

Die Folgen der Subspezialisierung für den ärztlichen Haftungsmaßstab

Ein Beitrag zum

10. Deutschen Medizinrechtstag

am 4. – 5. September 2009 in Frankfurt/Main

von

RA Peter Schabram - Ratajczak & Partner Freiburg i.Br.

www.rpmed.de

Zur Person

- Peter Schabram
- Zugelassener RA seit 1993
- Schwerpunkt Medizinrecht seit 1998
- Dozent „Fachanwaltslehrgang Medizinrecht“ seit 2005
- Fachanwalt für Medizinrecht seit 2006
- Partner der Kanzlei Ratajczak & Partner seit 2007

Themenübersicht

1. Problemstellung
2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung
3. Haftungsmaßstab „Facharztstandart“
4. Thesen zur Rechtsentwicklung
5. „Problemlösung“

1. Problemstellung

- Ein 1180 Gr. leichtes Neugeborenes erleidet in der Neugeborenen-Intensivstation einer städtischen Klinik schwere Dauerschäden = Pflicht zur Verlegung in ein Neonatalzentrum ?
- Der niedergelassene Radiologe ohne MRT verlässt sich auf den MRT-Befund seines radiologischen Fachkollegen = „Horizontaler“ Vertrauensgrundsatz im selben Fachgebiet ?

1. Problemstellung

- Der niedergelassene Gynäkologe erkennt bei einer Risikoschwangerschaft die Anzeichen einer embryonalen Entwicklungsstörung = Pflicht zum pränataldiagnostischen Konsil ?
- Beidseitige Stimmbandlähmung nach beidseitigem Schilddrüsenknotenrezidiv in einem Krankenhaus der Grundversorgung = Pflicht zur Aufklärung über ein „Zentrum für endokrinologische Chirurgie“ und die dortigen Spezialisten ?

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- Leitsätze zur Anerkennung und praktischen Tätigkeit von Fachärzten (Deutscher Ärztetag 1924 Bremen - „Bremer-Richtlinien“)
 - 14 Facharztbezeichnungen
 - Keine inhaltliche Bestimmung: Praktischer Arzt oder Allgemeinmedizin
 - Fachärzten war verboten hausärztlich tätig zu werden
- Berufs- und Facharztordnung 1937
 - Keine neuen Fachärzte
 - Erste Zusatzbezeichnungen (Naturheilverfahren, Homöopathie, Tropenmedizin)

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- Facharztordnung 1956 (59. Deutscher Ärztetag Münster)
 - Neue Facharztbezeichnungen Anästhesie (seit 1953), Neurochirurgie und Laboratoriumsmedizin
- (Muster-) Weiterbildungsordnung 1968 (71. Deutscher Ärztetag Wiesbaden)
 - Regelungen für den Arzt für Allgemeinmedizin
 - Weitere neue Facharztbezeichnungen
 - Ablehnung von **isolierten** Teilgebieten/Teilfachärzten (abweichend etwa Frankreich, wo es Kardiologen und Rheumatologen, aber keine Internisten gab)

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- Statt dessen allein: „In-sich-Spezialisierung innerhalb des Mutterfaches“ (Sewering, DÄBl 1987 A 2299 – 2306)
- „Der Grundsatz war klar: wer ein Teilgebiet erwerben will, muss die Weiterbildung im gesamten Gebiet ableisten, muss also zuerst Internist werden, bevor er sich dem engeren Bereich der Gastroenterologie zuwenden kann, muss zuerst Chirurg werden, bevor sich auf die Unfallchirurgie weiter **subspezialisiert**“ (Sewering, a.a.O.)
- Chirurgische Teilgebiete Unfallchirurgie und Kinderchirurgie sowie internistische Teilgebiete Gastroenterologie, Lungenheilkunde und Kardiologie

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- (Muster-)Weiterbildungsordnung 1976 (79. Deutscher Ärztetag Düsseldorf)
 - 27 Gebietsbezeichnungen
 - 14 Teilgebietsbezeichnungen
 - 15 Zusatzbezeichnungen
- (Muster-)Weiterbildungsordnung 1991 (94. Deutscher Ärztetag Hamburg)
 - **Facharzt für Allgemeinmedizin**
 - 41 Gebietsbezeichnungen
 - 18 Schwerpunktbezeichnungen
 - 23 Zusatzbezeichnungen

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 (106.Deutscher Ärztetag Köln 2003) Stand 28.03.2008
 - Aufgabe der „Fakultativen Weiterbildung“ und „Fachkunde“
 - Aufgabe der Identität von „Mutterfach“/Gebietsbegriff und Facharztbezeichnung im Bereich Innere Medizin, Chirurgie, HNO, Pathologie und Pharmakologie („**Ent-Spezialisierung**“)
 - (nur noch)32 Gebiete
 - mit je bis zu 10 (!) Facharztbezeichnungen
 - oder je bis zu 4 Schwerpunktkompetenzen
 - 46 Zusatzweiterbildungen

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- »Bisher ging man davon aus, dass alles, was ein Gebiet auch an speziellen Inhalten aufweist, abgebildet und im Laufe der Zeit tatsächlich vermittelt werden kann. Es lassen sich jedoch nicht alle Inhalte eines Gebietes in der Weiterbildungsordnung darstellen und in einer vorgegebenen Mindestweiterbildungszeit zum Facharzt erlernen. Auch ist es sinnvoll, spezielle Inhalte eines Gebietes nicht von jedem Arzt obligatorisch im Rahmen der Weiterbildung zu verlangen. Dies würde Engpässe in der Weiterbildung hervorrufen und eine mangelnde Ausrichtung auf die Notwendigkeiten der medizinischen Versorgung bedeuten. Nunmehr werden die Gebietsgrenzen arbeitsteilig definiert und die darin als Teilmenge enthaltenden Kompetenzen durch die während der zeitlich festgelegten Weiterbildungsdauer zu erwerbenden Inhalte definiert.« (Homepage BÄK zur „Neustrukturierung WBO“)

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- z.B.: Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin
 - 1 FA Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)
 - (.2) FA Innere Medizin)
 - 3.1 FA Innere Medizin und Angiologie
 - 3.2 FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabeto.
 - 3.3 FA Innere Medizin und Gastroenterologie
 - 3.4 FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
 - 3.5 FA Innere Medizin und Kardiologie
 - 3.6 FA Innere Medizin und Nephrologie
 - 3.7 FA Innere Medizin und Pneumologie
 - 3.8 FA Innere Medizin und Rheumatologie

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- Versuch der Zusammenführung der Fächer Allgemeinmedizin und Innere Medizin
- Versuch der Abschaffung eines FA Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung
- Schleppende oder keine Umsetzung (Berlin & Meck.-Vorpom.) in den Ländern
- Wiedereinführung des FA Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung („BasisFA des Gesamtgebiets“)
- Keine Notifikation der Bezeichnung „FA für Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ auf EU-Ebene
- Wiederabschaffung des „FA für Innere Medizin und Allgemeinmedizin“ ?

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- z.B.: Gebiet Chirurgie
 - 1 FA Allgemeine Chirurgie
 - 2 FA Gefäßchirurgie
 - 3 FA Herzchirurgie
 - 4 FA Kinderchirurgie
 - 5 FA Orthopädie und Unfallchirurgie
 - 6 FA Plastische und Ästhetische Chirurgie
 - 7 FA Thoraxchirurgie
 - 8 FA Visceralchirurgie

= 8 – Säulen – Modell

- Plus Zusatzweiterbildungen, z.B. Orthopädische Rheumatologie, Notfallmedizin, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Spezielle Unfallchirurgie, Rehabilitationswesen, usw.

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- M-WBO Gebiet Chirurgie im Einzelnen:
Erstens : 24 Monate Basisweiterbildung im Gebiet Chirurgie
 - 6 Monate Notfallaufnahme
 - 6 Monate Intensivmedizin (Chirurgie oder anderes Gebiet)
 - 12 Monate Chirurgie, davon
 - bis zu 6 Monate im ambulanten Bereich

„COMMON TRUNK“ plus :

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

„COMMON TRUNK“ plus

Zweitens : 48 Monate Weiterbildung , davon

- 24 Monate in Allgemeiner Chirurgie und/oder einer anderen Facharztweiterbildung des Gebietes Chirurgie
 - davon bis zu 12 Monate in genannten nicht-chirurgischen Facharztweiterbildungen
 - davon bis zu 12 Monate im ambulanten Bereich
- 12 Monate in Orthopädie und Unfallchirurgie
- 12 Monate in Visceralchirurgie

= Facharzt für Allgemeine Chirurgie („BasisFA des Gesamtgebiets“)

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

„COMMON TRUNK“ plus

Oder Zweitens :48 Monate Weiterbildung in einer der
sonstigen Facharztsäulen

- bis zu 18 Monate in jeweils genannten im Einzelnen auch nicht-chirurgischen anderen Facharztweiterbildungen
- bis zu 12 Monate im ambulanten Bereich

= Facharztbezeichnung der sonstigen Facharztsäule

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- Das Ergebnis ist umstritten:
 - „Offen bleibt, wo die Grenze der Weiterbildung des einzelnen FA für diese Säule (Allgemeine Chirurgie) in der Viszeralchirurgie und der Orthopädie/Unfallchirurgie sein wird?“ (Siebert BDC-Online 01.09.06)
 - „Der operative Kenntnis- und Erfahrungsstand (des FA für Allgemeine Chirurgie) am Ende des Pflichtrotationsjahres wird keinesfalls dem Niveau entsprechen können, das als Basis für die visceral- bzw. unfallchirurgische Qualifikation des Allgemeinchirurgen zu fordern ist“ (Bauer MittDtschGesChir 2007;36:137-140)
 - Allgemeine Chirurgie als „Enlarged common trunk“ hat keine eigenständige Berechtigung (Bauer MittDtschGesChir 2007;4)

2. Die Entwicklung der medizinischen Spezialisierung

- Spezialisierungsentwicklung außerhalb der M-WBO
 - Fortbildungen und Zertifizierungen durch Wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften (WMF)
 - z.B. einer der 154 WMF der AWMF (Stand 11.05.2009)
 - Fortbildungen und Zertifizierungen durch Arbeitsgemeinschaften und Sektionen der einzelnen WMF
 - z.B. einer der 21 AG der DGGG oder 13 Sektionen der DEGUM
 - Qualitätssicherungsrichtlinien und -beschlüsse des G-BA gem. § 92 Abs 1 Nr. 13 i.V.m. § 137 SGB V
 - z.B. krankheits- oder methodenspezifische Zentrenbildung und Fallzahlkonzentration durch Mindestmengenregelungen

3. Haftungsmaßstab „Facharztstandard“

- „Kunstfehler“, d.h. ein Verstoß gegen einen allgemein anerkannten Grundsatz der (zahn-)ärztlichen Wissenschaft (etwa BGH U.v. 27.11.1952 VI ZR 25/52)
- Vorab nochmals : Der Begriff „Kunstfehler“ – eine Ableitung von „lege artis“ – erscheint heute gesellschaftlich überholt
- Objektiver Fahrlässigkeitsbegriff, d.h. objektive Sorgfaltspflichtverletzung ist stets subjektiv vorwerfbar
- Aber: Über den Facharztstandard hinausreichende Kenntnisse und diagnostische Befunde sind einzusetzen

3. Haftungsmaßstab „Facharztstandard“

- Dentist haftet nach dem gleichen Sorgfaltsmaßstab wie ein bestallter Zahnarzt (BGH U.v. 27.11.1952 VI ZR 25/52)
- Differenzierung nach sog. „Gruppenfahrlässigkeit“: Heilpraktiker / Allgemeinmediziner / Facharzt (BGH U.v. 29.01. 1991 VI ZR 206/90)
- Aber : Heilpraktiker, der invasive Eingriff vornimmt, haftet nach „den Sorgfaltsanforderungen eines Allgemeinmediziners, nicht eines Facharztes“ (BGH U.v. 29.01. 1991 VI ZR 206/90)

3. Haftungsmaßstab „Facharztstandard“

- Therapien in einem fremden Fachgebiet indizieren keinen Behandlungsfehler, jedoch ist der dort geltende Qualitätsstandard einzuhalten (BGH U.v. 27.10.1981 VI ZR 69/80)
- Krankenhaussträger/Chefarzt haftet für die Einhaltung der allgemein anerkannten Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft durch den Nichtfacharzt/Assistenzarzt (BGH U.v. 27.09.1983 VI ZR 230/81- „Facharzt-Urteil“)

3. Haftungsmaßstab „Facharztstandard“

- Vorhandene apparative Möglichkeiten müssen genutzt werden (BGH U.v. 26.11.1991 VI ZR 389/90), die Ausstattung muss jedoch (lediglich) der Versorgungsstufe entsprechen (BGH U.v. 22.09.1987 VI ZR 238/86)
- Übernahmeverschulden bzw. Aufklärungspflichtverletzung, wenn die höhere Versorgungsstufe **„entscheidende Vorteile“** (BGH a.a.O.) oder **„deutlich bessere Heilungschancen für ein schweres Leiden“** geboten sind (BGH U.v. 30.05. 1989 VI ZR 200/88 , wo sich die apparative Ausstattung des Bekl. „in der unteren Bandbreite der in Wissenschaft und Praxis akzeptierten Norm bewegte“)

3. Haftungsmaßstab „Facharztstandard“

- Kein Anspruch auf neueste Methoden und apparative Ausstattung, aber Aufklärungspflicht, wenn solche im wesentlichen wissenschaftlich unumstritten und **risikoärmer** und/oder **weniger belastend** sind und/oder **bessere Heilungschancen** versprechen (BGH U.v. 26.11.1991 VI ZR 389/90 – Fortführung von BGH 22.09.1987 VI ZR 238/86 und weitergehend als BGH U.v. 30.05. 1989 VI ZR 200/88) sowie „sich **weitgehend durchgesetzt** haben“ (BGH U.v. 22.09.1987 VI ZR 238/86) bzw. „in der Praxis verbreitet – **nicht nur an wenigen Zentren** – Anwendung finden“ (Geiß /Greiner 5. Aufl. B Rn. 6)

3. Haftungsmaßstab „Facharztstandard“

- Abgrenzung Facharzt – Subspezialist in bislang allein in Einzelfallentscheidungen, etwa:
 - » Sieht sich der zu einem neonatologischen Notfall hinzugezogene Kinderarzt mangels ausreichender Kenntnisse und Erfahrung außerstande, die erforderliche Intubation des Neugeborenen durchzuführen, muss er dafür sorgen, dass dies ein kompetenter Krankenhausarzt übernimmt. Nur in diesem Fall darf er sich bis zum Erscheinen dieses Arztes auf die Verbesserung der Sauerstoffzufuhr durch Maskenbeatmung beschränken« (OLG Stuttgart U.v. 04.01.00, 14 U 31/98)

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Der Ausdifferenzierung der fachärztlichen Berufsbilder durch „Subspezialisierung“ ist in diesen Gebieten durch eine Ausdifferenzierung der Beweisaufnahme Rechnung zu tragen
 - Gebietsärzte und Subspezialisten stehen in einem von Verteilungskämpfen und Protektionismus beeinflussten Versorgungswettbewerb, was auch auf die gutachterliche Beurteilung Einfluss nimmt
 - Abstrakte „Nicht-Verweisung“ an Subspezialisten als solches kann allein keine Haftung begründen
 - Zur Frage des Haftungsgrundes eines nicht-subspezialisierten Beklagten ist ein nicht-subspezialisierter Gebietsachverständiger zur hören.

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Subspezialisierte Sachverständige sind zur Haftung entsprechend subspezialisierter Beklagter und – auch in allen Fällen nicht-subspezialisierter Beklagter – zu Fragen der Kausalität zu hören
- Das Erfordernis zweier Gutachter bei nicht-subspezialisierten Beklagten ist so ein Gebot des fair trial
- Dies gilt gerade auch in der Frage des Übernahme- und Weiterbehandlungsverschuldens, wo sich zudem das Problem unterschiedlicher Versorgungsebenen zwischen Gutachter und Beklagten insbesondere in Fragen nach Befunderhebungsfehlern oder der Hinzuziehung von Subspezialisten verfahrensentscheidend aktualisiert

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Die Erosion einheitlicher fachärztlicher Berufsbilder durch „Ent-Subspezialisierung“ führt in diesen Gebieten (insb. Innere M. und Chirurgie) zur Erosion des hergebrachten Haftungsmaßstabes
 - Das Chirurgische 8-Säulen-Modelle begründet 8 verschiedene „Facharztstandards“ (Abschied von **dem** chirurgischen „Facharztstandard“ schlechthin)
 - Nicht jede Säule wird überall und zu jeder Zeit vorgehalten werden können (z.B. KRHS der Grundversorgung)
 - Zudem ;Umstrittene Grenzziehungen z.B. des “ FA für Allgemeine Chirurgie “ zur Visceral- und Unfallchirurgie

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- „ Diese Tatsache der sich überlappenden Leistungsspektren führt dazu, dass für bestimmte operative Bereiche künftig unterschiedliche Qualifikationswege bestehen werden. Dass daraus auch zwangsläufig eine unterschiedliche Versorgungsqualität resultieren wird, wird vermutet, ist allerdings (noch) nicht bewiesen.“ (Bauer a.a.O – vgl. i.ü. bereits oben)
- Das Zentrum der prozessualen Auseinandersetzungen wird sich vom Handlungsverschulden zur Frage eines Übernahme- und Weiterbehandlungsverschulden verschieben

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Der sich zum Haftungsgrund äußernde Sachverständige muss ungeachtet der „Umschreibungen“ durch Übergangsvorschriften den tatsächlich identischen Weiterbildungsgang des beklagten Arztes durchlaufen haben
- Dies gilt gerade auch in der Frage des Übernahme- und Weiterbehandlungsverschuldens, wo sich zudem das Problem unterschiedlicher Versorgungsebenen zwischen Gutachter und Beklagten insbesondere in Fragen nach Befunderhebungsfehlern oder der Hinzuziehung von Subspezialisten verfahrensentscheidend aktualisiert

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Die Pflicht zur Verweisung an apparativ oder personell (vermeintlich) geeignetere Behandler oder Strukturen bzw. eine Aufklärungspflicht hierüber Bedarf neuer und vorhersehbarer Grenzziehungen
 - „Bigger is better“ ist als Handlungsmotiv in der Qualitätssicherung im öffentlichen Gesundheitswesen allgemein anerkannt (Krankheits- und methodenspezifische Zentrenbildung durch Mindestmengenregelungen-s.o.) - anders wohlmöglich als in der Wahrnehmung der Pat.
 - Bisherige Grenzziehung „Nicht nur in einigen Zentren angeboten, sondern weitgehend anerkannt“ ist so kaum noch brauchbar

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Risikominimierung, Belastungsreduktion und Chancenverbesserung für den Patienten bei der rasanten Entwicklung der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und medizinisch-technischen Möglichkeiten sind **allgemeinkundig zentrales Motiv** der Subspezialisierung. („Practice makes perfect“)
- Die Versorgungsrealität schließt eine Versorgung von jedem und allem durch einen Subspezialisten aus. Genauso erscheint der „FA für das Häufige“/“BasisFA des Gesamtgebiets“ jedenfalls zunächst als unverzichtbar, wie sich am FA für Allgemeine Chirurgie bzw. FA für Innere Medizin ohne Schwerpunkt zeigt

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Dies führt zur folgender Forderung:
 - Übernahme- oder Weiterbehandlungsverschulden des „Basis-FA des Gesamtgebietes“ bei sich überlappenden Leistungsspektren müssen Abstützung im Curriculum der WBO-RiLi oder in zwischen Generalisten und Spezialisten abgestimmten Leitlinien finden
 - Kein Übernahme- und Weiterbehandlungsverschulden der Versorgungseinrichtung ohne vorhersehbaren Verstoß gegen Mindestmengenregelungen für diese Versorgungsaufgabe/Versorgungsstruktur
 - Keine Aufklärungspflicht über Allgemeinkundiges („Bigger is better“ oder „Practice makes perfect“)
 - Keine Aufklärungspflicht über Studienergebnisse aus der Versorgungsforschung (Aufklärung „Im großen und ganzen“)

4. Thesen zur Rechtsentwicklung

- Die Definition eines „common trunk“ als Basiswissen und Erfahrungsgrundlage für jegliches Tätigsein in einem Gebiet sollte zur Ausfüllung des Rechtsbegriffs vom „Groben Behandlungsfehler“ nutzbar gemacht werden
 - Bisläng : Ein Fehler, wie er einem Facharzt „schlechterdings nicht unterlaufen darf“ ; ein Verstoß „gegen das Fettgedruckte in der Medizin“
 - Evtl. ein Mehr an Rechtssicherheit durch eine Orientierung am Weiterbildungscurriculum der M-WBO zur gemeinsamen 24 monatigen Basisweiterbildung aller Fachärzte eines Gesamtgebietes

5. „Problemlösung“

- Das 1180 Gr. leichte Neugeborene und das Neonatalzentrum:
 - Gem. Beschluss des G-BA zur Änderung der Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen v. 20.08.2009: Ab 01.01.2010 min. 14 Fälle extrem leichter Frühgeborener unter 1250 Gr./Level 1 p.a.(noch nicht BMG-geprüft)
 - Ab 01.01.2010 Haftung, wenn apparative oder personelle Ausstattung hinter derjenigen der geforderten Einrichtung zurück bleibt und das Kind hierdurch kausal Schaden erleidet

5. „Problemlösung“

- Der niedergelassene Radiologe ohne MRT und ohne „MRT-Führerschein“
 - Gem. der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) setzt die Abrechnungsgenehmigung bestimmte fachliche Befähigung und apparative Ausstattung voraus
 - Der Radiologe, der diese nicht erfüllt, kann sich – in den bekannten Grenzen – auch gegenüber Subspezialisten des gleichen Gebietes auf den „horizontalen Vertrauensgrundsatz“ berufen

5. „Problemlösung“

- Der niedergelassene Gynäkologe und das pränataldiagnostische Konsil
 - Grundsätzlich ist der FA für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Betreuung auch von Risikoschwangerschaften umfassend berechtigt. Bislang keine Tätigkeitsbegrenzung durch Vorgaben G-BA, WMF oder AG der WMF
 - Ein Pflichtverstoß liegt vor, wenn er mit den ihm zu Gebote stehenden fachärztlichen Befähigung und apparativen Mitteln hätte erkennen müssen, dass diese zur Beurteilung und Behandlung im konkreten Fall nicht mehr ausreichen.
 - Die Beurteilung obliegt einem Gynäkologen ohne Subspezialisierung, nicht einem Pränataldiagnostiker

5. „Problemlösung“

- Der Chirurg, die Stimmbandlähmung und der Hinweis auf das „Zentrum für endokrinologische Chirurgie“
 - Es ist für ausgedehnte Schilddrüseneingriffe belegt, dass die individuelle Erfahrung des Chirurgen („Practice makes perfect“) stärker noch als die jährliche Fallzahl der Klinik („Bigger is better“) mit der Komplikationshäufigkeit signifikant korreliert (Thomusch et al. World J. Surg. 24, 1335-1341, 2000)
 - Bislang keine Tätigkeitsbegrenzung durch Vorgaben G-BA, WMF oder AG der WMF
 - Keine Aufklärungspflicht über Allgemeinkundiges bzw. Studienergebnisse der Versorgungsforschung

**Ich danke für Ihre Zeit und
Aufmerksamkeit !**