
Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen

Rolf-Werner Bock

Die Problematisierung „ärztlicher Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen“ verweist ohne weiteres auf das ärztliche Haftungs- und Strafrecht. In diesem Kontext ist vor dem Hintergrund des Generalthemas auf einige signifikante Aspekte zurückzukommen.

I. Verrechtlichung der Medizin

Schon im Allgemeinen ist ärztliche Berufsausübung durch Risikoaffinität in der Relation von Behandlungsausübung und Behandlungserfolg im Hinblick auf Komplikationen, Nebenfolgen oder gar einen Misserfolg aller Bemühungen charakterisiert. Dies resultiert nicht zuletzt aus der „Eigengesetzlichkeit und weitgehenden Undurchschaubarkeit des lebenden Organismus“, wie auch die höchstrichterliche Rechtsprechung anerkennt¹. Diese Behandlungsrisiko-Affinität korreliert mit einem forensischen Risiko, welches sich in den letzten Jahrzehnten manifestiert und dabei zunehmend entwickelt hat. Nach Schätzungen werden in Deutschland wegen des Vorwurfs fehlerhafter ärztlicher Behandlung jedes Jahr etwa 12.000 neue Zivilverfahren anhängig gemacht und etwa 3.000 neue staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren eingeleitet. Daneben bleiben die nach wie vor zunehmende Zahl von Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sowie interne

Regulierungen durch Haftpflichtversicherer ohne Außenwirkung zu veranschlagen. Derzeit sollen in Deutschland pro Jahr ca. 40.000 Behandlungsfehlervorwürfe geltend gemacht werden².

Die von Ärztinnen und Ärzten vielfach geäußerte Befürchtung, im Zusammenhang mit der Berufsausübung in forensische Auseinandersetzungen verwickelt zu werden, ist also konkret gerechtfertigt.

Unter juristischen Gesichtspunkten resultiert das forensische Risiko schon alleine aus der Tatsache, dass ärztliche Berufsausübung in Deutschland rechtssystematisch zu zivilrechtlicher Haftung und sogar strafrechtlicher Sanktion führen kann. Jedoch bleibt zu berücksichtigen, dass die Rechtsordnung lediglich ein „Instrumentarium“ zur Rechtsverfolgung zur Verfügung stellt. Der Impetus, dieses Instrumentarium auch „als Patient“ in Anspruch zu nehmen, muss daher andere, weitergehende Gründe haben. Hier seien nur beispielhaft genannt:

- Defizite, die sich im früher selbstverständlichen Vertrauensverhältnis zwischen Patient und ihn behandelndem Arzt entwickelt haben,
- das Gefühl vieler Patienten, einer anonymen Apparatemedizin und auch einem anonymen Krankenhausbetrieb ausgesetzt zu sein,
- zunehmende „Aufgeklärtheit“ der Gesellschaft in Folge (gerade auch im eigentlichen Sinne) ärztlicher Aufklärungsmaßnahmen, populärwissenschaftlicher Publikationen, Berichterstattung in den Medien, aber auch etwa der allgemein zugänglichen Veröffentlichung sogenannter Leitlinien etc.,
- Konkurrenz unter Krankenhäusern und Ärzten, welche Vorbehandler nicht immer in gutem Licht erscheinen lässt, sowie auch unter Rechtsanwälten, die Patienten und ihre Angehörigen forciert „zur Klage“ beraten mö-

- gen, wobei Kostenrisiken durch Rechtsschutzversicherungen aufgefangen werden,
- Regressaktivitäten von Krankenversicherungen unter Einschluss der Unterstützung ihrer Mitglieder (vgl. § 66 SGB V), aber auch
 - die oftmals zwangsläufig enttäuschte übergroße Erwartung von Patienten und ihren Angehörigen an die Möglichkeiten der Medizin, wobei diese Erwartung gerade in Folge des medizinischen Fortschritts geweckt wurde und die letztliche Schicksalhaftigkeit von Krankheitsverläufen vergessen lässt.

Schon alleine die Quantität sogenannter Kunstfehlerprozesse zeitigt qualitative Konsequenzen. So resultiert aus der Zunahme forensischer Auseinandersetzungen eine erhöhte „Kontrolldichte“ im Hinblick auf die Einhaltung rechtlicher Anforderungen an ärztliche Berufsausübung. Aus vermehrter arztrechtlicher Judikatur ergibt sich notwendigerweise eine zunehmende Wirkung hinsichtlich der Observanz einzuhaltender rechtlicher und medizinischer Anforderungen sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite.

Bereits diese wechselbezüglichen Effekte implizieren eine „Verrechtlichung der Medizin“. Weitergehend bleiben zunehmend umfassend eingreifende normative Vorgaben, welche unmittelbaren Einfluss auf das Behandlungsgeschehen haben, zu veranschlagen (beispielsweise das Medizinproduktegesetz, das Transfusionsgesetz und Maßgaben zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des SGB V haben eine Fülle von Organisationserfordernissen zur Konsequenz).

Mithin impliziert die Verrechtlichung der Medizin eine zunehmende Differenzierung der an adäquate ärztliche Berufsausübung zu stellenden Anforderungen eben unter rechtlichen Aspekten, was zu immer mehr differenzierten Parametern, welche judikativer Kontrolle unterliegen

können, führt. In diesem Kontext entwickelte sich die Zivilrechtsprechung zu Lasten der Ärzteseite haftungsausweitend, was insbesondere die Bedeutung der Behandlungsdokumentation, Anforderungen an adäquate Patientenaufklärung, an Organisationserfordernisse sowie die Rechtsfiguren von „grobem Behandlungsfehler“ und „Befunderhebungsfehler“ anlangt.

Als Reaktion auf das Phänomen einer Verrechtlichung der Medizin hat sich in der Ärzteschaft über die Jahre bezüglich zahlreicher Behandlungszusammenhänge eine „defensive Medizin“ etabliert, wie es Laufs bereits 1986 vorausschauend beschrieben hat: „Die Verrechtlichung seiner Kunst lässt den Arzt neben den Risiken, die der Patient mitbringt und die diesem bei der Diagnose und Therapie drohen, auch die eigenen forensischen Gefahren bedenken und als indizierende wie kontraindizierende Faktoren ins Kalkül ziehen. Aus der verrechtlichen droht eine defensive Medizin zu werden, die aus Scheu vor der Klage zu viel untersucht oder zu wenig an Eingreifen wagt“³. Jenseits nachvollziehbarer pragmatischer Erwägungen bedarf zumindest kritischer Hinterfragung, ob solches Behandlungsverhalten infolge „Scheu vor der Klage“ und nur der eigenen juristischen Absicherung dienend, letztlich Rechtfertigung finden kann und vor allem auch den Interessen der Patienten gerecht wird. Dabei sind auch Kostenaspekte betroffen, denn die Anwendung defensiver Medizin mit einem an sich unnötigen Mehr an Untersuchungsmaßnahmen und operativen Eingriffen (signifikantes Beispiel: Sectio-Rate) führt notwendigerweise zu vermeidbarer Kostensteigerung.

Mithin bleibt basal zu konstatieren, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Verlauf der letzten Jahrzehnte durch zunehmende „Verrechtlichung“ charakterisiert ist.

II. Sorgfaltspflicht und Behandlungsstandard

Impliziert das Phänomen der „Verrechtlichung der Medizin“ eine jedenfalls aus ärztlicher Sicht negativ zu bewertende Tendenz, welche allerdings auch der Patientenseite zumindest im praktischen bzw. pragmatischen Effekt nicht ohne weiteres zugute kommt, darf gleichwohl nicht vernachlässigt werden, dass dem Arzthaftungsrecht die Kontrolle, ob „der Patient die von ihm zu beanspruchende medizinische Qualität auch erhalten hat“, inhärent ist⁴. Gleiches gilt zumindest im Effekt unter strafrechtlichen Kriterien.

Dabei ist Grundvoraussetzung sowohl zivilrechtlicher Haftung als auch strafrechtlicher Verantwortlichkeit des Arztes eine Verletzung der objektiven Sorgfaltspflicht im Rahmen des Behandlungsgagierens. Darunter versteht man konkret einen Verstoß gegen denjenigen Behandlungsstandard, den – aus Ex-ante-Sicht – ein besonnener und gewissenhafter Arzt des betroffenen Fachgebiets (etwa der Chirurgie oder der Anästhesie) dem Patienten in der konkret zu beurteilenden Behandlungssituation geboten hätte. Dieser „Standard“ ist abstrakt-generell als der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft, konkret als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, allgemein anerkannte und für notwendig erachtete Verhalten umschrieben⁵. Dabei ist im Ergebnis „Facharztstandard“ bzw. eine Behandlung mit Facharztqualität zu gewährleisten⁶. Das heißt, dass der Arzt die konkret anzuwendende Behandlung „theoretisch wie praktisch so beherrscht, wie das von einem Facharzt erwartet werden muss“⁷.

Diese Umschreibung impliziert, dass der Standard keine rein statische Größe darstellt, sondern eine dynamische Komponente enthält, welche von der Entwicklung und dem jeweiligen Fortschritt allgemein in der Medizin und

insbesondere im Bereich der Fachgebiete abhängt, also neue Erkenntnisse und Erfahrungen in sich aufnimmt und dadurch den Standard ändert. Von wesentlicher Bedeutung ist, dass es ausschließlich der medizinischen Wissenschaft und dabei insbesondere den betroffenen Fachgebieten obliegt, zu diskutieren und eventuell zu bestimmen, was als *lege artis* zu erachten ist.

Selbstverständlich stehen bei Arzthaftungs- bzw. Arztstraftprozessen primär rechtliche Beurteilungskategorien in Rede, was vor allem die Bestimmung der berufsspezifischen Sorgfaltspflichten betrifft. Andererseits bleibt das, was als „Regel der ärztlichen Kunst“ bzw. „Standard“ zu erachten ist, „grundsätzlich der medizininternen Auseinandersetzung überlassen, die rechtliche Intervention der Bestimmung äußerster, ‚eindeutiger‘ Grenzen ‚(un-)vertretbarer‘ Methodenwahl vorbehalten“⁸. Mithin ergibt sich eine materiell- und prozessrechtlich außerordentlich bedeutsame Schnittstelle zwischen Medizin und Recht, denn die Rechtsfrage, „ob ein Arzt seine berufsspezifische Sorgfaltspflicht verletzt hat, ist ... in erster Linie eine Frage, die sich nach medizinischen Maßstäben richtet“. Daher muss der Richter „den berufsfachlichen Sorgfaltsmaßstab mit Hilfe eines medizinischen Sachverständigen ermitteln. Er darf medizinischen Standard nicht ohne Sachverständigengrundlage allein aus eigener rechtlicher Beurteilung heraus festlegen“⁹.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, welche besondere Verantwortung dem medizinischen Sachverständigen im Rahmen forensischer Auseinandersetzungen zukommt. Weitergehend stellt sich im Lichte jüngerer Entwicklung die Frage, welche Bedeutung sogenannten Leitlinien hinsichtlich der Bestimmung der im einzelnen Behandlungsfall einzuhaltenden ärztlichen Sorgfaltspflicht zukommt. Dies gilt rechtspraktisch auch unter dem Aspekt, dass sich die Patientenseite im Arzthaftungsprozess verstärkt

auf diese Leitlinien bzw. deren angebliche Nichteinhaltung beruft, um Behandlungsfehler dartun zu können.

Bei der gerichtlichen Ermittlung, welcher Standard im konkreten Behandlungsfall als sorgfaltspflichtgerecht einzuhalten war, was regelmäßig auf der Grundlage entsprechender Begutachtung erfolgt, können Leitlinien zu berücksichtigen sein. Diese könnten mithin also im Zusammenhang mit der Prüfung von Haftung und Strafbarkeit eines Arztes ein „Einfallstor“ zum Rückgriff auf medizinische Beurteilungskategorien darstellen. In diesem Sinne würden Leitlinien dann zumindest mittelbar rechtlich verbindliche Relevanz für den Arzt erlangen. Dies gilt ohne weiteres, falls eine Leitlinie den einzuhaltenden medizinischen Standard tatsächlich zutreffend (ein-einzig richtig) wiedergibt. Eine Haftung bzw. Strafbarkeit resultierte gemäß aktueller Rechtsprechung ggf. jedoch nicht in Folge „Nichteinhaltung der Leitlinie“, sondern aufgrund Nichteinhaltung zu beachtenden Behandlungsstandards, welcher allerdings eventuell (u. a. auch) einer Leitlinie entnommen werden kann¹⁰. Wie das Oberlandesgericht Naumburg in einer Entscheidung vom 19. Dezember 2001 formulierte, haben „ärztliche Leitlinien der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) ... unbeschadet ihrer wissenschaftlichen Fundierung derzeit lediglich Informationscharakter für die Ärzte selbst. Einer weitergehenden Bedeutung, etwa als verbindliche Handlungsanleitung für praktizierende Ärzte, steht zumindest derzeit die anhaltende Diskussion um ihre Legitimität als auch um ihre unterschiedliche Qualität und Aktualität entgegen. Forensisch betrachtet sind diese Leitlinien der AWMF wegen ihres abstrakten Regelungsgehalts grundsätzlich auch nicht geeignet, ein auf den individuellen Behandlungsfall gerichtetes Sachverständigengutachten zu ersetzen“¹¹.

In diesem Sinne schließen die von der AWMF im Internet publizierten Leitlinien auch regelmäßig mit dem Hin-

weis, diese seien für Ärzte „rechtlich nicht bindend“ und hätten „daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung“. Allerdings bleibt auch abzuwarten, welche forensische Bedeutung evidenz-basierten Konsensus-Leitlinien zukünftig zukommen könnte bzw. wird. Für den Arzt ist nach wie vor entscheidend, sein medizinisches Agieren nach Maßgabe des individuellen Behandlungsfalles zu bestimmen. Erfordert dies ein Abweichen von Leitlinien, bedarf es – auch aus vorsorglichen forensischen Gründen – der nachvollziehbaren Begründung.

Die dargestellten Zusammenhänge machen beispielhaft deutlich, dass auch medizininterne Entwicklungen Einfluss auf den Wandel der Beziehung zwischen Arzt und Patient unter rechtlichen Aspekten haben.

III. Legitimation ärztlicher Behandlungsmaßnahmen

Wie bereits angedeutet, können Behandlungsfehler zu strafrechtlichen Konsequenzen im Sinne der fahrlässigen Körperverletzung (§ 229 StGB) und fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) führen. Dies resultiert aus nach wie vor praktizierter Rechtsprechung, welche auf eine Entscheidung des Reichsgerichts aus dem Jahre 1894 zurück geht¹². Demgemäß erfüllt jeder ärztliche Eingriff, auch bei gegebener Indikation und einer Durchführung *lege artis*, den Tatbestand der Körperverletzung, der sich im Ansatz auch als „rechtswidrig“ darstellt. Zur Vermeidung der Rechtswidrigkeit des Eingriffs bedarf es eines Rechtfertigungsgrundes, der regelmäßig mit der Einwilligung des Patienten in die Vornahme des Eingriffs geschaffen wird. Aus dieser Systematik resultiert im Kern die nach deutschem Recht zu konstatierende „Aufklärungsproblematik“, welche auch als „Aufklärungsmisere“ charakterisiert wird¹³.

Ungeachtet traditioneller Rechtsprechung darf nicht

verkannt werden, dass unter der Geltung des Grundgesetzes eine zweite Begründungslinie für Aufklärungsmaßnahmen hinzugetreten ist: Der Verpflichtung zur adäquaten Aufklärung des Patienten liegt letztlich das in Artikel 2 Abs. 1 GG konstituierte Selbstbestimmungsrecht eine jeden als allgemeines Persönlichkeitsrecht zugrunde.

Daraus erhellt auch, dass ein Patient die Vornahme von Heileingriffen ablehnen kann. Nach der Rechtsprechung des BGH darf sich niemand „zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden“¹⁴. In dieser zugespitzten Formulierung tritt zum einen der der Aufklärungsproblematik zugrundeliegende rechtliche Gedanke klar zu Tage. Zum anderen wird deutlich, dass letztliche „Legitimation“ jeder ärztliche Eingriff erst durch das „Einverständnis des aufgeklärten Kranken“ erlangt¹⁵. Demgemäß ist kein sogenanntes „therapeutisches Privileg“ und keine „Vernunftthoheit“ des Arztes anerkannt, obwohl es dessen „vornehmstes Recht und seine wesentlichste Pflicht“ ist, „den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen. Dieses Recht und diese Pflicht finden aber in dem grundgesetzlichen freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze“¹⁶.

Vor diesem Hintergrund ist auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient im Wandel der Zeit unter zwei Aspekten zurückzukommen:

– Gerade die forensischen „Bemühungen“ der Patientenseite haben in kaskadenartiger Weise eine Judikatur zur Aufklärungsproblematik evoziert, welche vor allem auf Ärzteseite kaum noch überblickt werden kann. Zwar konstatiert die Rechtsprechung einerseits nach wie vor keine Verpflichtung des Arztes, „den Kranken auf alle nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen, die möglicherweise mit einer Operation entstehen können“¹⁷, fordert im

Grundsatz vielmehr, der Patient müsse lediglich „im Großen und Ganzen“ informiert werden, und stellt andererseits in einer Fülle von Einzelfallentscheidungen doch fest, über ein ganz bestimmtes Risiko habe in der konkreten Behandlungssituation gewiss aufgeklärt werden müssen. Dahinter steht die absolute Gewährleistung und praktische Effektuierung des grundrechtlich konstituierten Selbstbestimmungsrecht eines jeden, wie es auch dem Patienten ohne weiteres zukommt. Dies soll grundsätzlich keinem Einwand unterliegen, doch stellt sich praktisch die Frage, ob die Verwirklichung dieses Selbstbestimmungsrechts auf Patientenseite nicht vielfach eine Überforderung darstellt. Beispielsweise wurde im Rahmen einer Studie erhoben, dass ca. 25 Prozent der Patienten „nicht aufklärbar“ waren, was nicht intellektuell begründet sein muss, sondern der individuellen Krankheitssituation geschuldet sein kann. Aus der ärztlichen Praxis wird berichtet, zahlreiche Patienten seien nach adäquater Aufklärung ratlos und stellten die Frage, in welche Richtung sie sich denn nun entscheiden sollten bzw. welchen Behandlungsmodus denn der Arzt in ihrer Situation wählen würde. Der – bundesverfassungsgerichtlich – auch vom Patienten geforderte „mitverantwortlich geführte Dialog“ im Aufklärungsgespräch stößt mithin an Grenzen. Auch im vorliegenden gesellschaftlichen Zusammenhang wurde – hier von Patientenseite evoziert – „Recht gegeben“, wozu hinterfragt werden kann, was „damit anzufangen“ ist. Dies gilt vor allem auch vor dem Hintergrund, dass Aufklärungsmaßnahmen relativ erhebliche Tagesarbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten beanspruchen, welche für eigentliche „Behandlung“ nicht mehr zur Verfügung steht. Um so mehr ist zu fordern, dass jede Ärztin und jeder Arzt aus Gründen der Effizienz und angesichts des aus dem Aufklärungsaspekt resultierenden forensischen Risikos die an adäquate Aufklärung zu stellenden Anforderungen kennt

und in Kliniken ein strukturiertes Aufklärungsmanagement etabliert wird. Dahingehend sieht die Rechtsprechung im Übrigen auch explizite Verpflichtung¹⁸.

– Erlangen ärztliche Maßnahmen zur Heilbehandlung einerseits Legitimation aufgrund erklärter Einwilligung seitens des aufgeklärten Patienten, bleibt weitergehend zu fragen, ob und inwieweit der Arzt jenseits einer Indikationsstellung lediglich „auf Wunsch“ des Patienten tätig werden darf. Aktuell betroffen sind ästhetisch-chirurgische Eingriffe und auch die Problematik sogenannter „Wunschsectio“. Prospektiv ergeben sich weitergehende Problemstellungen im Zusammenhang mit sogenannter „prophylaktischer Chirurgie“.

Ein ärztliches Agieren jenseits des Heileingriffs, der durch eine Indikation und Ausführung lege artis charakterisiert wird, ist ohne weiteres zu konstatieren (was beispielsweise auch für Organentnahmen gilt). Rechtlich bleibt zu veranschlagen, dass die Einwilligung des Patienten insoweit eine Schranke öffnet, wodurch Eingriffe in die körperliche Integrität individual erlaubt sind. Jenseits dessen ist der Arzt in seinem Agieren dann allerdings nicht frei. Kurz gesagt darf nicht ohne weiteres medizinisch ausgeführt werden, was der Patient wünscht und machbar ist. Die äußerste rechtliche Grenze insoweit bildet sogenannte „Sittenwidrigkeit“ (vgl. § 228 StGB). Den Maßstab zur Beurteilung dessen, was als sittenwidrig zu erachten ist, bildet u. a. das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden. Es liegt auf der Hand, dass dieser Parameter erheblichen Diskussionsbedarf impliziert und seinerseits gesellschaftlich bedingtem „Wandel“ der Anschauung unterliegen kann.

Im weiten Spannungsfeld zwischen einerseits medizinischer Indikation und andererseits Sittenwidrigkeit ärztlichen Agierens ist – jenseits rechtlicher Maßgaben – jedenfalls ärztliche Ethik in besonderer Weise gefordert.

IV. Risk Management

Aus Sicht des Juristen ist zur Beziehung zwischen Arzt und Patient im Wandel der Zeit gewiss zentral auf das Phänomen der „Verrechtlichung“ zu verweisen. Dieses Schlagwort impliziert eine Fülle medizinrechtlicher Einzelaspekte, welche hier nur ansatzweise und beispielhaft aufgegriffen sind. Dabei sollte im Ansatz – zumindest zivilrechtlich – auch keinesfalls als Besonderheit empfunden werden, dass ärztliche Berufsausübung juristischen Anforderungen und damit auch judikativer Kontrolle unterliegt. Gleichwohl bzw. infolge dessen stellt sich allerdings die Frage, wie allgemein forensischen Risiken und dabei insbesondere negativen Wirkungen einer Verrechtlichung der Medizin möglichst effektiv begegnet werden kann.

Selbstverständlich muss jede Ärztin und muss jeder Arzt hinsichtlich des Behandlungsgagierens forensische Risiken berücksichtigen, was jedoch nicht leitende Maxime bei der Behandlungsführung sein kann. Allerdings ist erforderlich, dass die Ärzteschaft die an sie gestellten rechtlichen Anforderungen kennt, um sich entsprechend einrichten zu können, was eine Minimierung forensischer Risiken impliziert.

Darüber hinaus bedarf es – vor allem in Krankenhäusern – der weitergehenden Etablierung von Organisationsstrukturen, die im einzelnen Behandlungsfall ein Tätigwerden *lege artis* überhaupt ermöglichen. In Kliniken ist heute ein mehr oder weniger effektives Qualitätsmanagement etabliert, wie es auch sozialrechtlicher Verpflichtung entspricht (vgl. § 137 SGB V). Weitergehend ist geboten, als Teil dessen auch ein adäquates Risk Management einzuführen. Dabei geht es darum, „aktiv nach Schadensursachen und nach Risikofeldern zu suchen, um Haftungsfälle präventiv zu vermeiden“¹⁹. Insofern ist erforderlich, vorhandene latente Risiken zu erheben und möglichenfalls zu eliminieren.

Gerade rechtliche Anforderungen nach Maßgabe von Normen und Judikatur bieten eine geeignete Grundlage, einen anzustrebenden „Soll-Zustand“ zu beschreiben. Dieser ist mit dem in einer Analyse zu erhebenden „Ist-Zustand“ abzugleichen. Dabei festzustellende Divergenzen implizieren Risiken, welche es zur Reduzierung des Haftungspotenzials zu unterbinden gilt (beispielsweise betreffend: Gewährleistung von Facharztqualität, Perioperatives Management, Ambulantes Operieren, Umsetzung des Medizinproduktegesetzes, Dokumentationsmanagement, Aufklärungsmanagement, Juristisches Zwischenfallmanagement etc.).

Generell ist erforderlich, insbesondere in Kliniken effektive Strukturen zur Schaffung einer adäquaten Primär- und Sekundärorganisation zu etablieren. Nur auf dieser Basis lässt sich eine positive Struktur- und Prozessqualität mit günstiger Ergebnisqualität schaffen. Ziel aller Bemühungen insoweit ist das „Wohl des Patienten“. Dies impliziert im Kern eine Behandlung nach den Regeln ärztlicher Kunst bzw. unter Einhaltung gegebener Standards. Insofern ist initial die persönliche Qualifikation und Kompetenz behandelnder Ärztinnen und Ärzte gefordert. Weitergehend muss sich das individuelle Behandlungsgagieren in ein adäquates Behandlungsmanagement einfügen. Neben medizinischen Erfordernissen sind insofern auch grundlegend rechtliche Anforderungen einzuhalten. Dergestalt vermag sich die tradierte Maxime „salus aegroti suprema lex“ mit weitergehender Bedeutung unter aktuellen Anforderungen modernen Qualitätsmanagements zu verwirklichen.

Anmerkung

¹ BGH NJW 1977, 1102 (1103) m.w.N.

² Zum Zahlenmaterial vgl. *Ulsenheimer, K.: Arztstrafrecht in der Praxis*, Heidelberg 2003, 3. Auflage, S. 1 f.

³ *Laufs, A.: Arzt und Recht im Wandel der Zeit*, MedR 1986, 163 (164).

- ⁴ *Steffen, T.*: Einfluss verminderter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen aus dem Gesundheitsstrukturgesetz auf die Arzthaftung, MedR 1995, 190.
- ⁵ vgl. dazu auch *Künschner, A.*: Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl, Baden-Baden 1993, S. 211.
- ⁶ vgl. u. a. BGH NJW 1987, 1479; 1992, 1560.
- ⁷ *Steffen, E.*: Der sogenannte Facharztstatus aus der Sicht der Rechtsprechung des BGH, MedR 1995, 360.
- ⁸ *Damm, R.*: Medizintechnik und Arzthaftungsrecht, NJW 1989, 737 (738 f.).
- ⁹ BGH NJW 1995, 776.
- ¹⁰ vgl. OLG Stuttgart, MedR 2002, 650.
- ¹¹ OLG Naumburg, MedR 2002, 471.
- ¹² RGSt 25, 375.
- ¹³ Ulsenheimer, a. a. O., S. 73.
- ¹⁴ BGHSt 11, 111 (114).
- ¹⁵ *Laufs, A.*: Arztrecht, München 1993, Rd-Nr. 42.
- ¹⁶ BGHSt 11, 111 (114).
- ¹⁷ RGZ 78, 432.
- ¹⁸ vgl. KG VersR 1979, 260.
- ¹⁹ *Ulsenheimer, K. / Oehlert, G.*: Risk Management, Gynäkologie 1999, 12:919; vgl. auch *Bock, R.-W.*: Qualitätssicherung und Risikomanagement. In: List/Osswald/Hornke (Hrsg.), *Komplikationen und Gefahren in der Anästhesie*, 4. Auflage, 2002, S. 3 ff.