

Christian Katzenmeier

## Qualität im Gesundheitswesen

### Patienteninformation – Patientenschutz – Verfahrensqualität

Fragen der Gewährleistung und systematischen Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen sind Gegenstand eines derzeit breit geführten interdisziplinären Diskurses. Volkswirte, Betriebswirte, Mediziner und Juristen streben auch in Zeiten immer knapper werdender finanzieller Ressourcen nach einer weiteren Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung. Am 20. 11. 1996 befaßten sich die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder auf einer Sonderkonferenz in Cottbus (69. GMK) mit dem Thema<sup>1</sup>. Die einzelnen Punkte ihrer einmütigen Entschließung betreffend die Weiterentwicklung des Patientenschutzes (Ergebnisschrift abgedruckt in MedR 1997, 460) verdienen Beachtung, geben aber auch Anlaß zu kritischen Bemerkungen.

#### I. Patienteninformationen über medizinische Qualitätsfragen

Die Konferenzteilnehmer verlangen zuvörderst, daß Patienten in geeigneter und verständlicher Form Informationen über die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung angeboten werden, die ihre Wahlmöglichkeiten verbessern. Patienten sollen damit über Qualität unterrichtet werden zum einen in der konkreten Behandlungssituation durch den aufgesuchten Arzt, zum anderen bereits im Vorfeld, wenn sie die Entscheidung über den Zugang zu den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen treffen.

Der Vorschlag erscheint plausibel. Auch das medizinale Behandlungswesen ist zunächst ein Dienstleistungssektor, welcher sich nach modernem Verständnis von Dienstleistungen ganz selbstverständlich an der Nachfrageseite zu orientieren und sein Angebot zum Zwecke maximaler Bedürfnisbefriedigung seinen „Kunden“ zu präsentieren hat. Informationen über Qualität können sich wettbewerbssteigernd auswirken und gerade bei Krankenhäusern zu einer (auch von den Kostenträgern gewünschten) größeren Transparenz und besseren Vergleichbarkeit beitragen.

Probleme bereitet allerdings schon die Definition und Beurteilung von Qualität im Gesundheitswesen<sup>2</sup>. Eine Bewertung fällt hier wesentlich schwerer als bei anderen Dienstleistungen, da der Begriff der Gesundheit unbestimmt ist, Krankheiten subjektiv eingeschätzt werden und Patienten unterschiedliche Bedürfnisse haben. Allgemein läßt sich von Qualität in der Medizin sprechen, wenn vorgegebene Standards erreicht, aktuelle Forschungsergebnisse aufgenommen und zwischen den Spezialisten verschiedener Richtungen Übereinkünfte erzielt werden<sup>3</sup>. Eine gewisse Quantifizierbarkeit bewirkt die Unterscheidung<sup>4</sup> zwischen Strukturqualität (Fachkunde des Arztes und des Personals, Ausstattung der Praxis oder Klinik, organisatorische Bedingungen), Prozeßqualität (insbesondere Vorgehen bei der Diagnose und Therapie) und Ergebnisqualität (Behandlungserfolg, Heilungsdauer, therapiebedingte Komplikationen usw.).

Bemerkenswert ist, daß die für die Heilbehandlung überaus wichtigen, umfangreichen Qualitätssicherungsmaßnah-

men zunehmend Anerkennung und sichtbaren Ausdruck finden in Gütesiegeln für Krankenhäuser und Zertifizierungen nach ISO-Normen<sup>5</sup>. Über derartige Auszeichnungen mag der Patient informiert werden, besonders wertvolle und aussagekräftige Informationen erhält er dadurch indes nicht. So ist beispielsweise DIN EN ISO 9000 ff. weder ein notwendiger noch ein ausreichender Schritt zur Realisierung eines echten Qualitätsmanagements (Total Quality Management) für Arztpraxen und Krankenhäuser, weil letztlich schlechte Organisation anstelle von Leistung zertifiziert wird<sup>6</sup>. Wirklich profitieren kann der Patient von der Debatte um Qualitätssicherung und Zertifizierung erst, wenn sie nicht mehr primär unter Marketingaspekten geführt wird.

Bei weitergehenden Mitteilungen an die Öffentlichkeit ist zu beachten, daß diese mit dem berufsrechtlich geltenden strengen Werbeverbot konfliktieren können. Zwar gestattet die neue Muster-Berufsordnung deutscher Ärzte nunmehr ausdrücklich in § 27 I 2 gewisse sachliche Informationen über die berufliche Tätigkeit. Form und Inhalt sind in Kapitel D I Nr. 1–6 jedoch genau bestimmt, es sind diesen dort enge Grenzen gesetzt. Die Frage lautet, ob nicht weitergehende Lockerungen angezeigt sind<sup>7</sup>. Dem Schutz des leicht beeinflussbaren Kranken vor Anpreisungen und der Erhaltung des Vertrauens, daß der Arzt nicht

---

Wiss. Ass. Dr. iur. Christian Katzenmeier, Institut für geschichtliche Rechtswissenschaft der Universität Heidelberg, Arbeitsstelle für Medizinrecht, Friedrich-Ebert-Platz 2, 69117 Heidelberg

---

- 1) Nach Auskunft von Herrn Dr. Gruhl beim Gesundheitssenator der Freien Hansestadt Bremen wurden 1995 erste Vorschläge durch die Länder Hamburg und Bremen auf der 68. GMK unterbreitet. Die 69. GMK hatte eine mit allen Ländern abgestimmte Fassung zu beraten und nochmals Korrekturen vorgenommen.
- 2) Nach DIN EN ISO 8042 ist Qualität „die Gesamtheit der Merkmale und Merkmalswerte eines Produkts oder einer Dienstleistung bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“.
- 3) Krause/Nierhoff, in: Bergmann/Kienzle (Hrsg.), Krankenhaushaftung, 1996, Rdnr. 497. Hauke, Qualitätssicherung im Krankenhaus, 1991, S. 11, definiert Qualität in der medizinischen Versorgung praxisbezogen als „das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten“.
- 4) Nach Donabedian, Evaluating the Quality of Medical Care, Milbank Memorial Fund Quaterly 44 (1966), 166 ff.
- 5) Deutsch, Medizinrecht, 3. Aufl. 1997, Rdnr. 347; spez. zu der Normenreihe DIN EN ISO 9000–9004 vgl. Rdnr. 350.
- 6) Kritikwürdig ist ferner, daß Erreichtes ausgezeichnet wird, fortlaufend notwendige Verbesserungen aber nicht gewährleistet sind, vgl. Krause/Nierhoff, in: Bergmann/Kienzle (Hrsg.) (Fn. 3), Rdnr. 544. Dort auch zu weiteren Gütesiegeln (Zertifikat A und B; Golden Helix Award; European Quality Award). Zur Zertifizierung von Anwaltskanzleien nach DIN EN ISO 9000 ff. vgl. Steinbrück, NJW 1997, 1266 ff.
- 7) Zu Liberalisierungstendenzen in Rechtsprechung und Gesetzgebung vgl. Rieger, MedR 1995, 468, 473 f.; Ratzel, MedR 1995, 91 f.

gewinnstrebend gewerblich agiere<sup>8</sup>, steht ein in der modernen Kommunikationsgesellschaft unabweisbares, durch fortschreitende Spezialisierung noch dringlicher werdendes Informationsbedürfnis gegenüber<sup>9</sup>. Ohne neue zulässige Informationsmöglichkeiten gelangt Qualität im Gesundheitswesen immer schwerer zum Kunden.

Mindestens ebenso wichtig sind Informationen des Patienten durch den aufgesuchten Arzt über die Wahl der konkreten Behandlungsmethode: Weil sich das ärztliche Vorgehen prinzipiell nicht auf einen abgeschlossenen Regelcodex stützen kann, muß dem Arzt im jeweiligen Behandlungsfall ein ausreichender Beurteilungs- und Ermessensraum für Diagnose und Therapie bleiben<sup>10</sup>. Die Freiheit begründeter Methodenwahl, also die Kompetenz zur Entscheidung auch für eine wissenschaftlich noch nicht erwiesene oder geklärte, doch nach der empirischen Erkenntnis durchaus erfolgversprechende Therapie, liegt im Interesse des Patienten am Heilerfolg, ist letztlich also ein fremdnütziges Recht<sup>11</sup> und dient dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft<sup>12</sup>. Dabei ist die Therapiefreiheit eingebettet in Sorgfaltspflichten, welche die Verfahrensqualität gewährleisten<sup>13</sup>, und mit Aufklärungspflichten eng verknüpft i. S. einer wechselseitigen Beziehung: Je angefochtener oder umstrittener eine gewählte medizinische Methode ist und je stärker der Arzt von anerkannten Heilverfahren abweichen und je tiefer er in Neuland vorstoßen möchte, desto weiter reichen die Informationspflichten<sup>14</sup>. Gerade bei der Anwendung von Außenseitermethoden sind an die Aufklärung besondere Anforderungen zu stellen, damit der Patient sein Selbstbestimmungsrecht effektiv ausüben kann<sup>15</sup>.

Die allgemeine Forderung aber nach mehr Informationen über die Qualität der medizinischen Versorgung durch den behandelnden Arzt widerspricht einer in diesem Punkte bewußt zurückhaltenden höchstrichterlichen Rechtsprechung. Nach der Sprechpraxis des BGH braucht der Arzt nicht ungefragt auf anderenorts bessere Behandlungsbedingungen hinzuweisen, solange diese nicht in neuartige Verfahren einmünden, welche dem Patienten erkennbare Vorteile eröffnen<sup>16</sup>. Diese Judikatur ist Konsequenz des anerkanntermaßen von den Stätten der Maximalversorgung bis hinunter zu den kommunalen Krankenhäusern aus Finanzierbarkeitsgründen abgestuften Leistungsstandards<sup>17</sup>. Die Behandlung muß dem Stand der Medizin entsprechen, geschuldet wird aber nicht stets das neueste Therapiekonzept mittels einer jeweils auf den neuesten Stand gebrachten apparativen Ausstattung<sup>18</sup>. Durch die Forderung der Minister und Senatoren der Länder erfährt die in der Vergangenheit mehrfach geäußerte Kritik an der restriktiven Linie des BGH zur Aufklärung über Qualitätsfragen<sup>19</sup> neuen Aufschwung.

## II. Verfahrensqualität bei der Schadensregulierung

Im zweiten Punkt ihrer Entschließung fordern die Gesundheitsminister der Länder die Bundesregierung auf, Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Patienten und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu ergreifen und rechtlich abzusichern<sup>20</sup>. Sie beziehen sich dabei ausdrücklich auf Vorschläge, die der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1992 unterbreitet hat. Dessen Hauptanliegen war die Kodifizierung von Patientenrechten, um den Kranken gegen Mißbrauch überlegenen ärztlichen Wissens sowie gegen Behandlungsfehlerschäden wirksam zu schützen und ihn so aus der Abhängigkeit heraus in ein Verhältnis der Gleichberechtigung zu führen<sup>21</sup>. Der Gedanke – in den Niederlanden vor wenigen Jahren realisiert<sup>22</sup> – fand indes nicht Eingang in die Ergebnisniederschrift. Statt dessen regen die Konferenzteilnehmer diverse Einzelmaßnahmen an, welche vornehmlich die Stellung des Patienten bei

der Schadensregulierung stärken sollen (Rechtsschutz durch Verfahrensqualität).

1. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sollen zur Aufnahme von Patientenvertretern verpflichtet werden, da die bei den Ärztekammern angesiedelten Gremien der Selbstverwaltung derzeit nicht immer das notwendige Vertrauen des Patienten in eine unvoreingenommene Bearbeitung des jeweiligen Falles gewinnen könnten. Die Forderung ist wohl zu bedenken, denn in der Vergangenheit sind verschiedentlich Zweifel an der Unabhängigkeit und Objektivität der Kommissionen geäußert worden<sup>23</sup>. Im Mittelpunkt der derzeitigen Diskussion stehen indes nicht Fra-

- 8) Von BVerfGE 71, 162 = MedR 1986, 128 angeführte Gründe für das Werbeverbot.
- 9) Vgl. auch *Laufs*, MedR 1995, 11, 16: „Das Publikumsinteresse in einer durch verdichtete Kommunikation geprägten Gesellschaft verlangt nach Hinweisen und Aufschlüssen. In einem sich verschärfenden Wettbewerb um Patienten gewinnt das Interesse an sachdienlichen Informationen zusätzlich an Gewicht. Gesteigerte Konkurrenz läßt sich allein als Leistungswettbewerb akzeptieren. Dieser freilich erfordert die Transparenz der Leistungsangebote, vor allem bei hochspezialisierten und kostenintensiven Diensten.“
- 10) *Steffen*, Neue Entwicklungslinien der BGH-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht, 6. Aufl. 1995, S. 56. Die Therapiefreiheit ist das Kernstück der ärztlichen Profession, vgl. *Laufs*, Arztrecht, 5. Aufl. 1993, Rdnm. 470 und 484.
- 11) *Buchborn*, in: *Kleinsorge/Hirsch/Weißbauer* (Hrsg.), Forschung am Menschen, 1985, S. 19; *Jung*, ZStW 97 (1985), 47, 54 f.; *Laufs*, NJW 1997, 1609.
- 12) *Eser*, ZStW 97 (1985), 1, 12; pointiert *Schroeder=Printzen*, MedR 1996, 376, 379, den bekannten Satz aufgreifend: „Die Außenseitermethode von gestern ist die Schulmedizin von heute und der Behandlungsfehler von morgen.“
- 13) *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 1992, § 3, Rdnr. 16; *Franzki*, MedR 1994, 171, 173.
- 14) *Laufs* (Fn. 10), Rdnr. 489; *Francke/Hart*, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 1987, S. 35 ff.; *Mertens*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 5, 3. Aufl. 1997, § 823, Rdnm. 382, 419 f.
- 15) *Jung*, ZStW 97 (1985), 47, 57; *Giesen*, Arzthaftungsrecht, 4. Aufl. 1995, Rdnr. 285.
- 16) BGHZ 102, 17 = MedR 1988, 91 m. zust. Anm. v. *Narr*; BGH, NJW 1984, 1810; 1987, 2291; 1988, 2302; vgl. *Geiß*, Arzthaftpflichtrecht, 2. Aufl. 1993, S. 180; *Frahm/Nixdorf*, Arzthaftungsrecht, 1996, Rdnr. 180. Zust. *Laufs*, in: *Laufs/Uhlenbruck* (Hrsg.) (Fn. 13), § 64, Rdnm. 6 f.
- 17) *Hart*, MedR 1996, 60, 69: Es erfolgt „eine bereichs-, besser: organisationsbezogene rechtliche Differenzierung des medizinischen Standards. Die Begründung bezieht sich explizit auf ökonomische, d. h. Finanzierbarkeitsüberlegungen“.
- 18) *Steffen* (Fn. 10), S. 66; *Mertens* (Fn. 14), Rdnr. 356.
- 19) *Damm*, NJW 1989, 737 ff.; *Giesen*, JZ 1988, 414 ff.; vgl. auch aus schweizerischer Sicht *Wiegand*, in: *Honsell* (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 1994, S. 140.
- 20) Nahezu zeitgleich haben sich die Gesundheitsminister der 40 Länder des Europarates nachdrücklich für eine Intensivierung der Patientenrechte ausgesprochen.
- 21) Vgl. *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen*, Jahresgutachten 1992, Tz. 353; auch Tz. 358: eine deklaratorische Patientenrechtscharta könne dem Patienten bei der Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts helfen; diese könne ihm bei der Aufnahme prozedur von den Institutionen des Gesundheitswesens ausgehändigt und notfalls erklärt werden (Tz. 388, dort auch zu den Voraussetzungen eines Kodex der Patientenrechte).
- 22) Auch in Großbritannien, Österreich, Finnland, Dänemark und Israel folgen individuelle Patientenrechte nicht ausschließlich aus den gesetzlichen Bestimmungen über die Pflichten der Behandelnden, sondern sind mindestens teilweise positiv normiert.
- 23) *Ratajczak*, in: AG Rechtsanwälte im MedR (Hrsg.), Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 1990, S. 3, 7 f.; *Giesen*, ebd., S. 77, 83; *Prütting*, JZ 1985, 261, 270. Ausdrücklich gegen eine Beteiligung von Patientenvertretern *Weltrich*, DRiZ 1996, 473. In den Niederlanden und Österreich werden paritätisch besetzte Schlichtungsstellen für außergerichtliche Schadensregulierungen derzeit erprobt, vgl. *Kranich*, QualiMed 1997, 41, 42.

gen der Zusammensetzung, sondern Überlegungen zur Reform der verschiedenen Verfahrensordnungen<sup>24</sup>. Diese entsprechen in ihrer konkreten Ausgestaltung wie Handhabung nicht immer demokratisch-rechtsstaatlichen Verkehrsformen, die Einhaltung fundamentaler Verfahrensgarantien ist nicht gewährleistet. Insoweit besteht ein echter Handlungsbedarf<sup>25</sup>. Gegenüber Anregungen einer Beteiligung von Patientenvertretern wird auf die hohe Erfolgsquote angemeldeter Ansprüche verwiesen<sup>26</sup>, welche deutlich gegen jede Mutmaßung spräche, die Kommissionen verfolgten primär Standesinteressen der Ärzteschaft, ihnen sei gar nicht am Patientenschutz gelegen<sup>27</sup>.

2. Nach dem erklärten Willen der Minister sollen Krankenkassen zu einer Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern verpflichtet sein, sofern Erfolgsaussicht besteht. Schon der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen maß ihnen besondere Bedeutung bei der Durchsetzung von Ansprüchen bei<sup>28</sup>. Und auch in der Literatur findet sich der Hinweis, Patientenrechte hingen in den Vollzugschancen ganz wesentlich von dem Einfluß ab, den die großen Finanzierungsträger des Systems ausübten<sup>29</sup>.

Seit dem Jahre 1988 ist in § 66 SGB V gesetzlich ausdrücklich bestimmt, daß die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, also vor allem Schmerzensgeldansprüche, unterstützen können<sup>30</sup>. Die Hilfestellung läßt sich begreifen als eine aus dem Sozialversicherungsverhältnis abzuleitende Nebenleistung, welche auf der Betreuungs- und Fürsorgepflicht der Kasse beruht<sup>31</sup>. Als Unterstützungsleistungen kommen vor allem solche in Betracht, mit denen die Beweisführung des Versicherten erleichtert wird<sup>32</sup>, z. B. Auskünfte über die vom Arzt gestellte Diagnose oder angewandte Therapie, auch eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder Hinweise auf Patienteninitiativen und Anwälte mit arzthaftungsrechtlichen Spezialkenntnissen<sup>33</sup>.

Bemerkenswert ist, daß § 66 SGB V in der bisherigen Schadensregulierungspraxis keine Bedeutung gewonnen hat<sup>34</sup>. Daran dürfte sich auch bei einer Novellierung der Vorschrift nicht allzu viel ändern. Eine „Verpflichtung zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern, sofern Erfolgsaussicht besteht“ läßt keine weitergehenden Aktivitäten auf seiten der Krankenkassen erwarten als das derzeit eingeräumte, in jedem Einzelfall gemäß §§ 39 SGB I, 54 Abs. 2 S. 2 SGG pflichtgemäß auszuübende Ermessen<sup>35</sup>. Auch künftig wird es wohl oder übel bei der auffällenden Zurückhaltung der Krankenkassen bleiben, die zusätzlichen Aufwand und Kosten meiden. Es scheint, als degeneriere hier ein theoretisch guter Gedanke unter den faktischen Gegebenheiten zu einer „unnötigen Verbeugung vor dem Zeitgeist“<sup>36</sup>.

Daß Kostenträger trotz vorhandener Möglichkeiten<sup>37</sup> selten Regreßansprüche gegenüber Leistungserbringern und Herstellern geltend machen<sup>38</sup>, führt dazu, daß Schadensverantwortliche (deren Versicherer)<sup>39</sup> insoweit auch finanziell nicht mit den Folgen ihres Handelns belastet werden. Dieser Umstand mag wegen der Einbuße an Präventivwirkung des Haftpflichtrechts beklagt werden, er erschwert indes nicht die Durchsetzbarkeit der dem Geschädigten zustehenden Ansprüche und bedeutet mithin kein Defizit bei der Gewährleistung des Patientenschutzes<sup>40</sup>.

Die Minister sehen diesbezüglich von der Empfehlung bestimmter Maßnahmen ab. Mit Grund, denn jedes Vorgehen, welches die Krankenkassen zu einer individuellen Regreßnahme bei dem jeweiligen Schädiger verpflichten wollte, müßte als realitätsfremd bezeichnet werden. In der Praxis sind längst an die Stelle vieler zeit- und kostenauf-

wendiger, im Ausgang unsicherer Einzelregresse sog. Regreßverzichts- und Schadensteilungsabkommen zwischen den Sozialversicherungsträgern und Haftpflichtversicherungen getreten, welche eine Abrechnung nach Durchschnittssätzen vorsehen<sup>41</sup>.

3. Wertvoll scheint die Überlegung der Einrichtung anbieterunabhängiger Patientenvertretungen. In einzelnen Bundesländern gibt es Institutionen zum Zwecke der Unterstützung von Patienten bei der Durchsetzung ihrer Rechte. So etablierte Hamburg vor zehn Jahren als erstes Bundesland eine große Patientenberatungsstelle, die vom Senat der Stadt gefördert wird und, soweit ersichtlich, gute Dienste leistet<sup>42</sup>. Das Bundesland Bremen weitete jüngst

- 24) Ratajczak (Fn. 23), S. 3, 5 ff.; Eberhardt, ebd., S. 65, 66 ff.; Stegers, ebd., S. 99 ff.; Ulsenheimer, in: Laufs/Uhlenbruck (Hrsg.) (Fn. 13), § 114, Rdnr. 16. Sehr kritisch zu den Verfahrensmodalitäten Giesen (Fn. 15), Rdnr. 40 f.
- 25) Auch wenn die nichtstaatliche Schlichtung in erster Linie an ihrer Effektivität zu messen und Rechtsstaatlichkeit hier keine Primärforderung ist; so zutreffend Deutsch/Matthies, Arzthaftungsrecht, 3. Aufl. 1988, S. 107.
- 26) Sie ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen und liegt zu Beginn der 90er Jahre bei etwa 35 %, vgl. Laufs (Fn. 10), Rdnr. 545, dortige Fn. 260; Weltrich, DRiZ 1996, 473, 475. Freilich bestehen nicht unbedenkliche regionale Unterschiede; so lag die Anerkennungsquote in Bayern zuletzt bei nur 12 %, vgl. Schlund, in: Laufs/Dierks/Wienke/Graf-Baumann/Hirsch (Hrsg.), Die Entwicklung der Arzthaftung, 1997, S. 333, 336.
- 27) So aber Morasch/Blankenburg, ZRP 1985, 217, 218: „diffuses Interesse an der Imagepflege“.
- 28) Sachverständigenrat (Fn. 21), Tz. 396.
- 29) Pichler, Internationale Entwicklungen in den Patientenrechten, 1992, S. 738.
- 30) Vorschrift eingeführt durch das GRG v. 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477. In der Gesetzesbegründung werden die übermäßige Technisierung und die damit einhergehende Arbeitsteilung im Gesundheitswesen als Gefahren für die Versorgung der Versicherten genannt, so daß ärztliche Behandlungsfehler nicht auszuschließen seien (BT-Dr. 11/2237, S. 189).
- 31) Höfler, in: KassKomm, Bd. 1, Stand 12/1996, § 66 SGB V, Rdnr. 2. Nach Ansicht von Schneider, in: Schulin (Hrsg.), Hdb. d. SozVersR, Bd. I, 1994, § 26, Rdnr. 21, sind die Krankenkassen auch ungeachtet des § 66 SGB V nach den allgemeinen Vorschriften (§§ 13 ff. SGB I) zur Unterstützung verpflichtet.
- 32) BT-Dr. 11/2237, S. 189; aber keine Übernahme von Kosten der Rechtsverfolgung (ebd.).
- 33) Fuchs, ArztR 1996, 319, 324 f., unter Hinweis auf eine Auskunft der AOK Bayern.
- 34) Lippert, in: Laufs/Dierks/Wienke/Graf-Baumann/Hirsch (Hrsg.) (Fn. 26), S. 281, 283. Bei der Entstehung des am 1. 7. 1997 in Kraft getretenen 2. GKV-NOG (BGBl. I S. 1520 ff.) scheint die Vorschrift keine Rolle gespielt zu haben.
- 35) Wenn die Krankenkassen nach geltendem Recht bei der Ermessensausübung die Erfolgsaussichten nicht zu berücksichtigen haben (so Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II – SGB V, Bd. 2, Stand 1/1997, § 66, Rdnr. 10), könnte gar das Gegenteil eintreten.
- 36) Lippert (wie Fn. 34), zur Regelung des § 66 SGB V.
- 37) §§ 116 I SGB X; 87a BGG; 52 BRRG; 67 VVG.
- 38) Vgl. Lange, Schadensersatz, 2. Aufl. 1990, § 11 C 13 u. II 2; Brüggemeier, AcP 182 (1982), 386, 416.
- 39) Die Haftpflichtversicherung, die abzuschließen der Arzt standesrechtlich verpflichtet ist, § 21 Muster-BO 1997.
- 40) Unzutreffend daher die Erläuterung zur Entschließung der 69. GMK (MedR 1997, 460) in Punkt 4., vierter Spiegelstrich.
- 41) Lange (Fn. 38), § 11 C 14; Denck, NJW 1982, 2048 ff.; Wussow, Teilungsabkommen, 4. Aufl. 1975. Abw. Deutsch (Fn. 5), Rdnr. 287: Klagen der Sozialversicherung gegen Ärzte wegen Fehlbehandlung kämen durchaus vor, Teilungsabkommen seien eher selten.
- 42) Zu der von der Verbraucherzentrale am 29./30. 5. 1997 veranstalteten europäischen Fachtagung „Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa“ vgl. die Berichte von Loosen, Der Kassenarzt 31–32/1997, 22 ff., und von Kranich, QualiMed 4/1997, 41 ff., sowie den demnächst erscheinenden Tagungsband.

sein Beratungsangebot erheblich aus. Die Landesärztekammer, Krankenkassen, Landeskrankenhausesgesellschaft sowie der Gesundheitsensor entschlossen sich, eine „Unabhängige Patientenvertretung Bremen e. V.“ zu gründen und zu gleichen Teilen zu tragen. Das Finanzierungsvolumen des Vereins beträgt 280 000,- DM im Jahr. Aus diesen Mitteln bezahlt, stehen Patientenberater, deren Unabhängigkeit durch verschiedene Regelungen abgesichert ist, ab Oktober 1997 Hilfesuchenden als Ansprechpartner zur Verfügung. Das Bundesgesundheitsministerium hat seine grundsätzliche Bereitschaft signalisiert, das Modell wissenschaftlich zu begleiten<sup>43</sup>.

Insgesamt sind hier bedeutsame Entwicklungsmöglichkeiten zu vermerken, ist Raum für (politische) Entscheidungen gegeben, die das Klima im Gesundheitswesen beträchtlich verbessern könnten. Ein Blick über die Grenzen eröffnet zusätzliche Perspektiven. In den Vereinigten Staaten von Amerika verfolgen Ombudsmann-Programme nach skandinavischem Vorbild die Absicht, das Verhältnis zwischen den medizinischen Einrichtungen und ihren Patienten durch Mediationselemente weiter zu humanisieren. Zusätzlich sollen sie dazu beitragen, die Gesundheitsfürsorge in den Spitälern zu verbessern, Haftpflichtkosten auf diese Weise verringern und so im Sinne einer „quality assurance“ wirken<sup>44</sup>. Mehrere europäische Länder kennen unabhängige, weisungsungebundene Beschwerdestellen in den Krankenhäusern oder eine Patientenanzwaltschaft<sup>45</sup>. An die Beschwerdestelle kann sich jeder Patient wenden, der sich unzutreffend behandelt oder in seinen Rechten verkürzt sieht. Der Patientenanwalt als Weiterentwicklung der Beschwerdestelle soll von sich aus mit dem Bedürftigen in Kontakt treten, um zu erfahren, ob dessen Rechtsposition gewahrt wurde<sup>46</sup>. Über Rezeption und Ausbau solcher Konzepte nachzudenken, erscheint lohnenswert<sup>47</sup>. Dabei ist zu betonen, daß die rechtliche Verankerung in erster Linie eine präventive und nur als ultima ratio eine Sanktionsfunktion hat. Erst wenn die genannten Institutionen keine befriedigende Lösung finden, sind zusätzliche Maßnahmen bis hin zu einer gerichtlichen Klärung erforderlich<sup>48</sup>.

4. Die vielleicht wichtigste Anregung betrifft die bundesweite anonymisierte Erfassung bei Ärztekammern anerkannter Patientenbeschwerden, anerkannter Schadensersatzforderungen, von Behandlungsfehlerprozessen und deren gerichtlicher Entscheidungen an neutraler Stelle. Die Konferenzteilnehmer scheinen dabei die Informationswirkung für Patienten im Blick zu haben, wenn sie die fehlende Abstimmung und Vernetzung zwischen den wenigen Patientenberatungsstellen, den Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen der Ärztekammern, den Beratungsangeboten der Krankenkassen, dem Medizinischen Dienst und den Geschäftsstellen „Externe Qualitätssicherung“ (§ 112 i.V.m. § 137 SGB V) bemängeln. In seiner ursprünglichen Fassung war der Entschlußpunkt als eine Ausfüllung der Forderung nach Informationen des Patienten über die Qualität der medizinischen Leistungen konzipiert<sup>49</sup>. Nunmehr sollen Beschwerden und die rechtlichen Konsequenzen von Fehlbehandlungen dokumentiert werden. Der Nachfrageberechtigte mag dadurch regionale und örtliche – bei aus Datenschutzgründen anonymisierter Erfassung nicht aber persönliche – Schwachstellen in der medizinischen Versorgung in Erfahrung bringen, bevor er sich in Behandlung begibt, sowie im Schadensfall gewisse Hilfen bei Einschätzung der Erfolgsaussichten seiner Ersatzforderungen erfahren.

Vornehme Bedeutung erlangt eine zentrale Datenbank indes erst dadurch, daß sie dem nationalen Gesundheitswesen eine koordinierte Schadensursachenforschung ermöglicht. Daten über Medizinschadensfälle und ärztliche Behandlungsfehler werden in der Bundesrepublik bislang kaum erfaßt<sup>50</sup>. Anderes gilt nur auf dem Arzneimittelsektor, für den § 62 AMG ein strenges Überwachungssystem zum

Zwecke der Gefahrenabwehr vorschreibt<sup>51</sup>. Die Feststellung von Mißständen aber ist Grundvoraussetzung für ihre Behebung. Auch im medizinischen Behandlungswesen läßt sich Risiken allein auf der Grundlage einer umfassenden Datenerhebung erfolgreich begegnen. „Risk-management“ als ganzheitliche, externe Risikoanalyse durch ein Team medizinischer, juristischer und technischer Spezialisten soll die interne Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung ergänzen<sup>52</sup>. Einige amerikanische Bundesstaaten sowie Länder Skandinaviens protegieren den Wandel von einem System nachträglicher Kontrolle zu einer präventiv wirkenden Fehlerverhütung durch spezielle Mißstandsberichtssysteme<sup>53</sup>, und auch auf europäischer Ebene ist das Thema aktuell: Anfang des Jahres wurde auf einem Symposium in Amsterdam der bereits vor längerer Zeit einmal formulierte Gedanke<sup>54</sup> einer europäischen Datenbank für ärztliches Fehlverhalten wieder aufgegriffen und diskutiert<sup>55</sup>.

Auf Fragen der Organisation sowie Ausgestaltung eines nationalen Meldewesens kann hier nicht näher eingegangen werden<sup>56</sup>. Nur zweierlei sei angemerkt: Das Projekt ist auf die umfassende Mobilisierung vorhandenen Expertenwissens und eine Kooperation der Datenherren angewiesen. Eine möglichst vollständige Erfassung von Behandlungsfehler vorwürfen ist allein in Zusammenarbeit mit den Haftpflichtversicherern gewährleistet<sup>57</sup>, bei denen als Schadensfallbearbeitern nahezu alle Informationen über Schadensursachen und -folgen zusammenlaufen<sup>58</sup>. Erfaßt werden sollten nicht nur anerkannte Schadensersatzforderungen, also Zwischenfälle, die einen Tatbestand der geltenden Ver-

43) Auskunft von Herrn Dr. Gruhl (Fn. 1).

44) Eingehend Pichler (Fn. 29), S. 522 ff., 636 ff.

45) Ausführlich dazu Pichler (Fn. 29), S. 616 ff. u. 672 ff.

46) Deutsch, in: Deutsch/Taupitz (Hrsg.), Haftung der Dienstleistungsbereufe, 1993, S. 275, 284.

47) Im Zuge der Krankenhausreform wurde bereits vor Jahren in einigen öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern ein Patientenführer eingeführt; vgl. z. B. § 15 KRg Rhld.-Pf. nebst DVO v. 6. 12. 1973, GVBl. S. 409.

48) So ausdrücklich der Sachverständigenrat (Fn. 21), Tz. 391.

49) Auskunft von Herrn Dr. Gruhl (Fn. 1); zur Genese der Entschliebung vgl. Fn. 1.

50) Eine vielfach beklagte Tatsache, vgl. nur Ehlers, in: Ehlers/Brogie (Hrsg.), Praxis des Arzthaftungsrechts, 1994, Kap. 1, Rdnr. 10; Giesen (Fn. 15), Rdnrn. 29 f.; auch Franzki, MedR 1994, 171, 173, für den Justizbereich.

51) Dazu Sanden, Arzneimittelrecht, 31. Lfg., Stand: 4/1997, Kommentierung zu § 62 AMG; Deutsch (Fn. 5), Rdnr. 758; Glaeske/Greiser/Hart, Arzneimittelsicherheit und Länderüberwachung, 1993; MedR 1993, 207 ff.

52) Vgl. dazu Ulsenheimer, in: Laufs/Dierks/Wienke/Graf/Baummann/Hirsch (Hrsg.) (Fn. 26), S. 321, 323 ff.; ders., MedR 1995, 438 ff. (442: „Gebot der Stunde“); Sedlacek, in: Bergmann/Kienzle (Hrsg.) (Fn. 3), Rdnrn. 732 ff.; Stegers, MedR 1997, 390, 395 f.

53) Besonders interessant (freilich nicht zuletzt durch das dortige Versicherungsmodell bedingt) sind die Bemühungen um besondere Präventionsformen in Schweden, vgl. dazu jüngst Pichler, in: Laufs/Dierks/Wienke/Graf/Baummann/Hirsch (Hrsg.) (Fn. 26), S. 173, 251 f.

54) Vgl. Revillard auf dem 5. Kolloquium des Europarats zum europäischen Recht 1975 in Lyon, dazu den Bericht von Griess, JZ 1975, 581, 582.

55) Symposium on „quality of medical practice and professional misconduct in the European Union“, Amsterdam, 20. 1. 1997. Besprochen wurden Fragen der ärztlichen Qualitätssicherung und die Einführung eines Meldesystems in die Richtlinie 93/16/EWG. Kritisch dazu Haage, ArztR 1997, 101 ff.

56) Kritische Überlegungen bei Haage, ArztR 1997, 101 ff.

57) So zutreffend Krumpaszky/Seht/Selbmann, VersR 1997, 420, 427.

58) Anstelle einer bes. Behörde wäre auch eine von den Versicherungen einzurichtende „Schadensregulierungskommission e. V.“ denkbar.

schuldenshaftung erfüllen. Für eine effektive Schadensprophylaxe und Weiterentwicklung der Medizin kann auch die Mitteilung von Schäden bedeutsam sein, die für den behandelnden Arzt in der konkreten Situation nicht vermeidbar waren.

### III. Ethik-Kommissionsprüfungen

In einem gesonderten Punkt hält die GMK schließlich die Ausdehnung der bereits nach AMG<sup>59</sup> und MPG<sup>60</sup> geregelten Ethik-Kommissionsprüfungen auf besonders risikoreiche Therapieversuche sowie die gesamte klinische Forschung am Menschen für erforderlich, soweit nicht bereits in Heilberufs- und Kammergesetzen oder Berufsordnungen vorhanden.

Der Vorbehalt macht die Forderung nahezu gegenstandslos. Seit dem Jahre 1988 bestimmt die Muster-BO, nunmehr in dem neugefaßten § 15 Abs. 1: „Der Arzt muß sich vor der Durchführung biomedizinischer Forschung am Menschen – ausgenommen bei ausschließlich epidemiologischen Forschungsvorhaben – durch eine bei der Ärztekammer oder bei einer Medizinischen Fakultät gebildete Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen.“<sup>61</sup> Die Landesärztekammern haben inzwischen entsprechende Bestimmungen in die einzelnen Berufsordnungen aufgenommen, nachdem von den Landesgesetzgebern meist in Heilberufs-(Kammer)Gesetzen Ethik-Kommissionen eingeführt worden sind<sup>62</sup>.

Begreifen läßt sich die Entschließung immer noch als Anregung zur Erweiterung des durch Satzungsrecht der Ärztekammern festgelegten Aufgabenbereichs der Ethik-Kommissionen. Dazu ist folgendes anzumerken: Der Begriff „biomedizinische Forschung am Menschen“ wird in der Praxis weit ausgelegt. Nicht nur das klinische Experiment, welches allein zu Forschungszwecken vorgenommen wird, fällt darunter. Umfaßt sind auch solche Therapieversuche, die der Heilbehandlung des Patienten, daneben aber auch der Erkenntnisgewinnung über den einzelnen Anwendungsfall hinaus gelten, also einen Doppelzweck verfolgen<sup>63</sup>. Der Vorschlag einer Einbeziehung (nur) besonders risikoreicher Therapieversuche bedeutete demnach keine Ausdehnung, eher eine Einschränkung derzeitiger Ethik-Kommissionsprüfungen. Anders nur, beabsichtigten die Minister eine Erfassung des Heilversuchs, der ärztlichen Heilbehandlung also, die im ausschließlichen Interesse des Patienten mit wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärten Methoden, aber ohne jegliches Streben nach Erkenntnissen über den Einzelfall hinaus, erfolgt<sup>64</sup>. Eine Pflicht des Arztes zur Einschaltung einer Ethik-Kommission besteht hier aber mit Grund nicht. Denn beim Heilversuch ist stets – auch wenn mit besonderen Risiken verbunden – die bestmögliche Behandlung des Patienten gewährleistet. Es bleibt dem Arzt das Recht, zu seiner eigenen Sicherheit die Ethik-Kommission anzurufen<sup>65</sup>.

### IV. Abschließende Würdigung

Die Entschließung versteht sich als Maßnahmenprogramm zur Weiterentwicklung des Patientenschutzes. Dabei fügen sich die einzelnen Punkte nicht recht zu einem einheitlichen Gesamtbild. Wegen des vorausgegangenen Abstimmungsprozesses zwischen den Ländern sowie letzter Korrekturen durch die 69. GMK kann auch von den Initiatoren „für einzelne Passagen z. T. keine schlüssige fachliche Erklärung geliefert werden“<sup>66</sup>.

Bei mehreren der genannten Maßnahmen verwundert es, daß die Bundesregierung zu ihrer Ergreifung von den Länderministern aufgefordert wird. So ist es Sache der Landesärztekammern, Patientenvertreter in die bei ihnen ange-

siedelten Gremien der Selbstverwaltung aufzunehmen oder den Aufgabenbereich von Ethik-Kommissionen durch Satzungsrecht festzulegen. Der Bund kann insoweit keine verbindlichen Vorgaben machen. Auch gegenüber der Aufforderung, zu prüfen, wie anbieterunabhängige Patientenvertretungen eingerichtet werden können, ist auf die Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume der Bundesländer zu verweisen.

Abgesehen von der Forderung nach mehr sachlicher Information über das Gesundheitswesen und größerer Transparenz des Leistungsangebots<sup>67</sup>, möglicherweise unterstützt durch eine zentrale Datenbank<sup>68</sup>, beschränkt sich die GMK letztlich auf die Anregung bloßer Randkorrekturen. Grundlegende Fragen des Patientenschutzes werden nicht thematisiert, wohingegen das Schrifttum sich eingehend befaßt z. B. mit

- der Kodifizierung von Patientenrechten in einer speziellen Charta<sup>69</sup>,
- der Übernahme von Versicherungsmodellen nach skandinavischem Vorbild<sup>70</sup>,
- dem Abschluß einer Probandenversicherung nicht nur bei Arzneimittelstudien, sondern bei jeder biomedizinischen Forschung<sup>71</sup>,
- einer grundsätzlichen Regelung der Zulässigkeit biomedizinischer Forschung am Menschen<sup>72</sup>,
- der Reform (und Angleichung) von Verfahrens- und Begutachtungsmodalitäten bei Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen<sup>73</sup>,
- Fragen der Beweislast<sup>74</sup> und des Beweismaßes<sup>75</sup>, speziell einer Beweismaßreduktion bei Arzneimittelschäden<sup>76</sup>,

59) § 40 I AMG n. F.; vgl. dazu *Deutsch*, VersR 1995, 121 ff.

60) § 17 MPG, der auch die Anrufung einer nicht staatlich eingesetzten, sog. freien Ethik-Kommission zuläßt; Kritik z. B. bei *Lippert*, DMW 1995, 1296.

61) Vgl. auch die Maßgabe des Weltärztebundes in der Revidierten Deklaration von Helsinki.

62) Zur Entwicklung der Ethik-Kommissionen in Deutschland vgl. nur *Deutsch* (Fn. 5), Rdnm. 591 ff.

63) *Laufs/Reiling*, Ethik-Kommissionen – Vorrecht der Ärztekammern?, 1991, S. 22; *Kollhossler/Kreffl*, MedR 1993, 93, 94, 96.

64) *Kollhossler/Kreffl*, MedR 1993, 93, 94, mit Hinweis auf die nicht einheitliche Begriffsverwendung.

65) Ethik-Kommissionen bezwecken außer dem Schutz des Patienten/Probanden auch den Schutz des Forschers und der Forschungseinrichtung vor den Folgen rechtlich und ethisch bedenklicher Forschung; *Laufs* (Fn. 10), Rdnr. 687; *Deutsch*, NJW 1995, 3019, 3023. Fragen der Therapie im Einzelfall sind freilich nicht Gegenstand der Beratung, *Walter=Sack*, MedR 1997, 301.

66) Wie Fn. 43.

67) Vgl. I.

68) Vgl. II. 4.

69) Vgl. II.

70) *Pichler* (Fn. 53), S. 173 ff.; *ders.*, Rechtsentwicklungen zu einer verschuldensunabhängigen Entschädigung im Medizinbereich, Bd. 1, 1994; *Radau*, Ersetzung der Arzthaftung durch Versicherungsschutz, 1993; und bereits *Weyers*, Gutachten A zum 52. DJT 1978, S. 80 ff.

71) *Deutsch* (Fn. 5), Rdnm. 551 und 579.

72) Frankreich hat mit dem loi no. 88-1138 v. 20. 12. 1988 eine umfassende Spezialregelung geschaffen, vgl. dazu *Jung*, Die Zulässigkeit biomedizinischer Versuche am Menschen, 1996 (rechtsvergl.). Da in der Bundesrepublik nicht nur aus Gründen der Gesetzgebungskompetenz nicht mit einer medizinrechtlichen Kodifikation zu rechnen ist, gilt es, Regelungsalternativen zu erarbeiten.

73) Vgl. bei Fn. 24.

74) Vgl. nur *Giesen* (Fn. 15), Rdnm. 353 ff.; *Laufs* (Fn. 10), Rdnm. 589 ff.

75) Dazu jüngst *Weber*, Der Kausalitätsbeweis im Zivilprozeß, 1997, S. 211 ff. u. passim; *Hirte*, Berufshaftung, 1996, S. 475 ff.; *Leipold*, in: Festschr. f. Nakamura, 1996, S. 301, 317 f.

76) Zu Vorschlägen einer Änderung des § 84 S. 2 AMG (unter dem Eindruck des Komplexes HIV-Blutprodukte) vgl. *Kullmann*, in: Festschr. f. Steffen, 1995, S. 247 ff.; *Schilling/Mack*, ebd., S. 413 ff.;

– Fragen der Gerichtsorganisation, die ein „integratives Medizinrecht“ bewältigt und fördert<sup>77</sup>.

Indem die GMK keinen dieser Aspekte aufgreift, erweist sich ihre Entschließung zur Weiterentwicklung des Patientenschutzes zugleich als eine vertane Gelegenheit.

Möllers, in: Hart (Hrsg.), Privatrecht im „Risikostaat“, 1997, S. 189, 212 f. Die GMK unterbreitet letztlich keinen konkreten Vorschlag zur Verbesserung des von ihr angesprochenen gesundheitlichen Verbraucherschutzes.

77) Taupitz, ZRP 1997, 161 ff.

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Betäubungsmittelgesetz. Kommentar anhand der höchstrichterlichen Rechtsprechung.** Von Ulrich Franke und Karl Wienroeder. Verlag C. F. Müller, Heidelberg 1996, XX u. 725 S., geb., DM 118,-

Dem Betäubungsmittelstrafrecht kommt große praktische Bedeutung zu. Seine Anwendung wirft zahlreiche Probleme auf. Zur Durchdringung dieser wichtigen Rechtsmaterie leistet der Kommentar von Franke/Wienroeder einen beachtlichen Beitrag. Er enthält neben einer vor allem auf der Grundlage der Rechtsprechung erfolgenden Erläuterung der Vorschriften des BtMG einen Abschnitt über die Strafzumessung bei Betäubungsmittelstraftaten und eine Erörterung von strafprozessualen Fragen, die für Strafverfahren wegen Rauschgift-delikten von besonderer Bedeutung sind. Im Anhang sind zahlreiche für Betäubungsmittelsachen wichtige Vorschriften abgedruckt.

In der klar strukturierten und auf das Wesentliche konzentrierten Kommentierung werden die Rechtsfragen des Betäubungsmittelstrafrechts präzise und zuverlässig erläutert. Bei der Behandlung der Einzelfragen werden die systematischen Zusammenhänge aufgezeigt. Auf diese Weise gelingt es den Verf. sehr gut, die Grundstrukturen und Grundbegriffe des Betäubungsmittelgesetzes sowie die Leitlinien der höchstrichterlichen Rechtsprechung herauszuarbeiten. Geschickt werden – z. B. in den Rdnrn. 1–35 zu § 29 BtMG – die Verflechtungen zwischen dem Betäubungsmittelstrafrecht und dem Allgemeinen Teil des Strafrechts dargestellt. Wo es zum Verständnis der Rechtsfragen erforderlich ist, werden die Gesetzgebungsgeschichte und die Entwicklung der Rechtsprechung herangezogen. Auf Fragen, die in der Praxis häufig zu Schwierigkeiten und Fehlern führen, wird besonders eingegangen (z. B. in Rdnr. 19 des Strafzumessungsteils auf den besonders schweren Fall bei Beihilfehandlungen). Stets wird der Sinngehalt der Vorschriften deutlich herausgearbeitet.

Sicherlich wäre es denkbar gewesen, eine Reihe von Fragen ausführlicher zu erörtern. Es ist jedoch nicht das Ziel des Kommentars, alle Einzelfragen erschöpfend zu behandeln. Vielmehr sollen auf der Grundlage der Rechtsprechung die wichtigsten Probleme des Betäubungsmittelstrafrechts prägnant dargestellt werden. Dies ist dem Kommentar gut gelungen. Er stellt für den in der täglichen Arbeit mit dem Betäubungsmittelstrafrecht befaßten Praktiker eine wertvolle Hilfe dar. Auch zur Einarbeitung in dieses Rechtsgebiet kann der Kommentar empfohlen werden. Insgesamt handelt es sich um eine wichtige Bereicherung der Literatur zum Betäubungsmittelstrafrecht.

Prof. Dr. iur. Dieter Dölling, Heidelberg

**Rechtliche Grundlagen der augenärztlichen Tätigkeit. Zivilrecht – Strafrecht – Sozialrecht – Verwaltungsrecht.** Von Berndt Gramberg-Danielsen. Ferdinand Enke Verlag, Stand: 8. Ergänzungslieferung Mai 1997. 1921 S., Loseblattausgabe, Ringordner, DM 198,-

Viele Ärzte, auch Augenärzte, werden bei ihrer ärztlichen Tätigkeit zunehmend mit juristischen Fragestellungen konfrontiert. Nicht nur für den ärztlichen Gutachter vor Gericht, der sich naturgemäß an der „Schnittstelle“ von Medizin und Recht bewegt, sind gewisse rechtliche Grundkenntnisse notwendig. Auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes oder im Krankenhaus stellen sich häufig Rechtsprobleme, zu denen der Arzt einen helfenden Überblick benötigt und zu denen er die einschlägigen Vorschriften und „Leitentscheidungen“ der Gerichte auffinden muß. Gramberg-Danielsen hat mit seinen Mitautoren Hammerstein, Hülsmeier, Kern, Schneider und Weber in übersichtlicher und auch für Nichtjuristen verständlicher Form die wesentlichen Rechtsgrundlagen augenärztlicher Tätigkeit zusammengestellt. Der Aufbau des Werkes geht vom Allgemeinen zum Besonderen, so daß

viele der medizinrechtlichen Ausführungen nicht nur den spezifisch augenärztlichen Bereich betreffen, sondern für die ärztliche Tätigkeit insgesamt Geltung haben. Aus diesem Blickwinkel bringt der Titel des Werkes sogar ein gewisses Understatement zum Ausdruck.

Der Aufbau der Loseblattsammlung orientiert sich an der „klassischen“ Einteilung des Rechts in verschiedene Rechtsgebiete (was allerdings dazu führt, daß manche Sachthemen – für den Nichtjuristen unübersichtlich – auseinandergerissen werden). Insgesamt ist die Sammlung in neun Abschnitte aufgeteilt. Nach dem ersten Abschnitt „Allgemeine Vorbemerkungen“, die sich insbesondere an den sachverständigen Gutachter im Zivilprozeß richten, folgt im zweiten Abschnitt eine umfangreiche Darstellung der „Rechtsfragen aus dem Gebiet des Zivilrechts“. Neben versicherungsrechtlichen Fragen werden hier die Grundzüge des zivilrechtlichen Arzthaftungsrechts, der ärztlichen Dokumentationspflicht und des Arztvertragsrechts dargestellt. Es finden sich aber auch Abschnitte zu zivilrechtlichen Gesichtspunkten der Organtransplantation oder zur (haftungsrechtlich eingebetteten) Problematik des Schwangerschaftsabbruchs, der zumindest früher durchaus auch augenärztliche Probleme aufwarf, etwa weil durch Schwangerschaft und Entbindung Gefahren für das Sehvermögen der Schwangeren entstanden oder weil zu erwartende schwerwiegende Augenerkrankungen des Kindes eine Interruptio aus genetischer Indikation rechtfertigen konnten.

Dem zivilrechtlichen Teil des Werkes folgt eine kürzere Darstellung von „Rechtsfragen aus dem Gebiet des Strafrechts“. Behandelt werden hier unter anderem die strafrechtlich sanktionierte Schweigepflicht, Grundsätze der ärztlichen Patientenaufklärung sowie strafrechtliche Gesichtspunkte der Transplantation. Der vierte Abschnitt befaßt sich mit den „Rechtsfragen aus dem Gebiet des Sozialrechts“, wobei für den Vertragsarzt insbesondere das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) bedeutsam ist. Daneben werden auch die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) und die seit dem 1. 1. 1997 im SGB VII geregelte gesetzliche Unfallversicherung näher erläutert. Auch die zahlreichen Gesetze des „Sozialen Entschädigungsrechts“, das Schwerbehindertengesetz und das Bundessozialhilfegesetz werden überblicksartig angesprochen. In Teil fünf und sechs der Sammlung folgen „Arbeitsmedizinische Fragen“ sowie eine Zusammenstellung von „Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien über die Mindestanforderungen für Tauglichkeit oder Eignung“, bei denen es insbesondere um Eignungskriterien zur Teilnahme am Straßenverkehr und um Eignungskriterien für bestimmte Berufe geht. Es folgen zwei weitere Abschnitte über das ärztliche Berufsrecht (hier beschränkt sich die Darstellung im wesentlichen auf den Abdruck der entsprechenden Vorschriften) sowie Rechtsfragen aus dem Gebiet der Gebührenordnungen für Ärzte und aus dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG). Den Abschluß bilden schließlich drei nützliche und ausführliche Register: Ein Sachregister, das die wesentlichen Stichworte enthält, ein Entscheidungsregister, in das alle zitierten Gerichtsentscheidungen aufgenommen wurden, und ein Namensregister der mitwirkenden und zitierten Autoren. Seit dem Erscheinen der 8. Ergänzungslieferung vom Mai 1997 befindet sich das Werk auf dem Stand Herbst 1996. Zwar konnten zu einigen wenigen Bereichen neuere Vorschriften noch nicht eingearbeitet werden (z. B. ist die Neufassung der GOÄ vom 18. 12. 1995 noch nicht berücksichtigt); da aber auf sämtlichen Seiten der Stand der entsprechenden Bearbeitung angegeben ist, kann man sich mit einem Blick Gewißheit über die Aktualität der jeweiligen Ausführungen verschaffen.

Insgesamt handelt es sich um ein verständlich geschriebenes Handbuch, das sowohl Ärzten als auch Juristen nicht nur bei der Beantwortung der im augenärztlichen Bereich auftretenden Rechtsfragen, sondern weit darüber hinaus eine hervorragende Hilfestellung leistet.

Professor Dr. iur. Jochen Taupitz, Mannheim