

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XV
-----------------------------	----

1. Teil: Medizin und Standard	1
--	----------

Kapitel 1: Einleitung und Problemstellung	3
--	----------

A. Terminologische Grundlagen	3
B. Thematische Eingrenzungen	6
C. Gang der Untersuchungen	8

Kapitel 2: Medizinischer Standardbegriff, medizinische Standardbildung	9
--	----------

A. Standard(s) in der Medizin	9
B. Definitionen in der medizinischen Literatur.....	12
I. Carstensen (1989).....	13
II. Buchborn (1993).....	15
C. Evidence based Medicine (EbM)	17
I. Einführung.....	17
II. Evidenz und Erfahrung.....	21
D. Medizinische Leitlinien.....	25
E. Patientenwohl, -wünsche und -werte.....	28
I. Medizinethische Grundsätze.....	29
II. Patientenpräferenzen in der EbM	31
III. Erweiternder Ausblick: Aktuelle Entwicklungen	33
1. Value based Medicine (VbM).....	33
2. Shared Decision Making (SDM)	33
F. Zusammenfassung	34

2. Teil: Der Medizinische Standard im Recht – Grundlagen, Bedeutungen und Funktionen	35
---	-----------

Kapitel 3: Zivilrechtlicher Standardbegriff.....	37
---	-----------

A. Der Standard in der deliktischen Fahrlässigkeitshaftung des Arztes für Behandlungsfehler	40
I. Einführung und Überblick	41
1. Ausgangspunkt: Objektivität, Normativität	43
2. Konkretisierungen.....	45
a) Fachliche Differenzierung.....	46
b) Zeitliche Differenzierung	48
c) Situative Differenzierung (Relativität des Standards).....	49

II.	Die Ausfüllung unbestimmter Rechtsbegriffe durch den Standard.....	51
1.	Der Standard als Maßstab der ärztlichen Verkehrspflichtverletzung, des Behandlungsfehlers	51
2.	Der Standard als Maßstab der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt bei objektiviertem Fahrlässigkeitsbegriff.....	55
III.	Pflichtwidrigkeit und Verschulden: Dogmatische Grundlagen und Konsequenzen ihrer Anwendung im standardbezogenen Arzthaftungsrecht	58
1.	Die Pflichtwidrigkeit als ungeschriebenes Haftungsmerkmal ...	60
a)	Die Verhaltensunrechtskonzeption des modernen Deliktsrechts	60
b)	Arzthaftung und Verhaltensunrecht	66
2.	Die verbleibende Bedeutung des Verschuldensprinzips	70
a)	Ausgangspunkt: Faktischer Gleichlauf von Pflichtwidrigkeit und Verschulden durch die Bezugnahme auf den Standard	70
b)	Problematische Folge: Infragestellung des Verschuldensprinzips	72
c)	Ansätze zur Erhaltung eines reinen Verschuldenserfordernisses.....	74
aa)	Erste Möglichkeit: Verschärfung des Pflichtwidrigkeitsmaßstabs – Trennung von äußerer und innerer Sorgfalt.....	74
bb)	Zweite Möglichkeit: Abschwächung des Verschuldensmaßstabs – Subjektivierung der Fahrlässigkeit	76
d)	Stellungnahme zum Arzthaftungsrecht	77
aa)	Ablehnung der Unterscheidung von äußerer und innerer Sorgfalt.....	77
bb)	Ablehnung eines subjektiven Fahrlässigkeitsbegriffs... ..	80
cc)	Kernfrage: Abstrakter oder konkreter Standard?.....	81
dd)	Der Standard als Ausdruck des Verschuldensprinzips	84
3.	Weitere Konsequenz: Abkehr von der Körperverletzungsdoktrin	91
4.	Zwischenergebnis	93
B.	Besonderheiten des Behandlungsvertragsrechts.....	94
I.	Identität von Pflichtverletzung und Vertretenmüssen auch im vertraglichen Arzthaftungsrecht.....	96
1.	Verhaltensbezogenheit der ärztlichen Behandlungspflicht	96
2.	Beweisrechtliche Implikationen: Einordnung von § 280 Abs. 1 S. 2 BGB.....	102
II.	Auswirkungen von § 630a Abs. 2 Hs. 1 BGB auf den zivilrechtlichen Standardbegriff.....	106
C.	Ergebnis und Ausblick	111

Kapitel 4: Sozialrechtlicher Standardbegriff	115
A. Exkurs zum Recht der Privaten Krankenversicherung	116
B. Verortung des sozialrechtlichen Standards im Normbestand des SGB V	117
I. Allgemeine Vorschriften (1. Kap., §§ 1 ff. SGB V)	117
II. Leistungsrecht (3. Kap., §§ 11 ff. SGB V)	119
III. Leistungserbringungsrecht (4. Kap., §§ 69 ff. SGB V)	123
IV. Zwischenergebnis	124
C. Inhaltliche Ausgestaltung des sozialrechtlichen Standards	125
I. Das Qualitätsgebot (§ 2 Abs. 1 S. 3 SGB V)	125
1. Begriffliche Abgrenzung der Bezugspunkte: Qualität, Wirksamkeit	125
2. Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse	129
II. Das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 S. 1 SGB V) – Wirtschaftlichkeit im weiteren Sinne	133
1. Zweckmäßigkeit	133
2. Ausreichende Leistung	134
3. Medizinische Notwendigkeit	135
4. Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne	137
D. Ergebnis und Ausblick	141
 3. Teil: Standardbestimmung im Zusammenspiel von Medizin und Recht.....	 143
 Kapitel 5: Sozialrechtliche Standardsetzung	 145
A. Grundlagen	145
I. Der GKV-Standard zwischen abstrakt-generellem Leistungs- katalog und konkret-individuellem Einzelfall	145
II. Das Rechtskonkretisierungskonzept – zum Verhältnis von allgemeinen Vorschriften, Leistungs- und Leistungserbringungsrecht	146
B. Akteure und Instrumente, Kriterien und Verfahren	152
I. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)	152
II. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	156
III. Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	161
1. Verbot mit Erlaubnisvorbehalt in der vertragsärztlichen Versorgung	162
2. Exkurs zur Krankenhausbehandlung: Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt	165
3. Bewertungsgrundsätze: Bezugnahme auf die EbM	169
C. Sonderkonstellationen	174
I. Besondere Therapierichtungen	175
II. Systemversagen	177
III. Seltene Krankheiten	179
IV. Lebensbedrohliche Krankheiten	181

Kapitel 6: Zivilrechtliche Standardermittlung	183
A. Kompetenzverteilung zwischen Medizin und Recht	183
I. Grundsatz: Abhängigkeit von der Medizin.....	183
II. Keine „Verrechtlichung“ des medizinischen Standards	185
III. Notwendigkeit rechtlicher „Spielregeln“	186
IV. Praktische Auswirkungen auf die Standardermittlung im Arzthaftungsprozess – Rollenverteilung zwischen Zivilrichter und Sachverständigem.....	191
V. Exkurs: Der grobe Behandlungsfehler.....	195
B. Nähere Ausgestaltung der kontrollierten Rezeption.....	197
I. Grundwerte des zivilrechtlichen Standardbegriffs.....	197
II. Übernahme und Präzisierung der Definition Carstensen	198
1. Die „Drei-Elemente-Lehre“ nach Hart	199
2. Verwissenschaftlichung des Standards	200
a) Kernelemente: Erkenntnis und Erfahrung – Eingrenzung und Verhältnis.....	200
b) EbM im Haftungsrecht.....	202
3. Verschriftlichung des Standards	205
a) Zusatzelement: Professionelle Akzeptanz – Einordnung und Herleitung.....	205
b) Haftungsrechtlich relevante Standardquellen.....	207
aa) Allgemeines zu Hierarchie und Verbindlichkeit	208
bb) Medizinische Leitlinien im Zivilrecht	210
cc) Sozialrechtliche Richtlinien im Zivilrecht.....	218
C. Ausblick: Alternative Konzepte zur haftungsrechtlichen Kompensation unbestimmter Behandlungsstandards	220
I. Verstärkte Organisationshaftung – Verlagerung der Standard- bestimmung in rechtlich bestimmbare Kategorien?.....	221
II. Erweiterte Aufklärungspflichten – Entwertung der Standard- bestimmung zu Gunsten einer selbstbestimmten Patientenentscheidung?	222
D. Standardentwicklung und Standardabweichung im Spiegel von Therapiefreiheit und Selbstbestimmungsrecht	225
I. Ausgangspunkt: Standard und Einzelfall.....	225
1. Keine „Standardisierung“	226
2. Aktuelle Entwicklungen.....	227
a) Einerseits: Normungsbestrebungen.....	227
b) Andererseits: Individualisierungstendenzen.....	228
II. Der Standard zwischen Behandlungs- und Aufklärungsfehlerhaftung.....	230
1. Einführung zum Behandlungsfehlerbegriff – Standard- unterschreitung, -abweichung, -verfehlung?.....	230
2. Exkurs: Indikation und Standard.....	232

3.	Anforderungen an die Methodenwahl.....	235
a)	Zur Auslegung des Behandlungsfehlerbegriffs im Lichte der ärztlichen Wahlfreiheit: Medizinische „Vertretbarkeit“ der Behandlungsentscheidung.....	235
aa)	Stets „vertretbar“: Die Standardbehandlung.....	236
bb)	Vertretbare und unvertretbare Standardab- weichungen – medizinische Fallgruppen, zivilrechtliche Rahmenbedingungen	238
cc)	Einordnung von Schul- und Alternativmedizin.....	241
b)	Kompensation durch Aufklärung – Standard und Patientenautonomie.....	243
c)	Auswirkungen von § 630a Abs. 2 Hs. 2 BGB auf die Therapiefreiheit	247
4.	Anforderungen an die Behandlungsdurchführung	250
5.	Behelfsmaßstab bei fehlendem Standard: Der „vorsichtige Arzt“	251
III.	Einzelaspekte im Kontext von Standard und medizinischem Fortschritt	252
1.	Keine Unterscheidung von Basisstandard und dynamischem Standard	252
2.	Korrektur zeitlicher Standarddifferenzierungen auf Zurechnungsebene: Nachträgliche Einbeziehung des Fortschritts zu Gunsten des Arztes	253
3.	Gegen eine Berücksichtigung besonders fortschrittlicher Kenntnisse, Fähigkeiten und Mittel zu Lasten des Arztes („situative Aufstufungen“)	254
a)	Traditionelle Auffassung.....	254
b)	Kritische Stellungnahme	255
c)	Weitere Konstellationen.....	257
4.	Keine situativen Abstufungen vom fortschrittlichen „Optimal-“ bis zum „Mindeststandard“ konkret erreichbarer medizinischer Möglichkeiten.....	258
a)	Traditionelle Auffassung.....	258
b)	Kritische Stellungnahme	261
c)	Praktische Auswirkungen.....	263
d)	Fazit und Ausblick	265
4. Teil:	Verwerfungen und Perspektiven	267
Kapitel 7:	Gegenüberstellung von zivil- und sozialrechtlichem Standard... 269	
A.	„Kostendruck und Standard“ – Die Standardbegriffe zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit	269
I.	„Ökonomisierung“ der Medizin	271
1.	Verdeckte Standardsenkung aufgrund von Kostenaspekten	271
2.	Künstliche Standarderhöhung durch entsprechende Kostenanreize – „wirtschaftliche Indikation“	274

II.	Wirtschaftlichkeit und Recht	276
1.	Finanzielle Grenzen des sozialrechtlichen Standards – zum Verhältnis zwischen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot	276
2.	Berücksichtigung ökonomischer Erwägungen im Haftungsrecht.....	283
III.	Zwischenergebnis: Konvergenz der Standardbegriffe angesichts der Anknüpfung des Rechts an die Medizin – zusammenfassende Definition	285
IV.	Ausblick: Potentielle Spannungen zwischen Haftungs- und Sozialrecht – auf dem Weg in ein ärztliches „Haftungs- oder Vergütungs-dilemma“?	287
V.	Exkurs: Erste Divergenzen aufgrund einzelner Bereichs- ausnahmen im GKV-Leistungskatalog.....	294
B.	Sonderfall: Grundrechtsorientierte Auslegung des GKV-Standards	297
C.	Divergenzen in der Standardbestimmung.....	299
I.	Harmonisierungsbedarf	299
II.	Harmonisierungsmöglichkeiten.....	303

**Kapitel 8: Harmonisierung der Standards des Zivil- und Sozialrechts
im Falle ökonomisch bedingter Divergenzen..... 307**

A.	Lösung nach geltendem Recht: Informationsbezogene Harmonisierung	308
B.	Weiterführender Ansatz: Standardbezogene Harmonisierung.....	315
I.	Exkurs: Haftungsgrundbezogene Harmonisierung ohne Standardbezug.....	316
II.	Ökonomisch motivierte Abkopplung des zivilrechtlichen Standards vom medizinischen Standard	317
III.	Offen kostenbewusste medizinische Standardbildung.....	323
1.	Grundlagen	324
a)	Gesundheitsökonomische Überlegungen	324
b)	Medizinethische Wertvorstellungen.....	325
2.	Wissenschaftsmethodische Gesamtkonzepte	327
a)	Evidence (und Value) based Health Care (EbHC, VbHC).....	327
b)	Health Technology Assessment (HTA)	328
3.	Anwendungsbeispiele	329
a)	choosing wisely.....	329
b)	Kostensensible Leitlinien (KSSL)	330
4.	Zwischenergebnis	332
IV.	Kompensation durch Aufklärung.....	335
C.	Ausblick: Harmonisierung außerhalb von Information und Standard ...	336
I.	Vergütungsbezogene Harmonisierung: Gedanke der Mischkalkulation	336
II.	Haftungsfolgenbezogene Harmonisierung: GKV-Entschädigungsfonds	338
D.	Fazit.....	340

5. Teil: Schlussbetrachtung	343
Kapitel 9: Zusammenfassung der Ergebnisse	345
A. Terminologische Grundlagen	345
B. Begriff und Bildung von Standards in der Medizin.....	345
C. Sozialrechtlicher Standardbegriff.....	346
D. Sozialrechtliche Standardsetzung.....	347
E. Zivilrechtlicher Standardbegriff.....	348
F. Zivilrechtliche Standardermittlung.....	350
G. Gegenüberstellung.....	352
H. Verwerfungen.....	353
I. Perspektiven	354
J. Ende.....	355
 Literaturverzeichnis	 357