

Übersichtsreferat / Review Article

Die neuere Entwicklung des Arztrechts * **

G. Schewe

Institut für Rechtsmedizin der Justus Liebig-Universität Giessen, Frankfurter Str. 58,
D-6300 Giessen, Bundesrepublik Deutschland

Recent Developments of Medical Law

Summary. The most spectacular aspect is the extremely rapid expansion of medical law. Even if there is a close connection between developments in medicine and in law, the question must be asked as to what extent new discoveries and advances in medicine play a dominant role here, and to what extent the emphasis is on the further development of law.

How advances in medicine can give rise to new legal problems was most impressively demonstrated some time ago by the discussion about cerebral death. In view of the progress made in the field of re-animation and intensive care, the current question is whether or not the physician's duties and rights to maintain life should be limited in hopeless cases when patients are incapable of making decisions themselves. This is demonstrated in particular by the discussion about the binding character of "patient testaments" in which healthy subjects declare that they do not want treatment under such circumstances. The decisive factor will continue to be the presumptive will of the patient at the respective time, and this will have to be ascertained considering all circumstances prevailing at that time. New questions with regard to the ethical and legal limitation of the technically feasible also arise from the possibility of culturing embryos from legal abortions or extracorporally fertilized ova to obtain transplants, and from the possibility of implanting extracorporally fertilized ova into the uterus, perhaps that of a "hired childbearing wet-nurse." In addition to ethical and legal problems, questions of parentage would arise here similar to those already of current interest in connection with artificial heterologous insemination. For physicians practicing these methods, questions concerning liability and the limitation of professional secrecy vis-à-vis the semen donor might become the issue of law suits in the

* Herrn Prof. Dr. O. Grüner zum 65. Geburtstag gewidmet

** Einführungsreferat, gehalten auf der 62. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Lübeck, 6.-10. September 1983

near future. Current problems of “unsuccessful sterilization” and non-performance of an abortion through the physician’s fault although abortion was indicated for eugenic reasons are, on the other hand, primarily due to the fact that the law—possibility even for acceptable reasons—establishes legal obligations for the physician which, in the last analysis, aim at preventing human life from coming into being. Other legal questions that have primarily arisen from advances in the field of medicine concern the conflicts between public interest, protection of data and professional secrecy engendered by the possibilities of electronic data processing; other questions have to do with the legal aspects of “controlled therapy studies” in which a random decision would have to be made in order to determine the better therapy with statistical methods, but where according to the principles of law the patient would already have to be informed about statistically non-significant trends. Finally, in view of an increasingly differentiated division of labor, the question of responsibility in team work could be included in the list of legal problems arising primarily from the advances of medical science.

For all that, the growth of legal subject matter is predominantly due to the development of law by court decisions and by the literature, with emphasis clearly being on the further development of the civil law concerning liability, and much less in the field of criminal law. This in turn is also due to the general advances in medical science inasmuch as the broadened spectrum of diagnostic and therapeutic possibilities does not only give rise to an increasing number of unavoidable intervention-related risks, but also to an increasing number of avoidable mistakes, in particular those that are difficult to avoid. Accordingly, it is becoming increasingly difficult to distinguish between unavoidable intervention-related risks and avoidable therapeutic mistakes.

In order to separate the delicate question of fault (malpractice) from the financial liability of the physician it has therefore been proposed to regulate indemnification claims for therapeutic failures by strict liability (*Gefährdungshaftung*) or by a patient-risk insurance. In the meantime, these considerations have been given up because they were found unsuitable.

What remained was the realization that the physician’s liability under civil law would often have to be linked to minimal errors and to culpability of a less severe nature, in other words, to facts which are difficult to prove and for which the ethical and moral charge of negligent homicide or bodily injury according to criminal law would also be inappropriate. The courts have found a problematic way out of this dilemma by founding the physician’s liability under civil law predominantly on the less severe charge that the physician has failed to comply with his duty to inform the patient of the nature and gravity of his illness and/or the intended therapeutic measures, since the burden of proving patient information lies with the physician. As a result, the demands on the extent of patient information were set increasingly higher, forcing the medical profession to expand this information more and more, and to secure evidence of having given information by handing out information brochures and have patients sign a form that information had been received. Thus a specific German variety of “defensive medicine” came into being, a “culture of small print” (Weyers 1978) that is threatening to destroy the confidential relation between physician and patient. The courts have realized this and are now obviously trying to let themselves be guided again to a greater extent by

the real cause for liability: the therapeutic error. They are putting special demands on the medical expert and on the judicial consideration of his expertise. The physician has the obligation of documenting important findings and therapeutic measures. If there are any documentation gaps or flaws in the recording of findings, the burden of proof now rests with him. The patient is entitled to inspect the objective data contained in his medical records, but he does not have the right to inspect any of the physician's personal notes or psychiatric records.

This may lead to considerable difficulties in practice, but in principle it seems a better way than the roundabout one via failure to comply with the duty of informing the patient, provided that the law gradually succeeds in re-establishing reasonable levels for the physician's duty to inform without simultaneously exaggerating the demands for documentation and the recording of findings, and without generally putting the burden of proof on the physician in cases of therapeutic failure. For this, however, the critical objectivity of medical experts will be needed. It will also be increasingly important that professional rules and professional standards are set up and further developed by medical organizations and medical specialist societies in order to provide appraisal guidelines for the profession and for the courts.

Key words: Medical law – Physician's liability – Untouched grounds in medicine

Zusammenfassung. Am auffälligsten ist das geradezu lawinenartige Anwachsen der Rechtsmaterie „Arztrecht“. Zwar besteht generell zwischen medizinischer und rechtlicher Entwicklung ein enger Zusammenhang; es läßt sich aber fragen, inwieweit dabei Neuentdeckungen und Fortentwicklungen der Medizin im Vordergrund stehen und inwieweit der Schwerpunkt im Bereich der Rechtsfortbildung liegt.

Wie medizinische Fortschritte zu neuen Rechtsproblemen führen können, hatte besonders eindrucksvoll die schon länger zurückliegende Diskussion um den Hirntod gezeigt. Aktuell ist jetzt angesichts der Fortschritte der Wiederbelebung und der Intensivmedizin die Frage der Begrenzung von ärztlichen Pflichten und Rechten zur Lebenserhaltung bei entscheidungsunfähigen Patienten in aussichtslosen Fällen. Das zeigt besonders die Diskussion um die Verbindlichkeit von „Patiententestamenten“, in denen Gesunde für den Eintritt eines derartigen Falles auf Behandlung verzichten. Entscheidend wird der nach den Gesamtumständen zu ermittelnde, jeweils gegenwärtige mutmaßliche Patientenwille bleiben. – Neue Fragen der ethischen und rechtlichen Begrenzung des technisch Machbaren geben auch die Möglichkeiten der Weiterzucht von Embryonen aus legalen Schwangerschaftsabbrüchen oder extrakorporal befruchteten Eizellen zur Gewinnung von Transplantaten auf, ebenso die Möglichkeiten der Implantation extrakorporal befruchteten Eizellen in die Gebärmutter, u. U. einer „gemieteten Gebär-Amme“. Neben ethischen und arztrechtlichen Problemen würden hier ähnliche Abstammungsfragen auftreten, wie sie jetzt bei der künstlichen heterologen Insemination aktuell geworden sind. Hier könnten in nächster Zukunft auch für Ärzte, die solche Maßnahmen durchführen, Fragen der Haftung und der Begrenzung der Schweigepflicht gegenüber dem Samen-spender zum Gegenstand von Prozessen werden. – Aktuelle Probleme der

„fehlgeschlagenen Sterilisation“ und der aus ärztlichem Verschulden unterbliebenen, aus eugenischen Gründen indizierten Schwangerschaftsunterbrechung sind jedoch primär dadurch bedingt, daß die Rechtsordnung – wenn auch vielleicht mit akzeptablen Gründen – ärztliche Rechtspflichten statuiert, die letztlich auf eine Verhinderung der Entstehung menschlichen Lebens hinauslaufen. – Als weitere, primär durch Fortschritte auf medizinischem Gebiet ausgelöste Rechtsfragen wird man noch die durch die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung gegebenen Konflikte zwischen Allgemeininteressen, Datenschutz und Schweigepflicht ansehen können, ferner Fragen des Strahlenschutz- und Arzneimittelrechts sowie die Rechtsfragen bei „kontrollierten Therapiestudien“, bei denen ein Zufallsentscheid über die Behandlungsart zur Ermittlung der besseren Therapie mit statistischen Methoden getroffen werden müßte, nach den Grundsätzen der Rechtsprechung aber bereits eine Patientenaufklärung über statistisch nicht signifikante Trends zu erfolgen hätte. Schließlich mag man angesichts der zunehmend differenzierten Arbeitsteilung noch die Rechtsprobleme der Verantwortlichkeit beim Teamwork zu den primär durch Fortschritte der Medizin bedingten Rechtsproblemen rechnen, wenn man diesen Problembereich weit faßt.

Trotzdem ist das Anwachsen der Rechtsmaterie ganz überwiegend auf die Rechtsfortbildung durch Rechtsprechung und Schrifttum zurückzuführen. Dabei liegt der Schwerpunkt deutlich auf der Fortbildung des zivilen Haftungsrechts, weit weniger im Bereich des Strafrechts. – Dies hängt insofern wieder mit den allgemeinen Fortschritten der Medizin zusammen, als mit der Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nicht nur die Zahl der unvermeidbaren Eingriffsrisiken, sondern auch die Zahl der vermeidbaren Fehler, insbesondere aber die der schwer vermeidbaren Fehler zunimmt, so daß immer schwerer zwischen unvermeidbaren Eingriffsrisiken und vermeidbaren Behandlungsfehlern unterschieden werden kann.

Um die heikle Verschuldensfrage von der finanziellen Arzthaftung abzukoppeln, war deshalb vorgeschlagen worden, über eine ärztliche Gefährdungshaftung oder eine Patienten-Risikoversicherung die Entschädigung für Behandlungsmißerfolge unabhängig vom Verschulden zu regeln. Diese Bemühungen wurden aber als letztlich doch nicht sachgerecht empfunden und sind inzwischen aufgegeben worden.

Es blieb die Einsicht, daß die zivile Arzthaftung oft an minimale Fehlleistungen und ein Verschulden minder schwerer Art anknüpfen muß – an schwer beweisbare Sachverhalte also, für die auch der strafrechtliche ethisch-moralische Vorwurf der fahrlässigen Tötung oder Körperverletzung nicht angemessen wäre. Die Rechtsprechung fand den problematischen Ausweg, die zivilrechtliche Arzthaftung vorzugsweise über den minder schweren Vorwurf der Aufklärungspflichtverletzung zu begründen, da für die Aufklärung der Arzt beweispflichtig ist. Daraufhin wurden jedoch die Anforderungen an die Aufklärung zunehmend höhergeschraubt, und dies zwang die Ärzteschaft, die Aufklärung immer weiter auszudehnen und durch Aufklärungsbroschüren sowie durch vom Patienten zu unterzeichnende Aufklärungssformulare beweismäßig abzusichern. Es entstand eine spezifisch deutsche Spielart der „Defensivmedizin“, eine „Kultur des Kleingedruckten“ (Weyers 1978), die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu zerstören

droht. – Die Rechtsprechung hat dies erkannt und versucht offenbar, sich wieder näher am Behandlungsfehler als dem eigentlichen Haftungsgrund zu orientieren: Sie stellt besondere Anforderungen an den ärztlichen Sachverständigen und die richterliche Auseinandersetzung mit seinem Gutachten. Dem Arzt werden Pflichten zur Dokumentation wichtiger Befunde und Behandlungsmaßnahmen auferlegt; bei Dokumentationslücken und Befunderhebungsmängeln trifft ihn jetzt die Beweislast. Dem Patienten werden Einsichtsrechte in die objektiven Daten der Krankenunterlagen zugebilligt, nicht jedoch in persönliche Aufzeichnungen des Arztes und in psychiatrische Unterlagen.

Dies mag noch zu erheblichen praktischen Schwierigkeiten führen; im Prinzip scheint dieser Weg jedoch besser als der Umweg über die Aufklärungspflichtverletzung – vorausgesetzt, daß es der Rechtsprechung gelingt, damit die Aufklärungspflicht allmählich wieder auf ein erträgliches Maß zurückzuschrauben, ohne gleichzeitig die Anforderungen an die Dokumentations- und Befunderhebungspflicht zu überspannen und den Ärzten generell die Beweislast bei Behandlungsmißerfolgen aufzubürden. Dazu bedarf es allerdings der kritischen Objektivität ärztlicher Sachverständiger. Zunehmend wichtiger wird auch die Aus- und Fortbildung von Berufsregeln und beruflichen Standards durch ärztliche Organisationen und Fachgesellschaften, die der Ärzteschaft Orientierungshilfen und dem Recht zugleich Beurteilungsmaßstäbe bieten können.

Schlüsselwörter: Arztrecht – Arzthaftung – Neulandmedizin

Überblickt man Rechtsprechung und Schrifttum der letzten Jahre zum Arztrecht, so fällt ein geradezu lawinenartiges Anwachsen dieser Rechtsmaterie auf. Schon wenn man nur einen kurzen Zeitraum ins Auge faßt, trifft man auf unübersehbar viel „Neues“. Bei dieser „Entwicklung“ des Arztrechts, die gern mit den Fortschritten der Medizin erklärt wird, fällt es schwer, herauszufinden, welche neueren Entwicklungen denn *im* Arztrecht zu verzeichnen sind¹.

Schaffen wir uns eine Orientierungshilfe: Neue Entwicklungen im Arztrecht können vorwiegend von der *Medizin* ausgehen; dies wäre nicht nur bei der ausgesprochenen „Neulandmedizin“ der Fall; auch bereits abgeschlossene medizinische Entwicklungen können nach längerer Zeit zu Rechtskonflikten führen und arztrechtliche Aktualität gewinnen. Andererseits lassen sich viele Bereiche der „Neulandmedizin“ nach bereits seit Jahren bewährten juristischen Standards beurteilen, die international gelten². – Neue Entwicklungen des Arztrechts

1 Ausführlich über die Entwicklung des Arztrechts 1982/83: Laufs, NJW 1983, 1345–1351. Ähnliche Berichte waren auch in den vergangenen Jahren schon von Laufs erschienen (NJW 1982, 1319–1324; NJW 1981, 1289–1294). Auf die Berichte mit umfangreichen Literaturhinweisen sei hier verwiesen. Anliegen dieses Einführungsreferates kann es nur sein, einige Grundzüge der Entwicklung aufzuzeigen und ggf. kritisch zu beleuchten

2 Laufs (NJW 1981, 1293) nennt für das Experiment mit dem Probanden wie für den Heilversuch am Kranken drei Haupterfordernisse: Indiziertheit, Einverständnis des Betroffenen nach Aufklärung und fachgerechte Vornahme. Diese Erfordernisse gelten mutatis mutandis grundsätzlich im gesamten Arztrecht. Die Indiziertheit beim Neulandschritt bedeute, daß nach dem wissenschaftlichen Plan seine Vorteile und Gefahren wohl gegeneinander abgewogen sein und in einem verantwortbaren Verhältnis zueinander stehen müssen. Weitere Ausführungen über die „gehärteten und bewährten Standards“ b. Laufs, NJW 1983, 1351

können aber auch primär vom *Recht* ausgehen und wären dann vorwiegend der „Rechtsfortbildung“ zuzuschreiben. Zwar besteht generell zwischen medizinischer und rechtlicher Entwicklung ein enger Zusammenhang; es scheint aber angebracht, einmal zu fragen, wo jeweils der Schwerpunkt liegt.

I.

Zunächst zur „*Neulandmedizin*“: Das Recht kann von ihren Entdeckungen geradezu überfallen werden, wie die schon lange zurückliegende Diskussion um den Hirntod gezeigt hat³. Deutlich wurde hier, daß eine vermeintlich vom Biologischen her vorgegebene scharfe Grenze – die Grenze zwischen Leben und Tod – durch medizinische Fortschritte ihre festen Konturen verlor und nur noch durch eine juristisch wertende Entscheidung neu festgelegt werden konnte: Erst nach jahrelangen Diskussionen wurde man sich darüber einig, den Hirntod als Tod des Menschen neu zu bestimmen.

Danach konnte mit Eintritt des Hirntodes die Reanimation abgebrochen werden. Aktuell wurde jetzt die Frage der Zulässigkeit von Transplantatentnahmen. Die Verabschiedung eines der dazu vorgelegten Gesetzesentwürfe wurde jedoch zurückgestellt, weil man den gegenwärtigen unklaren Rechtszustand immer noch für akzeptabler hält als jeden der Entwürfe⁴.

Heute geben die Fortschritte der Wiederbelebung zunehmend Veranlassung, die Probleme der Behandlung Todkranker und Sterbender neu zu überdenken. Richtlinien der Bundesärztekammer⁵ und eine Resolution der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie⁶ von 1979 räumen dem Arzt einen deutlichen Ermessensspielraum ein und betonen, daß er unter gewissen Umständen nicht mehr *verpflichtet* sei, alle Möglichkeiten der Lebensverlängerung einzusetzen.

3 Erste Beschreibungen finden sich um 1960 (Mollaret et al. 1959; Mollaret 1962). Mollaret (1962) hatte damals noch das Gefühl, mit dem Abbruch der Reanimation eine Art Todesurteil zu vollstrecken. Erst Ende der 60er Jahre festigte sich die allgemeine Überzeugung, der Hirntod sei juristisch und medizinisch als Tod des Menschen aufzufassen. Vgl. dazu z. B.: „Der Hirntod“, hrsgb. v. Penin u. Käufer, 1968; Liebhardt u. Wuermeling (1968). Die Schwierigkeiten, die neue Situation zu bewältigen, zeigt noch der Sachverhalt, dem eine 1971 veröffentlichte Entscheidung des Landgerichts Bonn (LG Bonn, JZ 1971, 56) zugrunde lag: Einem Patienten war nach eingetretenem Hirntod die Leber zu Transplantationszwecken entnommen worden; man hatte aber den Todeszeitpunkt auf den Zeitpunkt der Transplantatentnahme datiert, so daß der Eindruck entstanden war, der Tod sei erst durch die Transplantatentnahme verursacht worden. – Nachdem man sich – auf der „definitorischen Ebene“ – darüber einig geworden war, unter „Hirntod“ den irreversiblen Funktionsausfall sämtlicher Hirnfunktionen („Tod des Gesamthirns“) anzusehen, wurde jedoch – auf der „diagnostischen Ebene“ – weiter über die sichere Feststellung des „Hirntodes“ diskutiert. Erst mit einer Stellungnahme des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur Frage der Kriterien des Hirntodes (Deutsche Ges. f. Chirurgie – Mitteilungen – 5/6/1982, S. 161–165) läßt sich ein – möglicherweise nur vorläufiger – Abschluß dieser Entwicklung konstatieren

4 Vgl. Deutsch 1980; Pichlmayr 1980; Laufs, NJW 1983, 1351

5 Bundesärztekammer: Richtlinien für die Sterbehilfe, Deutsches Ärzteblatt 1979, 957–960

6 Deutsche Gesellschaft für Chirurgie. Ausschuß: Behandlung Todkranker und Sterbender: Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender – ärztliche und rechtliche Hinweise (Beilage zu Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, H. 3, 1979)

Darüber hinaus wird aber zunehmend das Behandlungsrecht des Arztes bei einwilligungsunfähigen Patienten in aussichtslosen Fällen in Frage gestellt. Geilen⁷ hat schon 1975 bezweifelt, daß man hier noch eine „mutmaßliche Einwilligung“ in die Behandlung annehmen dürfe. Offenbar nimmt die Zahl derer zu, die diese Auffassung teilen; denn immer häufiger werden Ärzte mit sog. „Patiententestamenten“ befaßt, in denen auf künstliche Lebensverlängerung verzichtet wird. Die Verbindlichkeit solcher unter Umständen längere Zeit zurückliegenden Erklärungen für den Arzt ist noch umstritten und wurde erst kürzlich zwischen Spann⁸ und Uhlenbruck⁹ kontrovers diskutiert. Mit der Bundesärztekammer kann man im „Patiententestament“ wohl ein Indiz für die Ermittlung des Patientenwillens sehen; entscheidend wird es aber nach wie vor auf den gegenwärtigen mutmaßlichen Willen ankommen, der unter Abwägung der Gesamtumstände ermittelt werden muß. Aber offenbar nimmt die Tendenz zu, Rechte und Pflichten beim ärztlichen Tun und Lassen weniger nach den Grenzen des technisch Möglichen als nach den Grenzen des menschlich Vertretbaren zu bestimmen.

Die Frage nach den Grenzen des technisch Machbaren wird heute vor allem im Zusammenhang mit den neuen Möglichkeiten der extrakorporalen Befruchtung und Aufzucht menschlichen Lebens aufgeworfen. Zwar wird die Reimplantation einer extrakorporal befruchteten Eizelle bei Ehepartnern offenbar als Sterilitätsbehandlung ethisch und juristisch akzeptiert, wenn auch vielleicht nicht von den Krankenkassen; problematisch wäre aber die Einpflanzung in den Uterus einer „Gebär-Amme“ oder gar einer „Miet-Mutter“¹⁰. Abgesehen von abstammungsrechtlichen Problemen, die sich ähnlich schon lange bei der heterologen Insemination zumindest theoretisch gestellt haben¹¹, ergibt sich arztrechtlich die Frage, ob die Implantation in eine „Gebär-Amme“ nicht juristisch trotz Einwilligung der Beteiligten wegen Sittenwidrigkeit als Körperverletzung zu qualifizieren wäre.

Vor heikle Rechtsfragen stellt uns auch die Möglichkeit, extrakorporal befruchtete Eizellen oder aus legalen Schwangerschaftsunterbrechungen gewonnene Embryonen für spätere Implantationen auf Vorrat zu halten oder zur Transplantatgewinnung weiterzuzüchten. Man wird Wuermeling¹² zugeben, daß dies als unvereinbar mit der Menschenwürde grundgesetzwidrig, standeswidrig und ethisch nicht vertretbar wäre. Fraglich erscheint aber, ob solche Manipulationen gegen geltende Strafrechtsnormen verstoßen. — Ostendorf¹³ meint, nach gerechtfertigter Abtreibung seien aktive Tötungshandlungen am Föten zur Gewinnung von Transplantaten untersagt, „gleich in welchem Wachstumsstadium er sich befindet“, da eine Grenzziehung nach der biologischen Anlage zu unbestimmt wäre und ein Abstellen auf die Lebensfähigkeit das Grundrecht auf Leben gefährlich relativieren würde.

7 Geilen, G., Euthanasie und Selbstbestimmung, S. 20 ff

8 Spann, W., MedR 1983, 13

9 Uhlenbruck, W., MedR 1983, 16

10 Zur Problematik vgl. den Bericht: „Die Angst vor dem Mißbrauch...“. Deutsches Ärzteblatt 1978, 2795. — Über die Kostentragungspflicht der Krankenkassen schwebt zur Zeit ein Rechtsstreit

11 Näheres dazu s. u. im Text; vgl. auch die Literaturnachweise dort (Anm. 16 ff)

12 Vgl. Wuermeling, Beitr. Gerichtl. Med. 40, 23–27 (1982)

13 Ostendorf, Beitr. Gerichtl. Med. 40, 29–33 (1982)

Doch dann müßten die Normen über Tötungsdelikte auch gelten für Manipulationen mit extrakorporal befruchteten Eizellen oder Gebilden, die möglicherweise durch Klonierung aus menschlichem Zellmaterial gezüchtet werden könnten. – Es geht hier gewiß um ernste Fragen, aber die Anwendung der Bestimmungen über Mord und Totschlag auf Vorgänge in der Petrischale und gar noch eine Differenzierung nach niedrigem Gewinnstreben und edlem Forscherdrang scheint doch schwer vorstellbar¹⁴.

Hier zeigt sich wiederum, wie Liebhardt und Wuermeling schon 1968 im Hinblick auf die Todesdefinition ausgeführt haben, daß vermeintlich dem Recht vorgegebene scharfe biologische Grenzen mit den Fortschritten der Medizin unscharf werden und aufgrund juristisch wertender Entscheidung neu bestimmt werden müssen¹⁵.

Vorerst sind diese durch die Möglichkeiten der Neulandmedizin provozier- ten Rechtsfragen jedoch noch theoretischer Natur¹⁶. Jederzeit aktuell werden können aber arztrechtliche Probleme aus der schon seit Jahrzehnten praktizierten heterologen Insemination¹⁷. Noch geht es dabei zwar um Fragen der Ehelichkeitsanfechtung und der Abstammung¹⁸; die Möglichkeit wird jedoch zunehmend realistischer, daß demnächst von Ärzten die Bekanntgabe des Samenspenders gefordert wird und daß ihnen aus dem Schweigen ebenso wie aus der Bekanntgabe erhebliche Rechtsnachteile entstehen könnten¹⁹. Hier würden Rechtsprobleme der medizinischen Entwicklung in großem zeitlichen Abstand nachfolgen. Der Anlaß dazu läge freilich im Bereich der Medizin.

14 Die genannten „Beweggründe“ würden u. U., wenn man der Auffassung von Ostendorf folgt, darüber entscheiden, ob Mord (§ 211 StGB) oder Totschlag (§ 212 StGB) vorliegt. Berücksichtigt man weiter, daß Transplantatentnahmen beim erwachsenen Menschen nach eingetretenem Hirntod ohne Zweifel nicht mehr als Tötungsdelikte zu qualifizieren sind, so würde sich bei den aus legalen Schwangerschaftsunterbrechungen gewonnenen Embryonen oder Weiterzüchtungen von extrakorporal befruchteten Eizellen die Frage stellen, was denn die entsprechende Anwendung der Regeln über den „Gehirntod“ hier bedeuten sollte

15 Vgl. Liebhardt u. Wuermeling 1968

16 Rein technisch wäre allerdings die Implantation einer befruchteten Eizelle in eine „Gebär-Amme“ bereits möglich. Sie wird in der Tiermedizin bereits seit Jahren praktiziert

17 Auf die juristische Problematik hatte bereits 1971 Hanack hingewiesen (Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. III, S. 185 ff)

18 Vgl. BGH NJW 1983, 2073: Der BGH hat der Ehelichkeitsanfechtungsklage eines Ehemannes trotz seiner Zustimmung zur heterologen Insemination und vertraglichem Verzicht auf das Anfechtungsrecht stattgegeben. Vgl. dort auch weitere Literaturnachweise

19 In der genannten BGH-Entscheidung (Anm. 18) wird darauf hingewiesen, daß die heterologe künstliche Samenübertragung eine Fülle schwerwiegender rechtlicher, ethischer, religiöser, medizinischer und gesellschaftlicher Fragen aufwerfe. Gefragt wird auch, ob die heterologe Insemination rechtlich erlaubt sei, ob es auf Dauer rechtlich zulässig und praktisch möglich sei, die Art der Zeugung und die wahre Abstammung auch vor dem Kind zu verheimlichen usw. Bereits Hanack hatte 1971 darauf hingewiesen, daß für den Arzt hier ein Widerstreit zwischen ärztlicher Schweigepflicht und den Bestimmungen des Personenstandsrechts bestehe. Das Kind habe ein eigenes Ehelichkeitsanfechtungsrecht; es könne u. U. den Arzt, der seine Abstammung verheimliche, wegen sittenwidriger Schädigung (§ 826 StGB) belangen. Zur Problematik vgl. jetzt auch Coester-Waltjen (NJW 1983, 2059)

Ähnlich wird man vielleicht auch die aktuellen Rechtsprobleme des Schadenersatzes für fehlgeschlagene Sterilisationen²⁰ oder für die unterbliebene Schwangerschaftsunterbrechung bei Röteln-Erkrankung in der Frühschwangerschaft²¹ sehen. Hier handelt es sich aber um juristische Probleme, die nicht primär durch Fortschritte der Medizin ausgelöst worden sind, sondern dadurch, daß die *Rechtsordnung* dem Arzt – wenn auch vielleicht mit akzeptablen Gründen – Rechtspflichten auferlegt, die letztlich darauf hinauslaufen, die Entstehung menschlichen Lebens zu verhindern.

Ein ganz anderes Kapitel des Arztrechts, das man wohl noch einer „Neulandmedizin“ in weitem Sinne zuschreiben kann, entstand im Gefolge der elektronischen Datenverarbeitung. Probleme des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht stehen im Widerstreit mit legitimen Anliegen der Versorgungs- und Versicherungsmedizin sowie der epidemiologischen Forschung. Zu warnen wäre hier vor einer zu großzügigen Güterabwägung zu Gunsten von Forschungs- und Allgemeininteressen und zu Lasten der Schweigepflicht²². Problematisch erscheint insbesondere, daß die Verletzung der Schweigepflicht nur auf Antrag verfolgt wird – wer soll den Antrag stellen, wenn der Patient nichts von der Verletzung der Schweigepflicht weiß?

II.

Soviel zu den unmittelbar durch medizinische Fortschritte bedingten neueren Rechtsentwicklungen. Man mag noch einiges hinzurechnen – etwa das Arzneimittelrecht, das Strahlenschutzrecht, die Rechtsprobleme bei Therapiestudien

20 Der BGH hatte in zwei grundlegenden Entscheidungen von 1980 (BGHZ 76, 249; 76, 259) und seitdem in ständiger Rechtsprechung (NJW 1981, 63; 1981, 2002) die Auffassung vertreten, der den Eltern nach Familienrecht obliegende Unterhalt für ein ungewolltes Kind könne als Schaden gegen denjenigen geltend gemacht werden, der den Eltern gegenüber pflichtwidrig und vorwerfbar eine Empfängnisverhütung vereitelt hat. Das OLG Frankfurt (NJW 1983, 341) hat jetzt demgegenüber den Standpunkt vertreten, die Unterhaltsbelastung für ein ungewolltes Kind sei kein zu ersetzender Schaden. Die seit jeher geltende und auf der biologischen Ordnung beruhende Grundregelung bleibe sachgerecht, daß Eltern ihre gewollten und ungewollten Kinder zu versorgen haben, ohne – von besonderen Ausnahmefällen abgesehen – diese Last auf Dritte abwälzen zu können

21 Vgl. BGH NJW 1983, 1371: Der Arzt hatte bei einer Röteln-Erkrankung der Mutter während der Frühschwangerschaft die Gefahr einer pränatalen Schädigung des Kindes schuldhaft verkannt. Der BGH wies die Schadensersatzklage des schwer geschädigten Kindes aus dem Gesichtspunkt des „wrongful life“ ab, weil er sich nicht entschließen konnte, die Existenz des kranken Kindes als „Schaden“ gegenüber der möglichen Nichtexistenz anzusehen

22 Vgl. Ringwald, NJW 1982, 2593 (Stellungnahme zu Blohmke-Kniep, NJW 1982, 1324). Zur Problematik vgl. jetzt auch Kilian, W.: Rechtsfragen der medizinischen Forschung mit Patientendaten, 1983, sowie die kritische Besprechung von Walz, NJW 1983, 2066: Widerspruch wecke die These, die Forschungsklauseln in den Landesdatenschutzgesetzen erlaubten die Übermittlung von Patientendaten auch ohne Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

und beim Teamwork²³. Trotzdem überwiegen deutlich solche Rechtsentwicklungen, die zumindest dem Anschein nach primär von der *Rechtsfortbildung* ausgehen. Ganz im Vordergrund stehen dabei die Probleme der zivilrechtlichen Arzthaftung. Als generelle Tendenz ist eine Verschärfung der Haftungsmaßstäbe und des Beweisrechts zu konstatieren. Vor einigen Jahren noch war es üblich, daß Juristen dafür eine „defensive Sachverständigentaktik“ und einen „Krähen-Comment“ der ärztlichen Gutachter verantwortlich machten, während Ärzte auf ein gesteigertes Anspruchsdenken hinwiesen. Die Verschärfung der Diskussion führte zu einer Art „Kriegsterminologie“, wie sie etwa in der Forderung nach „Waffengleichheit“ zwischen Arzt und Patient zum Ausdruck kam²⁴.

Inzwischen ist man wohl gemäßigter geworden; die Ärzteschaft bemüht sich, offenbar recht erfolgreich, durch Gutachter- und Schlichtungsstellen Konflikte mit Patienten außergerichtlich, unentgeltlich und möglichst unbürokratisch in

23 Das *Arzneimittelrecht* war durch das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelrechts“, das am 1. 1. 1978 in Kraft trat, neu geregelt worden. In den §§ 40 ff wird der Schutz des Menschen bei der klinischen Prüfung besonders behandelt. Eingehend dazu: Staak u. Weiser: *Klinische Prüfung von Arzneimitteln*, 1978. Noch nicht befriedigend gelöst ist das *Aufklärungsproblem bei kontrollierten Therapiestudien*: Läßt sich nicht eindeutig entscheiden, welche von zwei Therapien die bessere ist, so müßte nach wissenschaftlichen Grundsätzen eine Zufallsentscheidung darüber getroffen werden, welcher Patient welche Therapie erhält, bis sich eine der zur Diskussion stehenden Therapien bei statistischen Prüfungen als die bessere erweist. Solche Signifikanzprüfung würde jedoch in Widerspruch stehen zu dem juristischen Erfordernis, den Patienten über Chancen und Risiken der jeweils vorgeschlagenen Therapie aufzuklären; denn danach wäre der Patient bereits über einen statistisch nicht signifikanten „Trend“ aufzuklären. Er würde sich dann zweifellos für die Therapie entscheiden, die den günstigeren Trend aufweist, was praktisch regelmäßig eine vorzeitige Beendigung der Studie bedeuten würde und es grundsätzlich unmöglich machen würde, zu wissenschaftlich begründeten Ergebnissen zu kommen. Die Problematik wurde ausführlich auf der 26. Jahrestagung der GMDS (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Dokumentation und Statistik) 1981 behandelt (vgl. dazu den Kongreßband: *Medizinische Informatik und Statistik*, Bd. 33; insbesondere zu den ethischen und rechtlichen Problemen s. die Beiträge von Deutsch (S. 106), Knipping (S. 115), Überla (S. 122), Samson (S. 129), Ihm u. Victor (S. 135) sowie Schewe (S. 143). Kritische Stellungnahme zu den Tagungsbeiträgen: Schreiber, *Verh. Dtsch. Krebsges.* 4, 13–19, 1983.

Für die *Haftung im Teamwork* gilt nach der Rechtsprechung der „Grundsatz der strikten Arbeitsteilung“ und der „Vertrauensgrundsatz“. Die Grundsätze sind insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit von Chirurgen und Anaesthesisten von der Rechtsprechung hervorgehoben worden (vgl. BGH NJW 1980, 650). Einzelheiten der Zusammenarbeit sind wiederholt in Vereinbarungen und Richtlinien geregelt worden. Zuletzt: Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anaesthesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung, *MedR* 1983, 21–22. Vgl. dazu die Ausführungen von Weißbauer, *MedR* 1983, 92–95.

Unsicherheit herrschte lange Zeit über die Abgrenzung der Verantwortungsbereiche von Arzt und Pflegepersonal, insbesondere bei Injektionen und Infusionen. Dazu vgl. Schewe, G., *Krankenpflege* (Fachzeitschrift des Deutschen Berufsverbandes für Krankenpflege) 1981, 290–295

24 BVerfG NJW 1979, 1925 ff (1927). Der Ausdruck „Kriegsterminologie“ stammt von Deutsch (VersR 1980, 201). Bodenburg (*Zeitschr. f. d. ges. Versicherungsw.* 1981, 155 ff) meint, die Begriffe würde man eher in dem „Wortschatz einer Feldherrensprache ansiedeln“

angemessener Zeit zu bereinigen²⁵; Ethikkommissionen überprüfen Forschungsvorhaben auf ethische und rechtliche Unbedenklichkeit²⁶; die Berufsordnungen der Länder haben im Anschluß an eine entsprechende Ergänzung der Musterberufsordnung Bestimmungen aufgenommen, die klarstellen, daß die Verpflichtung des Gutachters zur Objektivität Vorrang vor dem Kollegialitätsprinzip hat²⁷. – Auf der anderen Seite haben Gerichte darauf hingewiesen, daß die Anforderungen an die Aufklärungspflicht nicht übertrieben werden dürften und daß die Aufklärungspflichtverletzung nicht als prozeßtaktisches Mittel mißbraucht werden dürfe²⁸, und Weyers hat in seinem Rechtsgutachten zum 52. Deutschen Juristentag betont, daß für mangelnde Objektivität ärztlicher Sachverständiger kein Anhalt bestehe²⁹. – Gleichwohl ist die Zahl der höchstrichterlichen Entscheidungen und der der Rechtsfortbildung gewidmeten Publikationen keineswegs geringer geworden, und die Haftungsmaßstäbe spitzen sich weiter zu.

Bis zu einem gewissen Grad ist diese Entwicklung wohl unausweichlich und sicher nicht einseitig den Juristen anzulasten. Denn mit den Fortschritten der Medizin steigt auch die Zahl der möglichen Fehler, und zwar nicht nur die Zahl der unvermeidbaren, sondern auch die der vermeidbaren und darum vom Arzt zu verantwortenden Fehler. Vor allem aber steigt auch die Zahl der nur schwer vermeidbaren Fehler, und damit wird es immer schwieriger, vermeidbare und unvermeidbare Fehler zu unterscheiden. Neben eindeutig verschuldeten Fehlern, die es immer gibt, treten zunehmend Konstellationen auf, in denen die Zuteilung des Haftungsrisikos und der Verantwortlichkeit problematisch wird³⁰.

Man hatte deshalb Ende der 70er Jahre erwogen, sich der leidigen Verschuldensfrage in Arzthaftungsprozessen sozusagen in Bausch und Bogen durch Einführung einer „Gefährdungshaftung“ oder einer „Patientenversicherung“ zu entledigen, so daß der finanzielle Ausgleich von Behandlungsmißerfolgen ohne

25 Dazu liegen inzwischen zahlreiche Berichte vor; vgl. z. B. Bodenburg a.a.O.; Laufs, NJW 1982, 1323: „... das Gewicht der von den Ärztekammern eingerichteten Institutionen wächst“

26 Kritisch zur Tätigkeit von Ethikkommissionen hatte sich Samson geäußert; es überwiegen jedoch deutlich die positiven Stellungnahmen. Vgl. dazu im einzelnen die Nachweise bei Laufs, NJW 1983, 1346 (Anm. 14). Wert ist insbesondere darauf zu legen, daß ein mit Arztrechtsproblemen vertrauter Jurist Mitglied einer Ethikkommission ist. Solche Kommissionen sind bei den meisten Universitätskliniken und bei zahlreichen Landesärztekammern eingerichtet worden

27 Für Hessen: § 12 der Berufsordnung für die Ärzte in Hessen (Stand: 3. März 1979)

28 BGH NJW 1978, 1181; OLG Celle, VersR 1981, 1184

29 Vgl. Weyers, Gutachten A zum 52. Deutschen Juristentag, Wiesbaden 1978, S. 40: Gutachten, die einen Behandlungsfehler feststellen, seien keineswegs selten. S. 46: „Über die vielberufene Problematik der Scheu des medizinischen Gutachters vor belastenden Aussagen haben sich keine objektiven Feststellungen treffen lassen“

30 Der berühmte Satz des Reichsgerichts, daß auch der geschickteste Arzt nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeiten und daß ihm trotz aller Fähigkeiten und Sorgfalt (!) einmal ein Schnitt oder Stich mißlingen könne (RGZ 78, 432) wird unterschiedlich interpretiert: Teils wird für derartige Fälle eine strafrechtliche, teils wohl auch eine zivilrechtliche Haftungsbegründung verneint, da keine Fahrlässigkeit vorliege, teils wird aber gerade jene „minimale Fehlleistung“ als Fahrlässigkeit i. S. der zivilrechtlichen Haftungsbegründung aufgefaßt. Vgl. dazu im einzelnen: Schewe, G. u. Janssen, W., Beitr. Gerichtl. Med. 37, 91–104, insbes. 103, Anm. 53

Rücksicht auf ärztliches Verschulden erfolgen könnte³¹. Inzwischen sind diese Bemühungen – zumindest vorläufig – wieder aufgegeben worden³². Man sah ein, daß eine Gefährdungshaftung dem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht gerecht wäre und daß „Versicherungslösungen“ auch nur an ähnliche Tatbestände anknüpfen könnten wie das bisherige Haftungsrecht – vor allem aber: daß es möglicherweise unabsehbar problematische Konsequenzen hätte, wenn man die Frage der ärztlichen Verantwortung ganz aus dem Haftungsrecht eliminieren würde³³.

Geblieben ist aber wohl die Einsicht, daß diejenige „Verschuldenskategorie“, an die die Arzthaftung weiterhin anknüpfen muß, vielfach nicht mehr identisch ist mit jener ethisch-moralischen Vorwurfskategorie, die den Haftungstatbeständen der fahrlässigen Körperverletzung und fahrlässigen Tötung anhaftet. Zunehmend macht sich die Erkenntnis breit, daß ärztliche Tätigkeit oft „gefahrengeneigte Tätigkeit“ ist – eine Tätigkeit, mit der das *Arbeitsrecht* eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Haftungsfreistellung des Arbeitnehmers bei einfacher Fahrlässigkeit verbindet. Hier entsteht offenbar eine Fahrlässigkeitskategorie *sui generis*, die nur noch der Haftungsbegründung dient, aber den Vorwurfscharakter weitgehend verloren hat³⁴.

De facto trägt die Arztrechtsprechung dem seit langem Rechnung, aber auf problematischen Umwegen: Die Grundtatbestände der strafrechtlichen und der zivilrechtlichen Haftung sind zunächst die gleichen, nämlich fahrlässige Tötung und fahrlässige Körperverletzung. Der minimale materiellrechtliche Unterschied zwischen Straf- und Zivilrecht besteht darin, daß die zivilrechtliche Haftung an das Maß des objektiv Erforderlichen anknüpft, während die strafrechtliche Haftung auf das Maß des subjektiv Möglichen beschränkt ist. Trotz dieses minimalen materiellrechtlichen Unterschiedes überwiegen bei weitem die Zivilprozesse und die Verurteilungen zu zivilrechtlichem Schadenersatz, und die Verschärfung der Haftungsmaßstäbe hat ganz überwiegend im Zivilrecht stattgefunden, während es im Strafrecht im wesentlichen bei der Ahndung deutlicher Verfehlungen nach den seit Jahrzehnten geltenden Maßstäben geblieben ist³⁵. Strafgerichte machen von der Aufklärungspflichtverletzung und der Verletzung der Hilfeleistungspflicht als „Auffangtatbeständen“ bei mißlungenem Behandlungsfehlernachweis nur selten und dann meist in wirklich begründeten Fällen Gebrauch³⁶. Eine neuere BGH-Entscheidung, die davon abweichend die Hilfe-

31 Ausführliche Diskussion im Gutachten Weyers (a.a.O., S. 51 ff, 98 ff). Zur Problematik vgl. auch Schewe u. Janssen, a.a.O., S. 97 ff

32 Stürmer (NJW 1979, 1225) meint: „Radikale Lösungen, wie z. B. die Risikoversicherung des Patienten oder die Gefährdungshaftung des behandelnden Arztes, haben – zu Recht – keine Chance.“ Vgl. Weyers a.a.O., S. 111; weitere Nachweise b. Schewe u. Janssen a.a.O., S. 101

33 Vgl. im einzelnen: Schewe u. Janssen a.a.O., S. 97 ff (m. w. Nachw.)

34 Vgl. Schewe u. Janssen a.a.O., S. 102 ff. Zum Freistellungsanspruch für angestellte und beamtete Krankenhausärzte vgl. Heinze, MedR 1983, 6–13

35 Vgl. im einzelnen: Schewe u. Janssen a.a.O., S. 99 ff m. Literaturnachweisen

36 Vgl. Schewe, Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen 1978, 36 ff. Inzwischen ist der Unterschied zwischen Zivil- und Strafrecht noch deutlicher geworden

leistungspflicht überdehnt³⁷, dürfte als offensichtliche Fehlentscheidung³⁸ kaum eine grundlegende Verschärfung der strafrechtlichen Maßstäbe einleiten.

Die Trennung von strafrechtlicher Vorwurfskategorie und zivilrechtlicher Verantwortlichkeit als Haftungsbegründung, die Schwerpunktsverlagerung von der Bestrafung des Arztes auf die zivilrechtliche Entschädigung des Patienten erscheint zwar sachlich durchaus gerechtfertigt; problematisch ist aber, wie dies über das Beweisrecht und die Aufklärungspflichtverletzung erreicht wird: Zunächst bedeutet eine zivilrechtliche Verurteilung zum Schadensersatz wegen Verletzung der Aufklärungspflicht einen weit minderen ethisch-moralischen Vorwurf als eine Verurteilung wegen eines schuldhaften Behandlungsfehlers. Für die Aufklärung ist aber der Arzt beweispflichtig; deshalb kann die Rechtsprechung den Schwierigkeiten beim Behandlungsfehlernachweis entgehen, indem sie die Anforderungen an die Aufklärungspflicht immer höher schraubt³⁹. Die Verlagerung der Auseinandersetzungen vom Behandlungsfehler auf die Aufklärungspflichtverletzung hat also ihre „guten“ Gründe; aber sie liefert keine guten Urteilsbegründungen, sondern ihre schlimme Folge ist eine spezifisch deutsche Spielart der Defensivmedizin, die man nach Weyers als eine makabre „Kultur des Kleingedruckten“ bezeichnen kann⁴⁰. Eine regelrechte „Aufklärungsindustrie“ ist damit beschäftigt, immer mehr Krankheitszustände in Formularen und Broschüren zu erfassen; durch Gerichtsentscheidungen sehen sich Versicherungen, Krankenhausträger und Verwaltungen gezwungen, über Dienstanweisungen Druck auf die Ärzteschaft auszuüben. Ärztlicher Widerstand könnte finanziellen Selbstmord bedeuten⁴¹. Der eigentliche Sinn der Aufklärungspflicht, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren, geht darüber verloren; die Aufklärungspflicht denaturiert zu einem Instrument der Zuteilung des Behandlungsfehlerrisikos⁴², das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bleibt auf der Strecke⁴³.

Gerichte haben zwar gelegentlich betont, die Aufklärungspflichtverletzung dürfe nicht mißbräuchlich als prozeßtaktisches Mittel eingesetzt werden^{43a}, aber

37 BGH NJW 1983, 350 = MedR 1983, 29

38 Überzeugend die Kritik von Ulrich, MedR 1983, 137 ff

39 Vgl. im einzelnen: Schewe u. Janssen a.a.O.

40 A.a.O., S. 113

41 Vgl. Wachsmuth u. Schreiber, FAZ v. 3. 10. 1980: „Bisher ist für sage und schreibe einundsechzig verschiedene Krankheitszustände je ein Bogen beim Verlag verfügbar, weitere werden vorbereitet. In diesen Formularen, die in praktischen Formularboxen mit Aufbewahrungsständern für je 10 Boxen angeboten werden, sind, wenn auch teilweise nur verklausuliert und vorsichtig, alle möglichen, zum Teil nur theoretisch denkbaren Risiken und Komplikationen aufgeführt. . .“ Vgl. auch Wachsmuth u. Schreiber, NJW 1981, 1985 ff. Bekannt geworden ist insbesondere die durch eine Kommission von Medizinern und Juristen aus Göttingen und Hannover erarbeitete Dienstanweisung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ein Muster einer Dienstanweisung an die Krankenhausärzte vorgelegt, das im wesentlichen dem Göttinger Vorschlag folgt (Krankenhaus 1980, 8). Vgl. dazu die Äußerung von Weyers (a.a.O., S. 113, 1978): „Es ist zu befürchten, daß die Aufklärungspflicht des Arztes, ein ethisches Problem von hohem Rang, für die Zuteilung des technischen Behandlungsfehlerrisikos instrumentalisiert wird“

42 Weyers a.a.O.

43 Vgl. Wachsmuth u. Schreiber a.a.O., Bodenbug a.a.O.

43a S. Anm. 28

die Tendenz zur Ausweitung besteht weiter⁴⁴. Sie geht sogar dahin, die Aufklärungspflichtverletzung zum selbständigen Haftungsgrund zu machen, obwohl die Aufklärung eigentlich nur Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung des Patienten in den Heileingriff sein sollte. So hat der BGH eine selbständige, die Haftung begründende Aufklärungspflicht des einweisenden Arztes statuiert, weil er die Aufklärung des Patienten über die angeratene Operation übernommen, aber mangelhaft ausgeführt hatte^{44a}. Zwar hatte in dem betreffenden Fall der Chefarzt einer HNO-Klinik in seiner Privatpraxis das Aufklärungsgespräch geführt und nach unvollständiger Aufklärung den Patienten zur Operation durch nachgeordnete Ärzte in seine eigene Klinik eingewiesen; Kern und Laufs meinen deshalb, die Entscheidung betreffe einen Sonderfall und sei nur dem Wortlaut nach zu weit gefaßt^{44b}. Aber die Befürchtung bleibt doch, daß der BGH gemeint hat, was er sagte^{44c}. Sie wird bestärkt durch die große Zahl immer neuer Entscheidungen über Aufklärungspflichtverletzungen⁴⁵, besonders aber durch eine juristische Diskussion über die Formularaufklärung, die auf der Linie des genannten BGH-Urteils liegt. So unglücklich auch die Formularaufklärung vom ärztlichen Standpunkt aus sein mag – sie ist die logische Konsequenz einer problematischen „Rechtsfortbildung“. Durch fortschreitenden „Aufklärungsperfektionismus“ in der Medizin droht aber der Rechtsprechung allmählich ein sozusagen in Bedarfsfällen leicht verfügbarer „Ersatzhaftungsgrund“ verloren zu gehen⁴⁶. Zunehmend wird jedenfalls im juristischen Schrifttum die Auffassung vertreten, die Formularaufklärung falle unter die Bestimmungen des AGB-Gesetzes (des „Gesetzes über das Kleingedruckte“) und sei deshalb unwirk-

44 Wachsmuth/Schreiber, NJW 1981, 1985. Seither keine Änderung – vgl. Laufs, NJW 1983, 1349 f. Nach einer Entscheidung des OLG Hamburg (MDR 1982, 580) gehört es bei einem kosmetischen Eingriff zur Aufklärungspflicht des Chirurgen, dem Patienten mittels Photographien zu verdeutlichen, mit welchem Ergebnis er zu rechnen hat, wenn bei einem kunstgerecht ausgeführten Eingriff mit dem Auftreten breiter und deutlich sichtbarer Narben zu rechnen ist

44a BGH NJW 1980, 1905

44b Vgl. Kern, B.-R. u. Laufs, A.: Die ärztliche Aufklärungspflicht, S. 19. Dort werden auch gewichtige Argumente gegen eine solche Ausdehnung der Aufklärungspflicht angeführt

44c Auch Schünemann sieht in dem BGH-Urteil als „entscheidende Neuerung“ eine Erweiterung der Pflichten des einzelnen Arztes im Rahmen kollegialen Zusammenwirkens; zum anderen „verselbständigt“ der BGH die Aufklärungspflichtverletzung in bisher nicht gekanntem Maße von dem in ständiger Rechtsprechung immer wieder betonten Anknüpfungspunkt der Arzthaftung, der Körperverletzung“ (Urteilsanmerkung, NJW 1980, 2753)

45 Vgl. dazu jetzt die Monographie von Kern u. Laufs (Anm. 44b)

46 Vgl. Laufs, NJW 1983, 1349: Der Formularaufklärung liegt das Modell der „Stufenaufklärung“ (Weissauer) zugrunde, nach dem die Merkblätter das Gespräch zwischen Arzt und Patient nicht ersetzen, sondern vorbereiten sollen. Den Kritikern gilt die Stufenaufklärung als bedauerliches Element einer durch die Judikatur mitverschuldeten Defensivmedizin. Allerdings erreichten die von Medizinern mitverfaßten Merkblätter und Dokumentationsbögen ihr Ziel: Sie dämmen die Schadensersatzklage ein. Den Autoren der Informationsbögen und den großen Haftpflichtversicherern sei bisher kein einziger Fall bekannt geworden, in dem nach Gebrauch der Blätter gerichtliche oder außergerichtliche Schadensersatzansprüche wegen unzulänglicher Aufklärung erhoben worden wären

sam^{46a}. Über das Für und Wider kann hier nicht diskutiert werden; vom Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist dabei jedenfalls weniger die Rede als von eher handelsrechtlichen Kategorien der Verlagerung von Haftungs- und Beweisrisiken⁴⁷. Die Aufklärungspflicht erscheint dabei mehr und mehr als eine abstrakte Größe, sozusagen als ein Joker, den man unbedingt für den „juristischen Notfall“ im Ärmel behalten muß. Die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, daß die Rechtsprechung, wenn sie über das AGB Mißbräuchen Einhalt gebieten zu müssen meinen sollte, wohl dafür eine juristische Begründung finden würde. Der Ärzteschaft bliebe als Ausweg dann nur noch der „Facharzt für Aufklärung“⁴⁸. Abgesehen von diesen problematischen Ausweitungs- und Verselbständigungstendenzen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis zunehmend belasten, signalisiert die große Zahl ständig neuer höchstrichterlicher Entscheidungen zur Aufklärungspflicht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit und eine nachhaltige Störung des Rechtsfriedens⁴⁹.

Demgegenüber erscheint es weit angemessener, daß die Rechtsprechung jetzt höhere Anforderungen an die richterliche Befragung des Sachverständigen stellt und eine intensive Auseinandersetzung mit seinem Gutachten verlangt⁵⁰.

46a Niebeling, MDR 1982, 193 ff; Deutsch, NJW 1982, 2585, 2587 f. Bei Deutsch heißt es bereits in der vorangestellten Zusammenfassung, die als Aufklärungsunterlagen verwendeten oder im Rahmen der defensiven Medizin übergebenen Aufklärungsbögen „werden in der Lehre dem AGB-Gesetz unterworfen“. Im Schrifttum ist man jedoch durchaus geteilter Auffassung. Zum Diskussionsstand vgl. Kern-Laufs, S. 45 ff, S. 50, Anm. 26

47 Vgl. Deutsch a.a.O. Anscheinend macht Deutsch aber gewisse Einschränkungen (a.a.O., S. 2587 f)

48 Ein Mitarbeiter der Chirurgischen Universitätsklinik Giessen untersucht den Aufwand für eine den Anforderungen der Rechtsprechung genügende Aufklärung. Bei dem Bemühen, den Anforderungen nachzukommen, endet sein Arbeitstag statt um 17.00 Uhr um 21.00 Uhr. Der Personalbestand in den Kliniken müßte danach wohl ganz erheblich erhöht werden („Kostenexplosion im Gesundheitswesen“)

49 So hatte der BGH (NJW 1980, 1905) eine Aufklärungspflicht des Chirurgen unter bestimmten Umständen über ein Operationsrisiko mit der geringen Komplikationsdichte von 1 : 2000 angenommen, weil es sich um ein Operationsrisiko handle, „dessen Komplikationsdichte zwar gering ist, das aber typisch ist“ (Leitsatz). Die Diskussion darüber, was, obgleich selten, doch „typisch“ sein soll, läßt sich wohl kaum zum Abschluß bringen (vgl. Laufs, NJW 1982, 1322). Rechtsunsicherheit verbreitet auch ein Urteil des OLG Köln (ArztR 1982, 62), in dem eine Aufklärung des Patienten über die geringe oder fehlende Erfahrung des operierenden Arztes gefordert wird. Dies hat die besorgte Frage aufgeworfen, ob die Rechtsprechung zur Aufklärung des Patienten die Weiterbildung gefährde (Till, Deutsches Ärzteblatt 1983, 53–54). Deutsch (NJW 1982, 2585, 2587) hat demgegenüber zutreffend darauf hingewiesen, daß es sich bei der Erstlingsoperation der Sache nach sowohl um ein Problem des Ausbildungsstandes wie der Überwachung handle. Zu Beginn müsse die Überwachung durch einen erfahrenen Facharzt so dicht erfolgen, daß keine Notwendigkeit einer besonderen Aufklärung bestehe. Zum Eingriff durch einen nicht überwachten Anfänger könne der Patient – außer im Notfall – auch nach voller Aufklärung nicht wirksam zustimmen, da das Risiko zu groß sei. Es handle sich nicht um ein Problem der Aufklärung sondern von seiten des Anfängers um ein Übernahmeverschulden, von seiten der aus- und weiterbildenden Ärzte um ein Überwachungsverschulden

50 BGH NJW 1980, 2751: Die „besonders schwierige und verantwortungsvolle richterliche Aufgabe der Tatsachenfeststellung im Arztfehlerprozeß“ erfordere „gesteigerte Aufmerksamkeit“, „zu der der Richter hier mehr als im durchschnittlichen Parteiprozeß aufgerufen ist“. Zunehmend wird jetzt die Ladung des Sachverständigen zur mündlichen Erläuterung seines Gutachtens gefordert (BGH VersR 1982, 1141)

Dies hat dazu geführt, daß am BGH ein Zivilsenat speziell mit Arzthaftungssachen befaßt wird; auch an einigen Oberlandesgerichten gibt es solche Spezialsenate. So begrüßenswert diese Konzentration besonderer Sachkunde sein mag – Wachsmuth u. Schreiber⁵¹ halten es wohl nicht ganz zu Unrecht für bedenklich, wenn praktisch die ganze Entwicklung der Medizin bei uns von der Rechtsauffassung weniger Juristen bestimmt wird. „Sondergerichte“ und ein „Sonderrecht für Ärzte“ wären sicher nicht unproblematisch.

Sachgerechter als eine Rechtsfortbildung in Richtung auf ein „Sonderrecht für Ärzte“ erscheint jedenfalls eine problemorientierte Fortbildung allgemeingültiger Rechtsgrundsätze, wie dies von Stürner gefordert wurde⁵². Tatsächlich ist in der Rechtsprechung eine sehr behutsame Rechtsfortbildung zu verzeichnen, soweit sie beim Behandlungsfehlernachweis auf die allgemeinen Grundsätze des Anscheinsbeweises und der Beweislastumkehr bei groben Sorgfaltpflichtverletzungen zurückgreift⁵³. Auch die Fortbildung des Beweisrechts über die ärztliche Dokumentationspflicht durch die neuere BGH-Rechtsprechung entspricht allgemeinen zivilprozessualen Beweisgrundsätzen⁵⁴. Daß damit Einsichtsrechte des Patienten in Krankenunterlagen verbunden sind, wird man hinnehmen müssen. Der BGH hat Möglichkeiten aufgewiesen, diese Einsichtsrechte auf objektive Tatsachen zu beschränken und dem Arzt einen Freiraum für persönliche Gedächtnisstützen zu erhalten⁵⁵, und er hat das sensible Gebiet der Psychiatrie von dem Einsichtsrecht des Patienten ausgenommen⁵⁶.

Es erscheint nicht unbillig, daß der Arzt verpflichtet wird, wichtige Befunde und Daten zu erheben und dokumentarisch festzuhalten, und daß ihn bei Mängeln der Befunderhebung und Dokumentation die Beweislast treffen soll⁵⁷ – sofern die Anforderungen der Rechtsprechung maßvoll bleiben und die Ärzteschaft nicht in einen neuen Bürokratismus treiben. Wenn die Rechtsprechung schon Wert darauf legt, über die Einhaltung ärztlicher Sorgfalt zu wachen, so lenkt die Befunderhebungs- und Dokumentationspflicht jedenfalls die Energie und Sorgfalt weit eher in die Bahnen richtigen ärztlichen Denkens und Handelns als eine Überdehnung der Aufklärungspflicht, die letztlich dazu führen könnte, die perfekte Aufklärung für wichtiger zu halten als die richtige Behandlung. Zunächst bleibt die Befürchtung, daß über die Dokumentationspflicht nur

51 FAZ v. 3. 10. 1980

52 NJW 1979, 1225

53 Laufs, NJW 1981, 1292; 1982, 1322

54 Vgl. Stürner a.a.O.

55 BGH NJW 1983, 328

56 BGH NJW 1983, 330. – Daß es bei der praktischen Handhabung des Einsichtsrechts und seiner Einschränkungen noch Schwierigkeiten geben wird, steht zu vermuten. Grundsätzlich dürften die genannten BGH-Entscheidungen jedoch in die richtige Richtung weisen

57 Vgl. BGH NJW 1983, 333. Eine Beweislastumkehr für den Kausalitätsbeweis nach den bei groben Behandlungsfehlern geltenden Regeln kann in Betracht kommen, wenn der Arzt in erheblichem Ausmaß Diagnose- und Kontrollbefunde nicht erhoben hat und deshalb in besonderem Maße dafür verantwortlich ist, daß die Daten zur Aufdeckung des Behandlungsverlaufs nicht zu Gebote stehen. Der Grund für die Beweislastsonderregel liegt darin, daß der Arzt durch seine Fehler die nachträgliche Aufklärbarkeit erschwert. Kontroll- und Diagnoseversäumnisse sind zugleich Behandlungsmängel wie Dokumentationsfehler insofern, als erforderliche Angaben den Krankenunterlagen vorzuenthalten bleiben (vgl. Laufs, NJW 1983, 1348)

neben der Aufklärungspflichtverletzung neue „Ersatzhaftungsgründe“ etabliert werden. Aber es ist zu hoffen, daß mit dieser doch weit sachgerechteren Fortbildung des Beweisrechts die Aufklärungspflicht allmählich auf das Maß des wirklich Angemessenen reduziert wird. Die Bereitschaft medizinischer Sachverständiger zu kritischer Objektivität könnte dazu beitragen⁵⁸, ebenso – das wird immer wichtiger – die Aus- und Fortbildung von Berufsregeln und beruflichen Standards durch ärztliche Standesorganisationen und Fachgesellschaften, die dem Arzt Orientierungshilfen sein und zugleich dem Recht Beurteilungsmaßstäbe bieten können⁵⁹.

58 Vgl. Laufs, NJW 1983, 1348: „Der medizinische Sachverständige bleibt im Mittelpunkt aufmerksamen, auch selbstkritischen Interesses.“ Bodenburg (a.a.O., S. 178 f) berichtet, daß die Beweisfragen bei Behandlungsmißfolgen, die sich vor allem um den Nachweis der Kausalität zentrieren, bei einigen Gutachter- und Schlichtungsstellen gelöst würden, indem die an den Beweis der Ursächlichkeit zu stellenden Anforderungen zurückgenommen würden und das Prinzip der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Einzug halte. Zumindest im Ergebnis werde damit die Nähe zum Prinzip der „wesentlichen Bedingung“ erkennbar, wie es im Sozialversicherungsrecht dominierend ist. Überhaupt würden die Schwierigkeiten beim Beweise der Ursächlichkeit (ärztlichen Fehlverhaltens für einen Schaden) in Wahrheit durch eine Verminderung der Wahrscheinlichkeitsanforderungen gelöst werden. Hier liege auch der Schlüssel für eine Fortschreibung des Arzthaftungsrechts. – Tatsächlich scheint die Aufklärungsrechtsprechung weniger verwirrend und läßt sogar eine gewisse Linie erkennen, wenn man die problematische Konstruktion über die Aufklärungspflichtverletzung einmal beiseite läßt und nur die jeweils zur Entscheidung anstehenden Sachverhalte daraufhin prüft, ob die Entscheidung im Endergebnis billig oder unbillig erscheint. So hat auch schon 1978 Deutsch (NJW 1978, 1660) die Aufklärungspflichtverletzung als „Ersatzhaftungsgrund für den dringend vermuteten, aber nicht bewiesenen Fehler“ bezeichnet. Der Weg über eine differenziertere, den Sachverhalten besser angepaßte Fortbildung des Beweisrechts – mag es auch in die von Bodenburg aufgewiesene Richtung gehen – erscheint immer noch besser als der auf den ersten Blick so verlockende Weg über die Aufklärungspflichtverletzung. Mit Wachsmuth/Schreiber (NJW 1981, 1985, 1986 f) ist allerdings davor zu warnen, daß infolge immer umfassenderer ärztlicher Aufklärung „der Fluß sich ein neues Bett sucht und die Tendenzen zur weitergehenden bzw. generellen Umkehr der Beweislast sich durchsetzen“

59 Vgl. Laufs, NJW 1983, 1345: „Will der Ärztstand die Eigenart seines Dienstes bewahren, so hat er allen Anlaß, an seiner alten Aufgabe festzuhalten, nämlich selbst Berufsregeln aus- und fortzubilden, damit das Recht sie aufnehme. Den ärztlichen Standesorganisationen und Fachgesellschaften obliegt es, über die beruflichen Standards zu wachen, sie zu entwickeln, zu verteidigen und zu kontrollieren. Je mehr die Ärzteschaft dabei leistet, um so nachhaltiger wird sie ihre Berufsfreiheit wahren können. Ohne den Beitrag des Standes lassen sich die juristischen Grenzfragen, die Aporien und Paradoxien nicht lösen.“ – Man trifft hier allerdings vielfach auf eine ablehnende Haltung, die damit begründet wird, daß eine Festschreibung des Wissensstandes zu einem bestimmten Zeitpunkt den medizinischen Fortschritt hemmen und die Ärzteschaft in ihrer verantwortlichen Freiheit einengen würde (vgl. im einzelnen dazu: Janssen u. Schewe a.a.O., S. 95 m. w. Nachw.). Dies wäre zwar ein Gesichtspunkt unter anderen, dem es Rechnung zu tragen gilt, aber man sollte darin kein Dogma und keinen pauschalen Hinderungsgrund sehen. Etliche Richtlinien, Resolutionen und Vereinbarungen tragen zweifellos schon heute zur Beseitigung von Rechtsunsicherheit bei (vgl. z. B. die Nachw. Anm. 3, 5, 6, 23 sowie die Richtlinien zur Abgrenzung der Verantwortungsbereiche von Arzt und Pflegepersonal; s. dazu Schewe, Krankenpflege 1981, 290 ff). Im technischen Bereich werden zu ähnlichen Problemen unter dem Stichwort: „antizipierte Sachverständigengutachten“ bereits sehr differenzierte grundsätzliche Überlegungen angestellt (vgl. Vieweg, NJW 1982, 2473). Man kann dabei leicht den Eindruck gewinnen, in der Medizin sei infolge einer etwas dogmatisch pauschalierenden Abwehrhaltung ein gewisser Nachholbedarf entstanden

Literatur

- Blohmke M, Kniep K (1982) Epidemiologische Forschung und Datenschutz. NJW, S 1324-1325
- Bodenburg R (1981) Zur Reform des Arzthaftungsrechts – Kunstfehlerbegriff, Haftungsmodelle, ärztliche Gutachter- und Schlichtungsstellen. Z Ges Versicherungsw, S 155-174
- Bundesärztekammer (1979) Richtlinien für die Sterbehilfe. Dtsch Ärztebl, S 957-960
- Coester-Waltjen D (1983) Die Vaterschaft für ein durch künstliche Insemination gezeugtes Kind. NJW, S 2059-2061
- Deutsch E (1978) Reform des Arztrechts. – Ergänzende Regeln für das ärztliche Vertrags- (Standes-) und Haftungsrecht? NJW, S 1657-1661
- Deutsch E (1980) Brauchen wir das Transplantationsgesetz? Chirurg 51: 349-354
- Deutsch E (1981) Internationale und ethische Regelungen der klinischen Therapiestudien. In: Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) Therapiestudien. (s. ebd.), S 106-114
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, Ausschuß: Behandlung Todkranker und Sterbender (1979) Resolution zur Behandlung Todkranker und Sterbender – ärztliche und rechtliche Hinweise (Beilage zu Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, H 3)
- Die Angst vor dem Mißbrauch (1978) Gesundheitsforum diskutierte das „Experiment von Oldham“. Extrakorporelle Befruchtung: Praktikable Behandlungsmethode der tubarbedingten Sterilität? Dtsch Ärztebl, S 2795-2809
- Geilen G (1975) Euthanasie und Selbstbestimmung. Recht und Staat, H 446. Mohr (Siebeck), Tübingen
- Hanack G-W (1971) Die künstliche Insemination. In: Mergen A (Hrsg) Die juristische Problematik in der Medizin, Bd III. Goldmann, München, S 168-199
- Heinze M (1983) Zur Qualifikation der ärztlichen Tätigkeit als „gefahrengeneigte Tätigkeit“. MedR, S 6-13
- Ihm P, Victor N (1981) Patientenaufklärung in Therapiestudien aus biometrischer Sicht. In: Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) Therapiestudien. (s. ebd.), S 135-142
- Kern B-R, Laufs A (1983) Die ärztliche Aufklärungspflicht. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Kilian W (1983) Rechtsfragen der medizinischen Forschung mit Patientendaten. Beitr zur juristischen Information, Bd 9. Toeche-Mittler, Darmstadt
- Knipping W (1981) Kontrollierter klinischer Versuch: Ein ethisches Problem? In: Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) Therapiestudien. (s. ebd.), S 115-121
- Laufs A (1981) Die Entwicklung des Arztrechts 1980/81. NJW, S 1289-1294
- Laufs A (1982) Die Entwicklung des Arztrechts 1981/82. NJW, S 1319-1324
- Laufs A (1983) Die Entwicklung des Arztrechts 1982/83. NJW, S 1345-1351
- Liebhardt EW, Wuermeling HB (1968) Juristische und medizinisch-naturwissenschaftliche Begriffsbildung und die Feststellung des Todeszeitpunktes. Muench Med Wochenschr 110: 1661
- Mollaret P, Bertrand J, Mollaret H (1959) Coma dépassé et nécroses nerveuses centrales massives. Rev Neurol 101: 116-139
- Mollaret P (1962) Über die äußersten Möglichkeiten der Wiederbelebung. Die Grenzen zwischen Leben und Tod. Muench Med Wochenschr 104: 1539-1545
- Niebeling J (1982) Ärztliche Formularaufklärung und AGB-Gesetz. MDR, S 193-196
- Ostendorf H (1982) Die Leibesfrucht zwischen Abtreibungs- und Lebensschutz. Beitr Gerichtl Med 40: 29-33
- Penin H, Käufer C (1969) Der Hirntod. Thieme, Stuttgart
- Pichlmayr R (1980) Transplantationsgesetzgebung in chirurgischer Sicht. Chirurg 51: 344-348
- Ringwald G (1982) Epidemiologische Forschung und Datenschutz. NJW, S 2593-2595
- Samson E (1981) Typische Rechtsprobleme bei der Planung und Durchführung von kontrollierten Therapiestudien. In: Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) Therapiestudien. (s. ebd.), S 129-134
- Schewe G (1978) Risiko und Aufklärungspflicht. Haftungsrechtliche Aspekte. Informationen des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V., Nr 3: 36-42

- Schewe G, Janssen W (1979) Ärztlicher Kunstfehler – Zivilrechtliche Probleme. Beitr Gerichtl Med 37: 91-104
- Schewe G (1981) Zur strafrechtlichen Haftung von Krankenschwestern und Krankenpflegern. Krankenpflege, S 290-295
- Schewe G (1981) Sind kontrollierte Therapiestudien aus Rechtsgründen undurchführbar? In: Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) Therapiestudien. (s. ebd.), S 143-152
- Schreiber H-L (1983) Rechtsprobleme bei Therapiestudien. Verh Dtsch Krebsges 4: 13-19
- Schünemann H (1980) Anmerkung (zum Urteil BGH NJW 1980, 1905). NJW, S 2753-2754
- Spann W (1983) Das „Patiententestament“. MedR, S 13-16
- Staak M, Weiser A (1978) Klinische Prüfung von Arzneimitteln. Medizin und Recht, Bd 6. Enke, Stuttgart
- Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer zur Frage der Kriterien des Hirntodes – Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes. Deutsche Ges f Chirurgie – Mitteilungen – 5/6/1982
- Stürner R (1979) Entwicklungstendenzen des zivilprozessualen Beweisrechts und Arzthaftungsprozeß. NJW, S 1225-1230
- Till G (1983) Gefährdet die Rechtsprechung zur Aufklärung des Patienten die Weiterbildung? Dtsch Ärztebl, S 53-54
- Überla K (1981) Welche ethischen Fragen wirft die Biometrie bei kontrollierten randomisierten klinischen Prüfungen auf und wie löst sie diese? In: Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) Therapiestudien. (s. ebd.), S 122-128
- Uhlenbruck W (1983) Zur Rechtsverbindlichkeit des Patiententestaments – zugleich Stellungnahme zum Beitrag von W. Spann. MedR, S 16-18
- Ulrich H-J (1983) Unterlassene Hilfeleistung des Arztes gegenüber einem behandlungsunwilligen Patienten? (BGH MedR 1983, 29) MedR, S 137-139
- Victor N, Dudeck J, Broszio EP (Hrsg) (1981) Therapiestudien. 26. Jahrestagung der GMDS, Giessen, 1981. Medizinische Informatik und Statistik, Bd 33. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York
- Vieweg K (1982) Antizipierte Sachverständigengutachten – Funktion, Verwertungsformen, rechtliche Bedeutung. NJW, S 2473-2476
- Wachsmuth W, Schreiber H-L (1980) Der unheilvolle Weg in die defensive Medizin. FAZ v 3. 10. 1980
- Wachsmuth W, Schreiber H-L (1981) Das Dilemma der ärztlichen Aufklärung. NJW, S 1985-1987
- Walz S (1983) Buchbesprechung (Kilian, s. ebd.). NJW, S 2066-2067
- Weißbauer W (1983) Zur Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anaesthetisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung. MedR, S 92-95
- Weyers H-L (1978) Empfiehlt es sich, im Interesse der Patienten und Ärzte ergänzende Regelungen für das ärztliche Vertrags-(Standes-) und Haftungsrecht einzuführen? Gutachten A zum 52. Deutschen Juristentag, Wiesbaden 1978. Beck, München
- Wuermeling H-B (1983) Das Verfügen über Keimzellen zur technischen Reproduktion und Art. 1 Abs 1 GG. Beitr Gerichtl Med 40: 23-27

Eingegangen am 22. September 1983