

# Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz?

Christian Katzenmeier

1. Die Zahl der gegen Ärzte erhobenen Schadensersatzansprüche wächst ständig. Den Haftpflichtversicherungen werden heute jährlich über 10.000 neue Haftungsfälle gemeldet (1). Manche sprechen gar von bis zu 30.000 Schadensmeldungen (2). Bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen wurden 1994 über 7.000 Anträge auf Durchführung eines Verfahrens gestellt. 1993 waren es 6.685, im Jahre 1992 noch 6.347 Anträge. Die Zahl der Eingänge nimmt also beständig zu, jährlich um bis zu 10 % (3).

Damit ein Schadensersatzbegehren wegen eines Behandlungsfehlers Erfolg hat, muß der Geschädigte regelmäßig den Nachweis schuldhafter Verursachung führen (4). Im Vertragsrecht wie im Deliktsrecht gilt der Verschuldensgrundsatz. Nicht der schlechte Ausgang einer Behandlung wird zum Haftungsgrund, sondern erst das Abweichen vom Standard der medizinischen Wissenschaft (5), das Außerachtlassen der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, wie § 276 BGB die Fahrlässigkeit definiert.

Der Nachweis schuldhafter Verursachung bereitet dem Geschädigten oftmals Schwierigkeiten. Von den in der Bundesrepublik jährlich etwa 1.000 vor die Gerichte gebrachten Arzthaftpflichtfällen (6) wird rund die Hälfte abgewiesen, ein Zehntel zugesprochen, der Rest durch Vergleich abgeschlossen (7).

In Anbetracht dieser Tatsachen, nämlich der ständig wachsenden Zahl der gegen Ärzte erhobenen Schadensersatzansprüche einerseits, der Schwierigkeiten des Nachweises schuldhafter Verursachung andererseits, werden in jüngerer Zeit verstärkt Stimmen laut, die fordern, das geltende Arzthaftpflichtrecht durch eine Versicherungslösung zu ersetzen (8). Der Schutz des Patienten soll ausgebaut und das Verhältnis zu dem behandelnden Arzt verbessert werden durch ein Entschädigungssystem, das nicht mehr auf dem streitigen Verfahren des Patienten gegen den Arzt aufbaut und Entschädigungen daher nicht vom Sieg über den Arzt abhängig macht, sondern von der nach sachgerechten Kriterien bemessenen Bedürftigkeit des Geschädigten (9).

Vorgeschlagen wird die Einführung einer „Patientenversicherung“. Diese ist nicht zu verwechseln mit einer Haftpflichtversicherung des Arztes nach geltendem Recht. Die

Berufshaftpflichtversicherung - die abzuschließen der Arzt nach § 12 der Musterberufsordnung verpflichtet ist - bleibt dogmatisch nachgeschaltet, indem sie nur eingreift im Falle der persönlichen Haftung des Versicherungsnehmers (10). Versichert ist das Haftungsrisiko des Arztes, der im Falle seiner persönlichen Inanspruchnahme einen Freistellungsanspruch gegen den Versicherer hat. Demgegenüber gibt die Patientenversicherung dem Patienten einen Direktanspruch gegen den Versicherer bei Vorliegen eines - näher zu definierenden - Behandlungsunfalls, der unabhängig ist von einer persönlichen Haftung des Schädigers. Versichert ist nicht das Haftungsrisiko des Arztes, sondern das Behandlungsrisiko des Patienten (11). Es geht um die Schadenszufügung als solche, die vom schuldhaften Behandlungsfehler bis zum unverschuldeten Mißlingen reicht.

Folgende Vorzüge einer Patientenversicherung werden gepriesen (12):

- Das Behandlungsverhältnis werde entlastet dadurch, daß dem Patienten im Schadensfall ein Direktanspruch gegen einen Dritten, den Versicherer zusteht. Der Arzt müsse dann nicht ständig argwöhnisch im Partner in der Behandlung bereits den zukünftigen Gegner im Prozeß vermuten.

- Die Beweisschwierigkeiten des Patienten würden gemindert, da sein Ersatzanspruch nicht abhängt vom Nachweis eines schuldhaften Behandlungsfehlers. Damit entgegen man zugleich der mißlichen Tendenz, daß immer mehr Patienten in ihrer Beweisnot auf die Behauptung einer Aufklärungspflichtverletzung ausweichen, die sich zu einem Auffangtatbestand entwickelt hat (13).

- Die Gerichte würden entlastet, Arzt und Patient blieben langdauernde, kostspielige und in ihrem Ausgang häufig ungewisse Prozesse erspart.

2. Der Gedanke einer Heilbehandlungsversicherung ist nicht neu. Bereits in den sechziger und siebziger Jahren wurde eine vertiefte internationale Diskussion geführt über die Ablösung bestimmter Formen der Haftung durch Gewährung von Versicherungsschutz (14). In diesem Zusammenhang wurde auch die Umformung der Arzthaftung in eine umfassende Versicherung für den Behandlungsunfall erörtert. Diskussionen hierüber fanden insbesondere in Frankreich mit dem *Projet Tunc* (15), in England mit dem *Pearson-Report* (16) und in Deutschland auf dem 52. Deutschen Juristentag in Wiesbaden (17) statt. In allen drei Ländern sind die Befürworter eines Versicherungssystems deutlich in der Minderheit geblieben.

Demgegenüber hat Schweden zum Jahresbeginn 1975 eine private Unfallversicherung eingerichtet, die in gewissem Umfang Behandlungsschäden ohne Verschuldensnachweis abdeckt. Neuseeland hat im Rahmen einer weitreichenden öffentlich-rechtlichen Versicherung gegen Unfälle eine Versicherung auch für „medical misadventure“ eingeführt. Dem Beispiel Schwedens sind 1986 Finnland, 1988 Norwegen und 1992 (allerdings auf den Krankenhausesektor beschränkt) Dänemark

insoweit gefolgt, als sie eigene nationale Versicherungssysteme im Medizinbereich errichtet haben (18).

Die Patientenversicherung in Schweden scheint sich inzwischen bewährt zu haben. Ihr wird eine stark befriedende Wirkung beigemessen (19). Der Antagonismus zwischen Patienten und Ärzten bei der Schadensermittlung sei verschwunden, da der Entschädigungsanspruch nicht an einen Verschuldensvorwurf gegenüber dem Schädiger geknüpft ist (20). Ärzte können bei der Sachverhaltsaufklärung mitwirken, ohne daß sie befürchten müssen, aufgrund des Ergebnisses selbst in Verantwortung gezogen zu werden. In den meisten Fällen sollen die Ärzte den Patienten sogar bei der Durchsetzung ihrer Ansprüche gegen die Versicherung beistehen und sie tatkräftig unterstützen (21). Auch das Versicherungskonsortium, bei dem die einseitige Verpflichtung der Provinzialverwaltungen als Träger nahezu des gesamten schwedischen Gesundheitswesens zugunsten ihrer künftigen Patienten versichert ist, Medizin-schäden entsprechend den „Erstattungsbedingungen“ zu ersetzen, habe nicht - wie zunächst befürchtet - versucht, geltend gemachte Ansprüche so weit wie möglich zu bestreiten, sondern habe diese großzügig beschieden (22).

Die Erfahrungen in Schweden lassen eine Versicherungslösung auch für andere Länder attraktiv erscheinen. Versicherungsschutz ist eine echte Alternative zur Verteilung von Handlungsrisiken durch das private Haftpflichtrecht: Sie verläßt das Feld des Schadensausgleichs zwischen Individuen mit dem Ziel, auf kollektiver Basis einen Ausgleich zu gewähren (23). Die Einrichtung einer Heilbehandlungsunfallversicherung bedeutete einen weiteren, ja den entscheidenden Schritt im Medizinrecht von der Schadenszurechnung zur Schadensverteilung (24).

3. In der Bundesrepublik wurden bereits Überlegungen angestellt und bisweilen konkrete Vorschläge unterbreitet, wie eine Versicherung im Medizinbereich, die das Behandlungsrisiko des Patienten deckt, rechtstechnisch auszugestalten wäre (25).

a) Vorgeschlagen wird die Einführung einer obligatorischen Versicherung. Eine freiwillige Versicherung würde nicht von einer ausreichenden Zahl an Interessenten gezeichnet und führte zu einer Konzentration schlechter Risiken. Nur durch ein gesetzliches Obligatorium ließe sich die erforderliche vollständige Deckung erreichen (26).

Diese Versicherung soll von den Ärzten und Krankenhausträgern zugunsten ihrer Patienten abzuschließen sein, nicht von den Patienten selbst. Denn nur bei den Ärzten und Krankenhausträgern lasse sich eine wagnisgerechte Prämie ermitteln. Außerdem sei diese Versicherung zugunsten Dritter rationeller als eine große Zahl von Einzelabschlüssen mit Patienten (27).

Im einzelnen umstritten ist, ob der Versicherungsschutz gegen Behandlungsschäden privatwirtschaftlich oder sozialrechtlich zu gestalten wäre. Unter ordnungspolitischen Aspekten erscheint den Befürwortern eine dem Wettbewerbsprinzip unterstellte

privatwirtschaftliche Ausgestaltung vorzugswürdig (28), dies sei aber kein Dogma, auch sozialrechtliche oder Mischformen seien denkbar (29).

b) Einer Regelung bedarf das Verhältnis der Patientenversicherung zu anderen Schadensausgleichssystemen: Da der größte Teil von Behandlungsschäden heute schon durch soziale und private Vorsorge anderweitig gedeckt ist (30) und ein Teil der Geschädigten auch durchsetzbare Haftpflichtansprüche hat, stellt sich die Frage nach dem Verhältnis der verschiedenen Leistungen, also nach der Reichweite der verschiedenen Schadensausgleichssysteme.

aa) Im Verhältnis zu den Vorsorgeträgern sollen die Leistungen einer Patientenversicherung nur subsidiär eingreifen (31). Leistungen insbesondere des Krankenversicherungsträgers sollen angerechnet werden und die Patientenversicherung nur die dann noch verbleibende Differenz zu der beabsichtigten Zielgröße decken, wobei höchstens voller Schadensausgleich gewährt wird. So könnte das bestehende Vorsorgesystem unverändert bleiben, und negative Kompetenzkonflikte unter den Vorsorgeträgern ließen sich auf ein Minimum reduzieren (32).

bb) Schwieriger ist es, das Verhältnis einer Patientenversicherung zum Haftpflichtrecht sachgerecht und überzeugend zu regeln. Hier gilt es zu unterscheiden zwischen Ansprüchen des geschädigten Patienten und etwaigen Regreßansprüchen der Patientenversicherung, wenn diese Leistungen an den Geschädigten erbracht hat.

(1) Einigkeit besteht in Deutschland darüber, daß dem Patienten der Haftpflichtanspruch gegen den schädigenden Arzt erhalten bleiben soll (33). Nur so lasse sich sicher vermeiden, daß der Patient in unvorhersehbaren Fallkonstellationen, in denen kein Versicherungsschutz, wohl aber ein Haftpflichtanspruch nach herkömmlichem Recht besteht, leer ausgeht. Die Haftpflicht des Arztes soll also nicht formell ersetzt werden wie in Neuseeland, wo eine Klage gegen den Schädiger ausgeschlossen ist, soweit die Unfallversicherung eingreift (34), sondern sie soll faktisch verdrängt werden wie in Schweden, wo das Arzthaftungsrecht heute nahezu bedeutungslos ist, da es leichter fällt, die Erstattungs Voraussetzungen der Patientenversicherung zu erfüllen, als in einem Prozeß den Nachweis schuldhafter Verursachung zu führen (35). Dem Sicherungs- und Rationalisierungsziel einer Patientenversicherung genügt nach Ansicht der Experten die faktische Verdrängung des Haftpflichtrechts.

(2) Die andere Frage, ob eine Patientenversicherung Regreßansprüche gegen den Verantwortlichen haben soll, soweit sie den Verletzten entschädigt, wird nicht einheitlich beantwortet. Der Regreß gegen den Verantwortlichen entspricht einer mit wenigen Ausnahmen in unserem Zivil- und Sozialrecht durchweg praktizierten Lösung. Aber die erklärten Ziele einer Versicherungslösung, nämlich Entkrampfung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und wirklich weniger haftpflichtrechtliche Auseinandersetzungen wären damit nicht zu erreichen. Denn bei einer Regreßanordnung würde die Zurechnungsproblematik mit allen ihren praktischen Schwierigkeiten nicht beseitigt, sondern lediglich in das Innenverhältnis zwischen Versicherung und

Haftpflichtigem verlagert, und die willkommen geheißenere Bereitschaft des Arztes, bei der Aufklärung der Vorgänge mitzuwirken, stünde kaum zu erwarten, sähe sich der Arzt anschließend einem Rückgriff des Versicherers ausgesetzt. Weyers hat dies in seinem Gutachten für den 52. Deutschen Juristentag bereits deutlich herausgearbeitet und aufgrund dieser Überlegungen einen Regreß abgelehnt (36).

Festzuhalten ist: Bei sachgerechter Ausgestaltung der Patientenversicherung ist der Arzt faktisch von seiner Haftpflicht gegenüber dem Patienten befreit und auch keinem Regreßanspruch des Versicherers ausgesetzt.

4. Eine abschließende Bewertung des Konzeptes bedürfnisorientierter Kompensationssysteme ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt schwer möglich, da rechtstatsächliche Daten und eine Kostenanalyse ebenso fehlen wie verwendbare Unterlagen über die Bemessung des zu versichernden Risikos. Nicht zuletzt um die gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einer Versicherungslösung im Bereich der Arzthaftung abschätzen zu können, bedürfte es der Zusammenarbeit und Diskussion von Vertretern verschiedener Wissenschaftsdisziplinen. Diese könnten nach umfangreichen Vergleichsanalysen und Rentabilitätsüberlegungen eine Empfehlung aussprechen (37).

Nicht zu verkennen ist, daß die Einführung einer Heilbehandlungsversicherung gewisse Vereinfachungen bei der Schadensregulierung ermöglichte und tendenziell eine Verbesserung der Rechtstellung des Geschädigten bewirkte. Das Arzt-Patienten-Verhältnis würde entlastet dadurch, daß Anspruchsgegner des Patienten im Schadensfall regelmäßig die Versicherung wäre (38).

Trotz dieser bemerkenswerten Argumente zugunsten einer Versicherungslösung sprechen die entscheidenden Gründe aber dafür, das Haftpflichtrecht als Grundlage des Schadensausgleichs bei Arztfehlern beizubehalten.

a) Nicht näher eingegangen werden soll an dieser Stelle auf die Schwierigkeiten, die bei einer Patientenversicherung bereits hinsichtlich der Abgrenzung der versicherten Risiken bestehen (39). Da eine umfassende Invaliditätsversicherung nicht in Rede steht, müßte das allgemeine Krankheits- und Lebensrisiko ausgegrenzt werden, das weiterhin der Patient selbst zu tragen hat (40). Die Beispiele Schwedens und Neuseelands zeigen, daß hier erhebliche Unsicherheiten verbleiben. So etwa, wenn in Schweden trotz einer Definition des Versicherungsfalls in fünfzehn ausführlichen und komplizierten Paragraphen (41) die erstattungsfähigen Schäden allgemein umschrieben werden als: „Körperliche Schäden, die größer oder von anderer Art sind als die Schäden, die als Folge der Grundkrankheit zu erwarten sind oder eine unausweichliche Folge der notwendigen Behandlung der Grundkrankheit darstellen“ (42).

b) Entscheidend gegen eine Versicherungslösung sprechen rechtspolitische Gründe: Mit einer - formellen oder faktischen - Freistellung des Arztes von der Haftung für sorgfaltswidriges Verhalten würde eine wichtige Funktion, die das Haftpflichtrecht erfüllt, entfallen: die Schadensprävention (43). Haftungsregeln dienen immer zu-

gleich der Prävention, mögen die Ersatzvorschriften ihren Schwerpunkt auch bei der nachträglichen Korrektur (also dem Ausgleich) und nicht bei der Prophylaxe haben. Die drohende Ersatzpflicht soll Verhaltensweisen verhüten, die zum Ausgleich verpflichten (44).

Auch im Medizinrecht hat die persönliche Haftung aus verschuldetem Unrecht ihren guten Sinn. So wie sie dem Arzt die notwendigen Freiräume sichert, indem dieser von den Haftung frei ist, wenn er die im Verkehr erforderliche Sorgfalt einhält, so schärft sie ihm jene Verhaltensanforderungen ein, indem sie ihn mit den nachteiligen Folgen vorwerfbareren Verhaltens belastet. Die Funktion eines „Gewissensweckers“ (45) kann das Schadensersatzrecht aber dann nicht erfüllen, wenn die Folgen sorglosen Verhaltens dem Schädiger stets und vollumfänglich abgenommen und auf einen Dritten, den Versicherer, übertragen werden. Eine solche Regelung stellt das schlechtestmögliche Anreizsystem zur Verhütung von Schäden dar (46).

Nicht zu verkennen ist, daß heute bereits durch das Bestehen von Haftpflichtversicherungen die präventive Wirkung des Haftpflichtrechts erheblich herabgesetzt ist (47). Jedoch lassen drohende Prämien erhöhungen, Bonus-Malus-Systeme und Selbstbehaltregelungen den Anreiz, Schäden zu vermeiden, nicht ganz verschwinden (48). Ein reichhaltiges Instrumentarium versicherungstechnischer Möglichkeiten kann gezielt zum Zwecke der Verhaltenslenkung eingesetzt werden und ist in diesem Sinne ausbaufähig (49). Nicht so im Rahmen einer Patientenversicherung, weil diese - wie ausgeführt - nicht das Haftpflichtrisiko des Arztes, sondern das Behandlungsrisiko des Patienten deckt, welches auch bei Anwendung äußerster Sorgfalt vom Arzt nicht ausgeschlossen werden kann.

Präventiv wirkt im geltenden Recht auch die bloße Aussicht, sich bei vorwerfbarbarem Fehlverhalten persönlich in einem Zivilprozeß als Beklagter verantworten zu müssen (50). Die Vertreter einer Versicherungslösung weisen zutreffend darauf hin, daß gerichtliche Verfahren dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nicht gerade zuträglich sind, doch bestehen gute Gründe, auch die Angehörigen des Gesundheitswesens einer Kontrolle durch die Justiz zu unterwerfen (51). Insbesondere die höchstrichterliche Rechtsprechung hat in einer langjährigen, andauernden Entwicklung die Verhaltenspflichten des Arztes konkretisiert und diese den Anforderungen und den Veränderungen in Gesellschaft und Technik entsprechend fortgeschrieben (52). Der Rechtsprechung der Zivilgerichte kommt damit eine ganz wesentliche Steuerungsfunktion zu; und der objektiv-typisierte Sorgfaltsmaßstab (53) erlaubt dem Richter im Prozeß eine externe Kontrolle ärztlichen Handelns. Überdies erfüllt die richterliche Spruchpraxis zur Arzthaftung nicht selten die wichtige Funktion, ärztlich gebotenen Forderungen an eine gelegentlich eher wirtschaftlich denkende Gesundheitsverwaltung im Interesse der Patienten den nötigen Nachdruck zu verleihen (54). Ein Ansatzpunkt für eine ähnlich funktionierende Steuerung und Kontrolle ist bei Versicherungslösungen nicht ersichtlich (55). Der Wegfall schadensersatzrechtlicher Sanktionen mit ihrer präventiven Wirkung müßte durch disziplinarrechtliche oder

strafrechtliche Sanktionen ausgeglichen werden (56), was nicht nur für die Ärzte kaum wünschenswert wäre (57).

c) Die Bedenken richten sich drittens gegen eine Sonderbehandlung von Medizinunfallschäden. Koziol hat dazu überzeugend ausgeführt (58): „Unser Rechtssystem beruht auf dem Grundgedanken, daß jeder die ihn treffenden Nachteile selbst zu tragen hat, es sei denn, es erscheint aus besonderen Gründen gerechtfertigt, die Tragung des Schadens auf einen anderen zu überwälzen. Gründe dafür, daß ein anderer als der Geschädigte den Nachteil zu tragen hat, sind vor allem die Vorwerfbarkeit eines Verhaltens und der Einsatz besonders gefährlicher Sachen im eigenen Interesse. Triftige Argumente dafür, daß dies gerade bei ärztlichen Behandlungsfehlern anders sein soll, sind wohl nicht zu finden: Es geht zwar zugegebenermaßen um die höchsten Güter, nämlich Leben und Gesundheit, doch werden diese auch durch andere Vorgänge gefährdet, ohne daß deshalb unabhängig vom Vorliegen ausreichender Zurechnungsgründe der Verletzte seine Nachteile auf einen anderen verlagern kann. Überdies wird die Bedeutung der betroffenen Güter ohnehin in unserer Rechtsordnung dadurch berücksichtigt, daß bei deren Verletzung ein dichtes Sozialversicherungssystem für eine weitgehende Abdeckung der Nachteile sorgt und es daher nicht zu einer Existenzbedrohung kommt. (...) Die sachlich nicht zu rechtfertigende punktuelle Herausnahme gerade jener Gesundheitsverletzungen, die durch Ärzte verursacht werden, würde die Einheit der Rechtsordnung beträchtlich stören, obwohl dafür wegen der Existenzsicherung durch das Sozialversicherungssystem keine dringende Notwendigkeit besteht.“

d) Schließlich ist viertens vor den Kosten zu warnen. Eine Patientenversicherung würde zusätzliche Kosten verursachen, indem ein eigenes Versicherungswesen aufgebaut und mit hohem Verwaltungsaufwand betrieben werden müßte (59). Und diese Heilbehandlungsunfallversicherung käme die Allgemeinheit voraussichtlich teuer zu stehen. Das „Prinzip der Einfachheit“ in den rechtlichen Leistungsvoraussetzungen zu dem Zweck einer schnellen Schadensabwicklung kombiniert mit der Anonymität der einzelnen Mitglieder der Versicherungsgemeinschaften fördert die Tendenz zur ungehemmten Ausschöpfung der rechtlich gebotenen Möglichkeiten und birgt in besonderem Maße die Gefahr des Mißbrauchs (60).

Im geltenden Haftpflichtrecht kommt dem Arzt eine wichtige Informations- und Kontrollfunktion im Hinblick darauf zu, ob das Begehren des Patienten gerechtfertigt erscheint. Dadurch wird das „Risiko der Überbegehrlichkeit“ gemindert (61). Dieses Regulativ fehlt im System der Patientenversicherung, im Gegenteil: Der Arzt kann bei einer umfassenden Versicherung des Behandlungsrisikos versucht sein, sich in ein besonderes soziales Rollenverständnis und in eine falsch verstandene Solidarität mit seinem Patienten hineinzuleben. „Wer sich als Arzt ausschließlich den Interessen seines Patienten verpflichtet glaubt, ist allzu leicht geneigt, soziale Notlagen selbst beseitigen zu wollen, indem er Schadensersatzansprüche anerkennt, die möglicherweise gar nicht bestehen“ (62).

Wenn nun Patienten noch mehr Ansprüche geltend machen und dabei von Ärzten unterstützt werden, dann ist ein weiterer, erheblicher Anstieg der aufzubringenden Entschädigungssummen zu erwarten, zumal der Versicherungsgeber, der ein eigenes geschäftliches Interesse an einer Expansion des Versicherungsmarktes hat, sich dieser Entwicklung langfristig betrachtet nicht wirklich entgegenstellen und diese aufzuhalten versuchen wird.

Alle Beteiligten sind an einer großzügigen Schadensregulierung durch die Versicherung interessiert: Der Patient erhält den geltend gemachten Anspruch ersetzt und der Arzt braucht keine persönliche Inanspruchnahme nach Haftpflichtrecht mehr zu befürchten, soweit die Versicherung Leistungen an den Patienten erbracht hat. Das wachsende Versicherungsunternehmen holt die steigenden Schadensaufwendungen über Prämienhöhungen wieder herein. Soweit die Prämien nicht direkt von den Heilbehandlungsunfallversicherten selbst, sondern von den Ärzten und Krankenhausträgern gezahlt werden - so bei der Ausgestaltung der Versicherung als Vertrag zugunsten Dritter -, werden diese die höheren Kosten ihrer Dienstleistung nach Möglichkeit über die Honorare und Krankenhausentgelte auf Patienten und Vorsorgeträger abwälzen (63).

Dabei gilt: Je großzügiger die Versicherung Leistungen gewährt, um so weniger geht es um den Ausgleich einer durch die konkrete ärztliche Behandlung gestörten Ordnung nach ethisch vertretbaren Grundsätzen, als einfach darum, daß das Kollektiv den Einzelnen ohne Berücksichtigung der besonderen Umstände schadlos hält, also letztlich um eine organisierte Umlagerung von Geld (64).

Die Einführung einer Patientenversicherung, für die angesichts der Leistungen von Sozialversicherungsträgern einerseits (65), der Erfolgsaussichten von Patienten vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen andererseits (66) kein dringender Bedarf besteht, kann daher in Zeiten allfälliger Überlegungen zu Möglichkeiten der Kostendämpfung im Gesundheitswesen nicht befürwortet werden.

#### Anmerkungen

Herrn Prof. Dr. iur. Dr. h.c. A. Laufs aus Anlaß des 60. Geburtstages am 28.11.1995 zugeeignet.

- (1) *Kochs*, Daten, Fakten und Verfahren aus der Sicht eines Haftpflichtversicherers, in: *Ehlers/Brogli* (Hrsg.), *Praxis des Arzthaftungsrechts* (1994), Kap. 4, Rdnr. 1. Die Angaben differieren allerdings nicht unerheblich, da offizielle Statistiken über die Inanspruchnahme nicht geführt werden. *Weyers*, Gutachten für den 52. Deutschen Juristentag (1978), 39, schätzte die Zahl der bei Versicherern tatsächlich erhobenen Ansprüche noch auf mind. 5.500; *Deutschl/Matthies*, *Arzthaftungsrecht*, 3. Aufl. (1988), 100, gingen von insgesamt 6.000 geltend ge-

machten Ansprüchen aus. In jüngerer Zeit spricht *Ulsenheimer*, *MedR* 1992, 127 von jährlich etwa 15.000 Arzthaftpflichtansprüchen; ebenso *Giesen*, *Arzthaftungsrecht*, 4. Aufl. (1995), Rdnr. 31.

- 2) *Schlund*, *VersR* 1994, 657, 658.  
 (3) *Giesen*, *Arzthaftungsrecht*, 4. Aufl. (1995), Rdnr. 32, mit Zahlen zu dem Zeitraum 1975-1986.  
 (4) *Laufs*, *Arztrecht*, 5. Aufl. (1993), Rdnr. 589 zu der grundsätzlichen Beweislastverteilung; Rdnr. 590 ff. zu Beweiserleichterungen zugunsten des geschädigten Patienten; s. auch *Deutsch*, *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 2. Aufl. (1991), 145 ff. u. 148 ff.  
 (5) *Deutsch*, *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 2. Aufl. (1991), 84; *Kleinewefers*, *VersR* 1992, 1425, 1426.  
 (6) Auch hier weichen die Angaben mangels zuverlässiger Erfassungen erheblich voneinander ab: *Heldrich*, FS Waseda Universität (1988), 519 ging von etwa 450 Prozessen aus; *Ulsenheimer*, *MedR* 1992, 127, spricht von jährlich etwa 2.000 Prozessen.  
 (7) *Weyers*, Gutachten zum 52. Deutschen Juristentag (1978), 40; *Deutschl/Matthies*, *Arzthaftungsrecht*, 3. Aufl. (1988), 1 f.; abweichend hiervon kommt *Seehafer*, *Arzthaftungsprozeß* (1991), 100, in seiner Studie zu dem Ergebnis, daß die Patienten in rund 40% aller Arzthaftungsprozesse obsiegen.  
 (8) Grundlegend für die Bundesrepublik Deutschland *Weyers*, Gutachten zum 52. Deutschen Juristentag (1978). Aus den Folgejahren besonders hervorzuheben sind die Aufsätze von *Klingmüller*, *VersR* 1980, 694 ff.; *Dinslage*, *VersR* 1981, 310 ff.; *Baumann*, *JZ* 1983, 167 ff.; sowie die Schrift von *Fleming/Hellmer/v. Hippel*, *Haftungsersetzung durch Versicherungsschutz* (1980). Neben zahlreichen Aufsätzen, welche ausländische Versicherungssysteme vorstellen, befassten sich jüngst zwei umfang- und inhaltsreiche Monographien mit dem Thema: *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz: eine Untersuchung am Beispiel der Patientenversicherung in Schweden* (1993); *Pichler*, *Rechtswentwicklungen zu einer verschuldensunabhängigen Entschädigung im Medizinbereich*. Bd. 1: *Die Patientenversicherungsrechte in Schweden, Finnland und Dänemark* (1994). Ferner *Barta* Fs Gitter (1995), 9ff.  
 (9) Vgl. *Giesen*, *Arzthaftungsrecht*, 4. Aufl. (1995), Rdnr. 352, und dort Note 836.  
 (10) *Hübner*, *NJW* 1989, 5, 11.  
 (11) Vgl. *Dinslage*, *VersR* 1981, 310, 311.  
 (12) Vgl. nur *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 217 ff., insbes. 225 ff.  
 (13) Dazu *Laufs*, *Arztrecht*, 5. Aufl. (1993), Rdnr. 173, 591, 628 ff.  
 (14) Im Grundsatz ging es in der Debatte zunächst darum, den Verkehrsunfall aus einer zwangsversicherten Haftpflicht in eine Unfallversicherung zu überführen. Vgl. aus der Diskussion etwa *Weyers*, *Unfallschäden. Praxis und Ziele von Haftpflicht- und Vorsorgesystemen* (1971); v. *Caemmerer*, *Reform der Gefährdungshaftung* (1971); *Kötz*, *Sozialer Wandel im Unfallrecht* (1976).  
 (15) *Tunc*, *International Encyclopedia of Comparative Law*, Bd. XI (Torts), Kap. 1 (1974).

- (16) Royal Commission on civil liability and compensation for personal injury (*Pearson-Report*, 1978).
- (17) Vgl. das Gutachten von *Weyers* und den Sitzungsbericht, Teil I.
- (18) Vergleichende Übersicht bei *Köhler*, *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht* 1994, 175 ff.; umfangreiche Darstellung bei *Pichler*, *Rechtsentwicklungen zu einer verschuldensunabhängigen Entschädigung im Medizinbereich*. Bd. 1: Die Patientenversicherungsrechte in Schweden, Finnland und Dänemark (1994), 91 ff.
- (19) Vgl. *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 207.
- (20) *Hellner*, in: *Fleming/Hellner/v. Hippel*, *Haftungsersetzung durch Versicherungsschutz* (1980), 31.
- (21) *Weyers*, Gutachten zum 52. DJT (1978), 78; *Deutsch*, *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 2. Aufl. (1991), 101.
- (22) *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 207 f.; *Hellner*, in: *Fleming/Hellner/v. Hippel*, *Haftungsersetzung durch Versicherungsschutz* (1980), 31: "Streitfälle zwischen Geschädigten und Versicherer sind bei der (...) Patientenversicherung äußerst selten."
- (23) *Brüggemeier*, *Deliktsrecht* (1986), Rdnr. 34.
- (24) Zu der Entwicklung des außervertraglichen Haftpflichtrechts insgesamt *Laufs*, *Unglück und Unrecht. Ausbau oder Preisgabe des Haftungssystems?* (1994).
- (25) Vgl. *Weyers*, Gutachten (1978), 98 ff.; *Dinslage*, *VersR* 1981, 310, 311 f.; *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 172 ff.; *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 236 ff.
- (26) *Weyers*, Gutachten (1978), 105 f.; *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 173; s. auch *Klingmüller*, *VersR* 1980, 694, 696: "In Frage käme wohl nur ein Gruppenversicherungsvertrag mit obligatorischem Neuzugang, um eine Antiselektion bei den Versicherten zu vermeiden", i.ü. ablehnend.
- (27) *Weyers*, Gutachten (1978), 106; *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 173; *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 240.
- (28) So grds. *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 173. *Weyers*, Gutachten (1978), 106 ff. plädiert angesichts geringerer praktischer Schwierigkeiten für eine privatwirtschaftliche Lösung. Eine solche wäre allerdings von der Bereitschaft der Versicherungswirtschaft abhängig, an der Ausarbeitung entsprechender Vertragsmodelle mitzuwirken und diese auch anzubieten. *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 243 ff. tritt für ein Modell nach dem Vorbild der Probandenpflichtversicherung gemäß §40 I Nr. 8, III AMG ein.
- (29) Vgl. *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 173; auch *Weyers*, Gutachten (1978), 109. Für eine sozialrechtliche Lösung bei Einführung einer Patientenversicherung *Giesen*, *Arzthaftungsrecht*. 4. Aufl. (1995), Rdnr. 351, Note 832.
- (30) Vgl. nur *Kötz*, *Deliktsrecht*, 7. Aufl. (1996), Rdnr. 507 ff.
- (31) *Weyers*, Gutachten (1978), 104; *Dinslage*, *VersR* 1981, 310, 312; *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 174; *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 254.
- (32) *Weyers*, Gutachten (1978), 104.
- (33) *Weyers*, Gutachten (1978), 105; *Dinslage*, *VersR* 1981, 310, 311; *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 174; *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 255.
- (34) Sec. 5 Accident Compensation Act: "... no proceedings for damages arising directly or indirectly out of the injury or death shall be brought in any court in New Zealand..."; dazu *Deutsch*, *VersR* 1980, 201, 205; *ders.*, *VersR* 1994, 381, 383; v. *Hippel*, *ZRP* 1976, 252, 253.
- (35) Vgl. *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 5, 208.
- (36) *Weyers*, Gutachten (1978), 105; ebenso *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 255. Bedenken gegen einen Regreß äußert auch *Baumann*, *JZ* 1983, 167, 175 für den Fall, daß allein die Ärzte und Krankenhaus-träger die Patientenversicherung finanzierten. *Dinslage*, *VersR* 1981, 310, 312 hat die Überlegung angestellt, ob es nicht sinnvoll wäre, da die Auseinandersetzung regelmäßig zwischen Patientenversicherer und Haftpflichtversicherer geführt werde, die beiden Versicherungen als "kombinierte Ärzteversicherung" in einer Hand zu vereinen, um auf diese Weise Verwaltungsarbeit und Kosten für eine neue Assekuranz gering zu halten. Für das durch die Patientenversicherung erweiterte Risiko könne ein prozentualer Aufschlag zur Haftpflichtprämie in Betracht kommen.
- (37) Bereits der 52. DJT in Wiesbaden 1978 hat - nach Ablehnung einer Änderung des geltenden Systems der Verschuldungshaftung (Beschluß II.) - an das BMJ die Empfehlung ausgesprochen, eine gemischte Kommission zu bilden, der auch Vertreter der Ärzteschaft, der Patienten, der Versicherungswirtschaft und der Sozialversicherungen angehören sollten, um zu untersuchen, ob und gegebenenfalls in welcher Weise eine obligatorische Versicherung der Patienten gegen Risiken ärztlicher Behandlung eingeführt werden kann (Beschluß III.). Der Vorschlag, in diesem Zusammenhang eine umfassende Rechtsstatsachenforschung einzuleiten und zu intensivieren, wurde jedoch abgelehnt (Beschluß V. 6.b.).
- (38) Voraussetzung wäre freilich, daß die Versicherung nicht nur dann zur Leistung verpflichtet ist, wenn ein unverschuldeter Körper- oder Folgeschaden vorliegt und der Patient keinen anderweitigen oder keinen ausreichenden Ersatz erlangt (so aber *Klingmüller*, *VersR* 1980, 694, 696), sondern daß sie auch die Fälle erfaßt, die zugleich zur Verschuldenshaftung führen, vgl. *Dinslage*, *VersR* 1981, 310, 311: "Es würde nämlich ein erhebliches Erschwernis für den Patienten bedeuten, wenn er zunächst darlegen und notfalls beweisen müßte, daß der Arzt etwa mangels Verschuldens nicht haftet; das sollte dem Patienten nicht zugemutet werden. Vor allem würde der Patientenversicherer versucht sein, den anspruchstellenden Patienten zunächst auf die Verfolgung seiner Ansprüche gegen den Arzt wegen dessen (Verschuldens-)Haftung zu verweisen. Dadurch würde gerade nicht eine Entschärfung des Verhältnisses von Patient - Arzt erreicht; das Gegenteil wäre der Fall"; ebenso *Radau*, *Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz* (1993), 228.
- (39) Die Definition des Versicherungsfalls wird auch von den Befürwortern einer Versicherungslösung als "besonders problematisch" bezeichnet, so *Baumann*.

- JZ 1983, 167, 172; auch *Weyers*, Gutachten (1978), 98; *Dinslage*, VersR 1981, 310, 311; *Kaufmann*, Die Beweislastproblematik im Arzthaftpflichtprozeß (1984), 47; *Radau*, Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz (1993), 246.
- (40) Wenn man die Patientenversicherung als ein auf soziale Gedanken gründendes, bedürfnisorientiertes Kompensationssystem begreift, dann allerdings erscheint ihre Beschränkung auf Unfälle als innerer Widerspruch (vgl. die Kritik von *Stark*, VersR 1981, 1 f.). Insoweit gibt es keinen sachlichen Grund für die unterschiedliche Behandlung von Unfall und Krankheit. Die sich schicksalsmäßig fortsetzende Krankheit kann den Patienten ebenso stark belasten wie ein Unfall (vgl. die Kritik von *Deutsch*, Arztrecht und Arzneimittelrecht, 2. Aufl. (1991), 102, am neuseeländischen Modell).
- (41) Deutsche Übersetzung der Erstattungsbedingungen seitdem 1.7.1991 bei *Pichler*, Rechtsentwicklungen zu einer verschuldensunabhängigen Entschädigung im Medizinbereich. Bd. 1: Die Patientenversicherungsrechte in Schweden, Finnland und Dänemark (1994), 91 ff.
- (42) *Radau*, Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz (1993), 151, nach *Oldertz*, SFA 1979, 123, 131.
- (43) Den skandinavischen Ländern ist eine relative Geringschätzung der Präventionsfunktion des Schadensersatzes gemeinsam, vgl. *Stein-Poulsen*, VersRAI 1995, 19, 23. Der Ausgleich von Personenschäden wird stets in seinem größeren ökonomischen Zusammenhang gesehen. Möglichst weitgehende Kompensation entstandener Körperschäden entspricht dem Verständnis dieser modernen Sozialstaaten. Die persönliche Zurechnung wirtschaftlicher Schäden zu einem Verantwortlichen beherrscht dementsprechend nicht das theoretische und praktische Interesse, vgl. *Weyers*, Gutachten (1978), 75. Deshalb bestanden in den skandinavischen Ländern keine größeren Bedenken, die Haftpflicht des Schädigers durch ein Versicherungssystem abzulösen.
- (44) Daß dem Haftpflichtrecht der Präventionszweck zumindest als Neben- oder Reflexwirkung eigen ist, wird fast allgemein anerkannt, vgl. *Kötz/Schäfer*, AcP 189 (1989), 501, 502 ff.; *Lange*, Schadensersatzrecht, 2. Aufl. (1990), 10 f.; Bericht der *schweiz. Studienkommission für die Gesamtrevision des Haftpflichtrechts* (1991), 19 f.; zweifelnd demggü. *Weyers*, Gutachten (1978), 85 ff. für den Kernbereich ärztlichen Handelns.
- (45) *Dunz*, Aktuelle Fragen zum Arzthaftungsrecht unter Berücksichtigung der neueren höchstrichterlichen Rechtsprechung (1980), 66.
- (46) *Adams*, Ökonomische Analyse der Gefährdungs- und Verschuldenshaftung (1985), 85, 258 f.; *Kozioł*, RdM 1994, 3, 5; *Stark*, VersR 1981, 1, 3: Das Gefühl der Verantwortung für einen verursachten Schaden "darf nicht abgetötet werden durch eine Rechts- (oder Unrechts-) Ordnung, die sagt: Das betrifft Dich weiter nicht, sondern geht nur die anonyme riesengroße Versicherung etwas an." S. auch *Laufs*, Unglück und Unrecht, Ausbau oder Preisgabe des Haftungssystems? (1994), Note 74: "Das Modell einer Patientenversicherung beschwört die Gefahr einer Erosion der Verantwortlichkeit herauf"; Bericht der *schweiz. Studienkommission für die Gesamtrevision des Haftpflichtrechts* (1991), 7: "Die

- unterschiedslose Kompensation aller (Unfall-)Schäden, gleichgültig, ob sie durch einen verantwortlichen Schädiger mitverursacht worden sind oder nicht, würde zu einer Verkümmern der individuellen Verantwortung führen."
- (47) Vgl. *Laufs*, FS Gernhuber (1993), 245, 257.
- (48) *Kozioł*, RdM 1994, 3, 5; s. auch Bericht der *schweiz. Studienkommission für die Gesamtrevision des Haftpflichtrechts* (1991), 20; *Medicus*, Allgemeines Schuldrecht, 8. Aufl. (1995), § 60 I 3.
- (49) Bericht der *schweiz. Studienkommission für die Gesamtrevision des Haftpflichtrechts* (1991), 16; kritisch zu Möglichkeiten einer tariflichen Prämien differenzierung und "Maluszuschlägen" *Weyers*, Gutachten (1978), 60.
- (50) *Kozioł*, RdM 1994, 3, 5; *Bappert*, Arzt und Patient als Rechtsuchende (1980), 110.
- (51) *Hausheer*, SJZ 1977, 245, 255, weist darauf hin, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auch dadurch gefährdet werden kann, daß sich auf Seiten des Patienten zu Recht oder gerade auch zu Unrecht das Empfinden des Ausgeliefertseins ohne wirksame Kontrollmöglichkeit ausbreitet.
- (52) *Laufs*, Arztrecht, 5. Aufl. (1993), Rdnr. 551; vgl. die Einzeldarstellungen von *Steffen*, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. (1995); *Geiß*, Arzthaftpflichtrecht, 2. Aufl. (1993); *Ankermann/Kullmann* (Hrsg.): Arzthaftpflicht-Rechtsprechung, Ergänzbares Rechtsprechungssammlung zur gesamten Arzthaftpflicht, 5 Bände, Stand: 50. Lfg. 1995.
- (53) Allg. Ansicht zu § 276 I 2 BGB, vgl. BGHZ 24, 27; 39, 283; 87, 35; 113, 303; *Larenz*, Lehrbuch des Schuldrechts I: Allgemeiner Teil, 14. Aufl. (1987), § 20 III; *Esser/Schmidt*, Schuldrecht I, Allgemeiner Teil, Teilband 1, 7. Aufl. (1992), § 26 II; *Palandt-Heinrichs*, Bürgerliches Gesetzbuch, 55. Aufl. (1996), § 276, Rdnr. 15.
- (54) *Franzki*, VersMed 1990, 2, 6; *Staack/Uhlenbruck*, FS Schewe (1991), 142, 154.
- (55) Zutreffend *Ahrens*, Sitzungsbericht I zum 52. DJT (1978), 82.
- (56) Dies gilt insbesondere bei Verletzung der Pflicht zur Selbstbestimmungsaufklärung, welche die Patientenversicherung nicht als selbständigen Haftungsgrund kennt, vgl. *Radau*, Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz (1993), 230 f.
- (57) Eine Strafanzeige führt regelmäßig dazu, daß sich die Fronten zwischen Arzt und Patient verhärten. Und der übermäßige Einsatz des Strafrechts bewirkt im Endeffekt genau das Gegenteil erstrebter Qualitätssicherung ärztlicher Maßnahmen und Gewährleistung des jeweils bestmöglichen Behandlungsstandards, nämlich Verunsicherung der Ärzteschaft, Verantwortungsscheu, letztlich Defensivmedizin; *Ulsenheimer*, MedR 1987, 207 ff.; *Franzki*, VersMed 1990, 3.
- (58) RdM 1994, 3, 5. Die Ausführungen erfolgen zum österreichischen Recht, gelten aber ebenso für das deutsche Recht.
- (59) *Bappert*, Arzt und Patient als Rechtsuchende (1980), 87; *Ehlers*, MedR 1993, 334, 337: "... etwas dürfte unbestritten sein: Je mehr Verantwortung dem Staat mittelbar oder unmittelbar übertragen wird, desto teurer wird das System. Schweden ist ein warnendes Beispiel!"; *Kuhn*, ZSR 105 (1986), 469, 495; *Kozioł*,

RdM 1994, 3, 6; s. auch den Bericht der *schweiz. Studienkommission für die Gesamtrevision des Haftpflichtrechts* (1991), 8.

- (60) *Baumann*, JZ 1983, 167, 174.
- (61) *Baumann*, JZ 1978, 213, 214; *ders.*, JZ 1983, 167, 174. Die Versicherungswissenschaft spricht seit längerem von dem "moralischen Risiko".
- (62) *Stark/Uhlenbruck*, FS Schewe (1991), 142, 149, bereits zu Bedenken hinsichtlich einer umfassenden Haftpflichtversicherung.
- (63) Auch bei einer administrierten oder in Vereinbarungen mit den Versicherungsträgern geregelten Vergütung für ärztliche Leistungen ist diese Entwicklung langfristig nahezu zwangsläufig.
- (64) *Stark*, VersR 1981, 1.
- (65) Wird ein Patient im Rahmen ärztlicher Behandlung an Körper oder Gesundheit verletzt, dann sind die erforderlichen Heilungskosten im wesentlichen durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung - allein oder in Kombination mit Vorsorgemaßnahmen eines Arbeitgebers oder Dienstherrn (Beihilfe) - abgedeckt. Weitgehend abgedeckterscheint auch kurzfristiger Verdienstausschlag (vgl. § 185 RVO). Lückenhaft erfaßt ist das Risiko des zeitweiligen Ausfalls der Arbeitskraft von Hausfrauen (vgl. § 185b RVO). Durch die Rentenversicherung nur teilweise gedeckt ist das Risiko langfristigen Verdienstausschlags sowie des Ausfalls von Unterhaltsleistungen beim Tode eines Erwerbstätigen. Keine Leistungspflicht seitens der genannten Vorsorgeträger besteht im Hinblick auf immaterielle Schäden, sie gewähren insbesondere kein Schmerzensgeld. Vgl. zum Ganzen nur Kötz, Deliktsrecht, 7. A. (1996), Rdnr. 507 ff.
- (66) Die Erfolgsquote anspruchstellender Patienten erhöhte sich im Laufe der Zeit bei fast allen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen langsam, doch stetig, und lag im Jahre 1994 bereits bei etwa 35%. Eine Untersuchung der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein hat jüngst ergeben, daß der Bescheid, obwohl für keinen der Beteiligten verbindlich, in 85,2% der Verfahren zu einer unmittelbaren Erledigung der Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient führte. Nur in 14,8% der Verfahren schloß sich ein Zivilprozeß vor Gericht an; vgl. *Carstensen*, in: *Ehlers/Brogli* (Hrsg.), *Praxis des Arzthaftungsrechts* (1994), Kap. 5, Rdnr. 1 und 66 ff.

## Die Arzthaftung aus der Sicht des medizinischen Beraters Praktische Erfahrungen, Daten, Entwicklungen

Hans Jürgen Kümper

Mangelnde ärztliche Sorgfaltspflicht und deren Ahndung sind schon aus der Zeit weit vor dem 17. Jahrhundert von Autoren überliefert worden. Dabei erfolgte die Festsetzung eines angeblichen *Lege-artis-Verstoßes* und dessen Regulierung - ggf. mittels Schadenersatzes für die betroffene Person, aber auch bis zum Berufsverbot für den involvierten Arzt - nur durch eine Gerichtsbarkeit.

Im Rahmen der dann im 18. und 19. Jahrhundert entstehenden Medizinal-Ordnungen wurde auch erstmals der Begriff „Haftung für nicht eingehaltene Sorgfaltspflicht im medizinischen Handeln“ geprägt, auf den sich der heutige Begriff der „Haftpflicht“ begründet. Ab jetzt war der Arzt entsprechend des geltenden Standards zur Ordnung zu rufen.

Die Tendenz, Haftpflichtansprüche für einen aufgetretenen Schaden anzuzeigen, hat mittlerweile ein ganz enormes Ausmaß erlangt und bestimmt die Praxis eines Versicherers vorrangig. Daß dabei heutzutage die Medien eine nicht zu übersehende Rolle spielen, indem sie angeblich stattgehabe Krankheitsabläufe öffentlich aufzeigen, jedoch ebenso - oftmals vorschnell - bewerten, bringt eine besondere, nicht abzuschätzende Brisanz an den Tag.

So scheint es - entgegen des vormaligen quasi „blinden“ Patient-Arzt-Vertrauens - geradezu zum Allgemeingut der öffentlichen Meinung geworden zu sein, gleich dann Vorwürfe gegen den behandelnden Arzt - meist schon mittels juristischen Vortrages - laut werden zu lassen, wenn in dessen Vorgehen die Ursache für den vorgetragenen Schaden gesehen wird. Hingegen lehrt allerdings die Praxis, daß der Versuch einer zumindest orientierenden Aussprache zwischen den Parteien, nämlich dem (sich beklagenden) Patienten und dem (sich rechtfertigenden) Arzt zu selten angestrebt wird, zweifelsohne ein großes Manko.