Untersuchung des Antragstellers notwendig sein, teilen Sie uns dies bitte per E-Mail mit. Bitte begründen Sie Ihre Ansicht kurz.

Teil A

2. Erstellen des Gutachtens

Ihre Begutachtung muss drei Aufgaben erfüllen: den medizinischen Sachverhalt klären, die in Frage stehende ärztliche Behandlung bewerten und – falls Sie einen Behandlungsfehler feststellen – beurteilen, ob der Fehler zu einem Gesundheitsschaden des Patienten geführt hat.

2.1 Den medizinischen Sachverhalt klären

Bitte geben Sie aus Gründen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu Beginn Ihres Gutachtens an, auf welche Grundlagen sich Ihre Sachverhaltsdarstellung (siehe Seite 10) stützt. Stellen Sie dann ohne Wertung in knapper Form den medizinischen Sachverhalt dar.

Bitte beschränken Sie sich dabei auf die für das Verständnis des Sachverhaltes und die spätere medizinische Beurteilung wesentlichen Teile der Krankengeschichte, um das Gutachten nachvollziehbar und auch für medizinische Laien verständlich zu halten.

Formale Eigenschaften eines ärztlichen Gutachtens:

Die erste Seite enthält

- Ihren Namen
- Ihr Fachgebiet
- Ihre jetzige oder frühere ärztliche Funktion
- das Aktenzeichen der Gutachterkommission
- die Namen von Antragsteller und Antragsgegner

Alle Seiten des Gutachtens sind fortlaufend nummeriert und tragen das Aktenzeichen zur Identifikation.

FORMALE EIGENSCHAFTEN

Sicht „ex ante“ – denn:
Hinterher ist man
natürlich klüger.

2.2 Die in Frage stehende ärztliche Behandlung bewerten

Nehmen Sie bitte eine so genannte Sicht „ex ante“ ein. Das heißt: Umstände, die zum Zeitpunkt der in Frage stehenden Behandlung noch nicht bekannt waren, müssen bei der Bewertung außer Acht bleiben. In der Retrospektive ist vielleicht einiges ganz offensichtlich, was sich dem Behandelnden nicht sofort erschließen konnte.

Kommen Sie so zu einer begründeten Bewertung des Sachverhaltes und damit zu der Kernfrage Ihres Gutachtens: Ist der Patient mit der erforderlichen Sorgfalt behandelt worden oder liegt ein Behandlungsfehler (siehe Seite 12/13) vor?

Sorgfalt bedeutet in diesem Zusammenhang die Beachtung der medizinischen Standards (siehe Seite 11) Ihres Fachgebietes. Bei der Bewertung, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, kommt es darauf an, was von einem gewissenhaften Arzt nach den von ihm objektiv zu erwartenden medizinischen Kenntnissen und Fähigkeiten zu verlangen war.

BITTE...

Beschreiben Sie in Ihrem Gutachten zunächst den objektiven Standard – ggf. unter Angabe von Quellen. Anschließend bewerten Sie, ob dieser Standard bei der in Frage stehenden Behandlung eingehalten wurde.

2.3 Beurteilen, ob der Fehler zu einem Gesundheitsschaden des Patienten führte

Nur für den Fall, dass Sie einen Behandlungsfehler festgestellt haben, prüfen Sie bitte, ob der Patient einen Gesundheitsschaden (siehe Seite 16) erlitten hat, der kausal auf diesen Fehler zurückzuführen ist. Ein Gesundheitsschaden im arzt haftungsrechtlichen Sinne ist ein gesundheitlicher Nachteil, der zusätzlich zu den krank-

heitsbedingten Beeinträchtigungen eines Patienten durch ärztliche Behandlung eintritt. Ein Gesundheitsschaden kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

2.4 Das Gutachten mit einer Zusammenfassung abschließen

Bitte schließen Sie Ihr Gutachten mit einer Zusammenfassung ab, aus der Antworten auf die folgenden Fragen laienverständlich hervorgehen:

- Weshalb wurde der Patient behandelt?
- Welche Behandlung wurde durchgeführt?
- War diese Behandlung fehlerhaft oder *lege artis*?
- Wenn die Behandlung fehlerhaft war, worin konkret liegt der Behandlungsfehler?
- Trat infolge dieses Fehlers ein Gesundheitsschaden ein? Wenn ja, welcher Schaden?

- ... fassen Sie das Gutachten so ab, dass es auch ein medizinischer Laie verstehen kann.
- ... behandeln Sie als ärztlicher Gutachter immer nur medizinische und keine juristischen Aspekte.
- ... bewerten Sie nicht das Vorgehen der Ärzte, die nicht am Verfahren beteiligt sind (zum Beispiel das Vorgehen der vor- und nachbehandelnden Ärzte).

BITTE...

Teil B

Wichtige Begriffe für ärztliche Gutachter

Sachverhaltsdarstellung

In der Sachverhaltsdarstellung legt der ärztliche Gutachter die medizinischen Zusammenhänge dar, die sich aus der Behandlungsdokumentation ergeben. Liegt eine korrekte und vollständige Dokumentation vor, können die in der Behandlungsdokumentation niedergelegten Umstände und Vorgänge im Allgemeinen als richtig zugrunde gelegt werden. Wenn ein bestimmter Befund oder eine bestimmte Maßnahme dokumentiert wurde, als noch niemand wissen konnte, dass es darauf einmal entscheidend ankommen könnte, ist dies ein Indiz für die Richtigkeit der Dokumentation. Damit können dieser Befund bzw. diese Maßnahme als erfolgt angesehen werden. Dokumentationspflichtige, aber nicht dokumentierte Maßnahmen können vom Sachverständigen als nicht erfolgt angesehen werden.

Dokumentation

Bei Vorliegen einer ordnungsgemäßen Dokumentation können die in der Behandlungsdokumentation niedergelegten Umstände und Vorgänge im Allgemeinen als richtig zugrunde gelegt werden. Sind wichtige dokumentationspflichtige Maßnahmen nicht dokumentiert, kann vermutet werden, dass sie nicht durchgeführt wurden.

Die Behandlungsdokumentation enthält „sämtliche, aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen“ (§ 630f Abs. 2 BGB).

Stichwortartige Aufzeichnungen sind ausreichend, wenn sie für den Fachmann verständlich sind. Routinemaßnahmen sind nicht dokumentationspflichtig.

Hat ein Arzt „eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis [...] nicht in der Patientenakte aufgezeichnet [...], wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat“ (§ 630h Abs. 3 BGB).

Medizinischer Standard – die Art und Weise der Behandlung

Standards eines Fachgebietes sind keine festen Größen. Gemeint ist vielmehr die Art und Weise der Behandlung, die – angepasst an die individuellen Anforderungen des einzelnen Behandlungsfalls – nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlicher Erfahrung zum Zeitpunkt der Behandlung angezeigt ist. Maßgeblich sind insbesondere auch Leitlinien (siehe Seite 12) der Fachgesellschaften, die den Standard zwar nicht bestimmend begründen, jedoch beschreibend wiedergeben können.

Medizinischer Standard hängt weiter von den situativen Möglichkeiten des Arztes ab. So ist der zu erwartende Standard auch an der Versorgungsstufe festzumachen. Er kann z. B. in einem kleinen oder mittleren Krankenhaus der Allgemeinversorgung auch dann gewahrt sein, wenn in einer Universitätsklinik oder einer Spezialklinik überlegenere Möglichkeiten bestehen würden.

Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die erst in wenigen Spezialkliniken erprobt und durchgeführt werden, sind für den allgemeinen Qualitätsstandard nur insoweit zu berücksichtigen, als es um die Frage geht, ob der Patient wegen eines speziellen Leidens in die Spezialklinik hätte überwiesen werden müssen.

Haftungsrechtlich ist der Arzt nicht auf sein Fachgebiet festgelegt. Er muss aber, wenn er sich auf ein anderes Fachgebiet begibt, dessen Standard garantieren.

Medizinischer Standard ist die Art und Weise der Behandlung, die nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ärztlicher Erfahrung zum Zeitpunkt der Behandlung angezeigt ist.

Leitlinien

Leitlinien, die von wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgegeben werden, stellen einen Handlungskorridor dar, der in begründeten Fällen verlassen werden kann.

Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften können den geltenden medizinischen Standard beschreiben, sie bestimmen ihn jedoch nicht. Es ist Aufgabe des Sachverständigen, den im Einzelfall gebotenen Standard zu ermitteln – auch unter Würdigung von Leitlinien. Dabei sollte der Gutachter Leitlinien auch auf Einschlägigkeit für den speziellen Einzelfall, Aktualität zum Behandlungszeitraum und Rang bewerten.

Wurde bei einer Behandlung von der Leitlinie abgewichen, bedeutet dies nicht in jedem Fall, dass darin ein Fehler liegt. Umgekehrt befreit auch der Umstand, dass die Leitlinie bei der Behandlung beachtet wurde, nicht immer von der Haftung. Die Behandlung ist den besonderen Anforderungen des Einzelfalls anzupassen.

Behandlungsfehler

Eine objektive Standardunterschreitung des entsprechenden Fachgebietes ist grundsätzlich ein Behandlungsfehler.

Ein Arzt muss einen Patienten mit der erforderlichen Sorgfalt behandeln. Maßstab ist dabei das, was von einem ordentlichen, pflichtgetreuen Arzt der in Rede stehenden Fachrichtung in der konkreten Situation erwartet werden konnte, also die Einhaltung des medizinischen Standards.

Der Gutachter nimmt bei der Bewertung eine Sicht „ex ante“ ein: Umstände, die zum Zeitpunkt der in Frage stehenden Behandlung noch nicht bekannt waren, bleiben außer Acht.

Ein Behandlungsfehler kann zum einen darin bestehen, dass etwas nicht Indiziertes oder Falsches getan wird oder zum anderen darin, dass etwas Notwendiges unterlassen wird.

Sowohl ein einfacher als auch ein grober Behandlungsfehler kann zur Haftung führen. Die Unterscheidung hat für die juristische Bewertung der Beweislastverteilung Bedeutung.

Grober Behandlungsfehler

Wenn ein Arzt eindeutig gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse oder bewährte ärztliche Behandlungsregeln verstoßen hat und der Fehler dem Gutachter aus objektiver Sicht „völlig unverständlich und unverantwortlich“ erscheint, wird dieser Fehler in der Rechtsprechung als „grober“ Behandlungsfehler eingestuft.

Liegt ein „grober“ Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, den infrage stehenden Gesundheitsschaden herbeizuführen, wird bei der Entscheidung der Haftungsfrage auch angenommen, dass der Behandlungsfehler für diesen Schaden ursächlich war; es sei denn in diesem Einzelfall ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Fehler und Schaden „gänzlich unwahrscheinlich“.

Der Schadensumfang sagt nichts darüber aus, ob ein grober oder ein einfacher Behandlungsfehler vorliegt.

Diagnoseirrtum und Diagnosefehler

Ein Diagnoseirrtum liegt vor bei zwar objektiv falscher, aber in der gegebenen Situation vertretbarer Fehlinterpretation erhobener oder sonst vorliegender Befunde.

Ein Diagnosefehler liegt vor, wenn Befunde in einer nicht mehr vertretbaren Weise fehlerhaft beurteilt wurden. Dies gilt besonders, wenn typische und kennzeichnende Befunde bei der Diagnosestellung fehlerhaft interpretiert oder übersehen werden.

Ein grober Behandlungsfehler erscheint dem Gutachter als „völlig unverständlich und unverantwortlich“.

Die Beurteilung, ob ein vorwerfbarer Diagnosefehler vorliegt, erfordert eine strenge Sicht „ex ante“. Bei der iterativen Diagnosefindung kann zuerst einmal der Verdacht bestehen, dass eine bestimmte Diagnose mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit richtig sein könnte. Im Nachhinein stellt sich dann heraus, dass diese Verdachtsdiagnose doch unzutreffend war. Einem Arzt wäre in diesen Fällen kein Diagnosefehler vorzuwerfen, wenn er alle vorliegenden Befunde zu dem in Frage stehenden Zeitpunkt sorgfältig und standardgerecht bewertet hat und zu einer vertretbaren Verdachtsdiagnose gekommen ist. Allerdings müssen Verdachtsdiagnosen fortlaufend überprüft werden – ggf. auch durch weitere Befunderhebung.

Ein grober Diagnosefehler liegt z. B. dann vor, wenn einfache und selbstverständlich gebotene differenzialdiagnostische Überlegungen und Untersuchungen unterlassen worden sind. Hier gelten dieselben Kausalitätserwägungen wie bei einem groben Behandlungsfehler (siehe Seite 13).

Mangelhafte Befunderhebung – Befunderhebungsfehler

Werden gebotene Befunde nicht oder zu spät erhoben oder erforderliche Untersuchungen nicht oder zu spät durchgeführt, gilt dies als Behandlungsfehler im Sinne der mangelhaften Befunderhebung. Hierbei kann es nicht nur im Falle eines groben, sondern auch im Falle eines einfachen Fehlers zu einer Beweislastumkehr mit den für den „groben“ Behandlungsfehler genannten Kausalitätserwägungen kommen. Voraussetzung dafür ist, dass

- sich bei korrekter Befunderhebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (> 50 %) ein reaktionspflichtiger Befund gezeigt hätte und
- das Nichterkennen des Befundes oder die Nichtreaktion auf diesen Befund ein grober Fehler gewesen wäre.

Gutachterlich ist bei einem einfachen (nicht per se schon groben) Befunderhebungsfehler daher stets zu prüfen, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind.

Bei der Befunderhebung muss ein Arzt alle ihm zur Verfügung stehenden Erkenntnisquellen nutzen. Reichen die eigenen Möglichkeiten nicht aus, so muss er einen Fachkollegen hinzuziehen.

Beispiel 1: Im Röntgenbild zeigt sich ein Rundherd in der Lunge. Es wird die Diagnose „Verdacht auf ein Bronchialkarzinom“ gestellt, da Kriterien für diese Diagnose vorliegen. Im Nachhinein stellt sich nach weiterführenden Untersuchungen heraus, dass diese Diagnose ein Irrtum war. Es liegt **kein vorwerfbarer Diagnosefehler** vor.

Beispiel 2: Im Röntgenbild zeigt sich ein Rundherd in der Lunge. Dieser wird bei der Beurteilung des Bildes nicht erkannt, obwohl er hätte erkannt werden müssen. Es liegt **ein vorwerfbarer Diagnosefehler** vor.

Beispiel 3: Im Röntgenbild erkennt ein Arzt einen verdächtigen Rundherd in der Lunge. Weiterführende Untersuchungen werden gleichwohl nicht vorgenommen. Es handelt sich um einen **Befunderhebungsfehler**.

BEISPIELE

Differenziert werden müssen drei Klassen von Gesundheitsschäden:

- Behandlungsschäden, die vermeidbar sind
- Behandlungsschäden, die nicht vermeidbar sind
- Krankheitsfolgen

Gesundheitsschaden

Ein Gesundheitsschaden im arzt haftungsrechtlichen Sinne ist ein gesundheitlicher Nachteil, der zusätzlich zu den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen eines Patienten durch ärztliche Behandlung eintritt. Der Gesundheitsschaden kann fehlerbedingt und damit vermeidbar oder unvermeidbar sein.

Der Begriff des Gesundheitsschadens im Arzthaftungsrecht ist dabei weit gefasst. Bleibende Schadensfolgen müssen nicht notwendigerweise vorhanden sein. Es genügt vielmehr grundsätzlich auch eine passagere, nicht völlig unbedeutende gesundheitliche physische und/oder psychische Beeinträchtigung, wie z. B. vorübergehende Schmerzen oder eine erneute Operation oder auch eine Prognoseverschlechterung.

BEISPIELE

Vermeidbarer Behandlungsschaden:

Gewebeschaden durch zu hohe Strahlendosis

Unvermeidbarer Behandlungsschaden:

Gewebeschaden als Nebenwirkung einer standardgemäßen Strahlentherapie

Krankheitsfolge:

Gewebeschaden durch Tumorerkrankung

Komplikation

Komplikationen können erstens krankheitsbedingt (in zufälligem Zusammenhang mit einer ärztlichen Behandlung) auftreten oder zweitens Folge einer richtigen ärztlichen Behandlung sein. In beiden

Fällen sind sie unvermeidbar. Vermeidbar sind Komplikationen dann, wenn sie, was drittens möglich ist, durch einen Behandlungsfehler verursacht werden.

So wenig wie aus dem bloßen Auftreten einer Komplikation auf einen vorausgegangenen Fehler zu schließen ist, genügt es nicht, sich als Gutachter auf die Aussage zu beschränken, es handele sich um eine Komplikation, die eingriffstypisch und deshalb unvermeidbar sei.

Der Gutachter muss in jedem Einzelfall prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen ärztlichen Handelns aufgetreten ist (also unvermeidbar war), oder ob die Komplikation als Folge fehlerhaften ärztlichen Handelns anzusehen ist (also vermeidbar war).

Ein Patient bekommt nach der Gabe eines Arzneimittels einen schweren Hautausschlag. Dies wirft er dem behandelnden Arzt vor. Der betroffene Arzt erwidert, Hautausschlag sei eine typische Nebenwirkung des eingesetzten Medikaments. Darüber sei der Patient deshalb zuvor aufgeklärt worden.

Ein Gutachter darf in diesem Fall nicht ausschließlich vortragen, hier habe sich ein typisches Risiko des Arzneimittels verwirklicht und deshalb sei nicht von einem Fehler auszugehen. Er muss beurteilen und dazu Stellung nehmen, ob die Arzneimittelgabe richtig oder fehlerhaft war.

BEISPIEL

Kausalität

Grundsätzlich trägt der Patient die Beweislast dafür, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und die Ursache für den Gesundheitsschaden war. Für den Nachweis eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Behandlungsfehler und primärem Gesundheitsschaden braucht es keine mathematisch-naturwissenschaftliche Sicherheit oder eine „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“. Erforderlich ist aber „ein für das praktische Leben brauchbarer Grad an Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne diese völlig auszuschließen“.

Aufklärung

Ein Arzt „ist verpflichtet, über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören in der Regel insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“ (§ 630e Abs. 1 BGB).

Nach dem Patientenrechtegesetz ist die Aufklärung zu dokumentieren (§ 630f Abs. 2 BGB).

Rügt ein Patient, er sei nicht ausreichend aufgeklärt worden, klärt der Gutachter die medizinischen Fakten (zum Beispiel typische Risiken, Häufigkeiten für deren Auftreten, Behandlungsalternativen). Ob die Aufklärung ausreichend war, ist eine rechtliche Beurteilung, die von der Gutachterkommission vorgenommen wird.

Weitere Informationen

Sie haben Fragen oder benötigen weitere Informationen?
Melden Sie sich gerne – der Dialog mit Ihnen ist uns wichtig!

Sie erreichen die Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen
der Ärztekammer Westfalen-Lippe unter
Telefon 0251 929-9100
Fax 0251 929-2399
E-Mail: gutachterkommission@aeowl.de
www.aeowl.de/gak

Fotonachweis

fotolia.com – contrastwerkstatt (1), DOC RABE Media (4), grafikplusfoto (4),
lightpoet (1); istockphoto.com – ugde (1); Schübel (20)

Gutachterkommission für Arzthaftpflichtfragen der
Ärztekammer Westfalen-Lippe
Gartenstraße 210 – 214
48147 Münster
Tel. 0251 929-9100
E-Mail: gutachterkommission@aekwl.de
Internet: www.aekwl.de