

Medizinrecht im Medizinstudium
Eine Umfrage unter Studierenden im Praktischen Jahr

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades des Doktors der Medizin
des Fachbereiches Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von
Dr. iur. Markus Neuser
aus Siegen

Gießen 2022

Aus dem Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen
Institut für Rechtsmedizin

Gutachter: Prof. Dr. Dr. Dettmeyer

Gutachter: Prof. Dr. Uhl

Tag der Disputation: 24. Mai 2022

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Einführung in die Problematik	1
1.2. Zielsetzung der Arbeit	3
1.3. Die ärztliche Ausbildung in Deutschland	4
1.3.1. Die historische Entwicklung der ärztlichen Ausbildung	4
1.3.2. Rechtsgrundlagen der ärztlichen Ausbildung in Deutschland	7
1.3.2.1. Europarechtliche Vorgaben	9
1.3.2.2. Studien- und Prüfungsordnungen	10
1.3.2.3. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin	10
1.3.2.4. Masterplan Medizinstudium 2020	11
1.3.3. Medizinrecht als Bestandteil des Medizinstudiums	12
1.3.4. Entwicklung und Gegenstand des Medizinrechts	13
2. Material und Methode	15
2.1. Fragebogen	15
2.2. Datenerhebung	16
2.3. Limitierungen	17
3. Ergebnisse	19
3.1. Angaben zur Person der Befragten	19
3.2. Angaben zu medizinrechtlichen Vorkenntnissen	19
3.3. Bewertung des medizinrechtlichen Unterrichtes im Medizinstudium	22
3.4. Bewertung des medizinrechtlichen Unterrichtes differenziert nach Fakultäten	29
3.5. Präferenz der unterschiedlichen Rechtsthemen aus dem Spektrum des Medizinrechtes	36
4. Diskussion	44
4.1. Die Bedeutung medizinrechtlicher Kenntnisse für die ärztliche Berufsausübung	45
4.1.1. Risikobehaftung ärztlichen Handelns	45
4.1.2. Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses	46
4.1.2.1. Der informierte Patient	47
4.1.2.2. Aufwertung der Patientenrechte durch die Rechtsprechung und den Gesetzgeber	47
4.1.2.3. Ökonomisierung der Medizin	48
4.1.2.4. Folgen des gewandelten Arzt-Patienten-Verhältnisses	49

4.1.2.4.1. Vermehrte Inanspruchnahme rechtlicher Institutionen durch Patienten	49
4.1.2.4.2. Defensivmedizin	52
4.1.2. Konsequenzen für die medizinrechtliche Ausbildung im Medizinstudium	56
4.2. Medizinrechtliche Ausbildung von Studierenden im Medizinstudium	60
4.2.1. Deutschland	61
4.2.1.1. Umfang und Struktur medizinrechtlichen Unterrichtes im Medizinstudium	61
4.2.1.2. Fazit	65
4.2.2. Medizinrechtlicher Unterricht im internationalen Vergleich	65
4.2.2.1. Umfang und Qualität medizinrechtlicher Ausbildung	66
4.2.2.2. Beispiele für Programme zur Verbesserung der medizinrechtlichen Ausbildung	71
4.2.3.3. Fazit	78
4.3. Optimierung der Ausbildung im Medizinrecht in Deutschland	78
4.3.1. Etablierung des Medizinrechts als festen Bestandteil eines Curriculums	79
4.3.1.1. Medizinrecht als Bestandteil der Ausbildung in anderen Berufen	79
4.3.1.2. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin	82
4.3.2. Das Verhältnis von Medizinrecht und Medizinethik	88
4.3.3. Organisation medizinrechtlichen Unterrichtes im Medizinstudium	89
4.3.3.1. Zeitpunkt des medizinrechtlichen Unterrichtes während des Medizinstudiums	89
4.3.3.2. Unterrichtsformen zur Vermittlung medizinrechtlicher Kenntnisse	93
4.3.3.4. Rekrutierung geeigneten Lehrpersonals	94
4.4. Fazit und Ausblick	95
5. Zusammenfassung	96
6. Literaturverzeichnis	98
7. Anhang	105
8. Publikationsverzeichnis	111
9. Ehrenwörtliche Erklärung	112
9. Danksagung	113

1. Einleitung

1.1. Einführung in die Problematik

Medizinrecht im Medizinstudium? In Anbetracht der zunehmenden Fülle an Informationen, die Studentinnen und Studenten der Medizin bis zum erfolgreichen Abschluss ihres Studiums bewältigen müssen, mag die Frage aufkommen, ob ein Fach wie Medizinrecht, das sich mit seiner juristisch-dogmatischen Ausrichtung fundamental von der naturwissenschaftlich-medizinischen Denkweise unterscheidet, überhaupt einen Platz in der ärztlichen Ausbildung haben kann. Wie in kaum einem anderen Beruf, hat ärztliches Handeln unmittelbare Konsequenzen für das Leben und die Gesundheit des Patienten, wie auch seiner Angehörigen. Angehende Mediziner werden in Ihrem Berufsleben unvermeidlich mit rechtlichen Thematiken konfrontiert.¹ Das Spektrum ist vielfältig und kann Fragen aufwerfen, die ärztliches Handeln gegenüber dem Patienten in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht beeinflussen oder sich als dessen Folge darstellen, wie etwa die nachträgliche gerichtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit einer ärztlichen Entscheidung im Rahmen eines Straf- oder Zivilverfahrens.

Aufgrund der zwischen Recht und Medizin unvermeidbar bestehenden Berührungspunkte ist zu konstatieren, dass das Verhältnis von Ärzten und Juristen seit je her durch eine Ambivalenz geprägt ist. Auf der einen Seite steht der empirisch denkende Arzt, der biologische und psychologische Zusammenhänge möglichst wirklichkeitsnah erkennen kann.² Nach heutigem Verständnis geht das ärztliche Berufsfeld weit über das in § 1 Abs. 1 der Bundesärzteordnung genannte traditionelle Berufsbild hinaus, wonach der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes dient. Der Arzt ist in besonderem Maß auch Dienstleister, der Wünsche des Patienten nach einer Verbesserung des Körpers und der Psyche erfüllt.³ Ihm gegenüber steht der Jurist, der danach fragt, unter welche Rechtsnorm er ein bestimmtes Verhalten subsumieren kann.⁴ Aufgrund dieser unterschiedlichen Sichtweisen entstand bereits in der frühen Vergangenheit

¹ Vgl. Dettmeyer, Medizin und Recht, S. 1 ff.

² Katzenmeier, Verrechtlichung der Medizin, in: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, S. 45 (51).

³ Kirchhof, zitiert in Stüwe, Arzt - der durchnormierte Beruf, Deutsches Ärzteblatt 2009, Jg. 106, Heft 13, A 593.

⁴ Katzenmeier, Verrechtlichung der Medizin, in: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, S. 45 (51).

ein schier unauflösliches Spannungsverhältnis, das durch die Rechtsprechung zur Rechtsnatur des ärztlichen Heileingriffs eine besondere Brisanz erfahren hat.⁵ In der unter Medizinern aber auch Teilen der juristischen Literatur stark kritisierten auf das Reichsgericht⁶ zurückreichenden ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes, stellt ein ärztlich vorgenommener Eingriff in die körperliche Unversehrtheit selbst dann eine tatbestandsmäßige Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB dar, wenn er durch einen Arzt in heilender Absicht erfolgt und objektiv als Heilmaßnahme anerkannt ist.⁷ Die Rechtsprechung setzt dabei den Fokus auf eine zunächst isolierte Betrachtung der ärztlichen Handlung, wonach etwa der durch eine Operation gesetzte Hautschnitt als solches unter die Tatbestandsmerkmale der körperlichen Misshandlung oder Gesundheitsbeschädigung subsumiert werden kann. Der Unrechtsgehalt des ärztlichen Eingriffs entfällt erst aufgrund einer fehlenden Rechtswidrigkeit bei Vorliegen einer rechtswirksamen rechtfertigenden Einwilligung durch den Patienten.⁸ Diese Wertung, die sich dem Einwand der Wirklichkeitsfremdheit ausgesetzt sah und den Arzt als Messerstecher diskriminierte⁹, stellt einen Grundpfeiler der zunehmend an Bedeutung gewonnenen Patientenautonomie im Arzt-Patienten-Verhältnis dar. Der Behandelnde muss - was heute als selbstverständlich gilt - vor jeder medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten nach ordnungsgemäßer Aufklärung einholen, um einer strafrechtlichen Verantwortung oder zivilrechtlichen Haftung zu entgehen.¹⁰

In den letzten Jahrzehnten hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten eine zunehmende Aufwertung erfahren. Durch eine Reglementierung ärztlicher Sorgfalts- und Dokumentationspflichten seitens der Rechtsprechung besteht die Gefahr, dass der Arzt zum „Dokumentar seiner eigenen Tätigkeit“ wird¹¹, um sich nicht dem Vorwurf eines Aufklärungs- oder Behandlungsfehlers auszusetzen. Eine Kodifizierung der von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zum Arzthaftungs- und Behandlungsrecht hat der Gesetzgeber in dem „*Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*“ vom

⁵ Dettmeyer, *Medizin & Recht*, S. 28; Katzenmeier, *Verrechtlichung der Medizin*, in: *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*, S. 45 (52).

⁶ RG St 25, 375 (387).

⁷ BGH St 43, 306 (308).

⁸ BGH NJW 1972, 335 (336).

⁹ Kirchhof, zitiert in: Stüwe, *Medizin und Recht: Arzt - der durchnormierte Beruf*, *Deutsches Ärzteblatt* 2009, Jg. 106, Heft 13, A 593.

¹⁰ BGH NJW 1972, 335 (336).

¹¹ Hoppe, zitiert in: Stüwe, *Medizin und Recht: Arzt - der durchnormierte Beruf*, *Deutsches Ärzteblatt* 2009, Jg. 106, Heft 13, A 593.

26.02.2013 vorgenommen. Durch die in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügten Vorschriften zum Behandlungsvertrag (§§ 630a bis 630h BGB) werden die Informations- und Aufklärungspflichten des Arztes gegenüber dem Patienten, die Dokumentationspflicht der Behandlung, das Akteneinsichtsrecht sowie die Grundzüge der Beweislast bei Behandlungsfehlern festgeschrieben.¹² In Anbetracht der umfangreichen Rechtsprechung, aber auch Gesetzen, Verordnungen oder Leitlinien, denen sich der Arzt bei seiner Tätigkeit unterworfen sieht¹³, wird bereits von einer „Verrechtlichung der Medizin“ gesprochen.¹⁴ Aber genau dieser Umstand zeigt, dass Rechtskenntnisse für die ärztliche Berufsausübung heute umso mehr an Bedeutung erlangen.

1.2. Zielsetzung der Arbeit

Aufgrund der vielfältigen Berührungspunkte zwischen Medizin und Recht, die maßgeblichen Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit haben können, erfolgte eine Befragung von Studierenden im Praktischen Jahr (PJ) der klinischen Ausbildung nach ihrer Einschätzung hinsichtlich der Bedeutung des Medizinrechts für den Arztberuf und des Unterrichtes im Medizinrecht während des Studiums.¹⁵ Vor diesem Hintergrund soll evaluiert werden, ob Studierenden im Medizinstudium medizinrechtliche Kenntnisse vermittelt werden. Dabei ist von Interesse in welcher Form medizinrechtlicher Unterricht erfolgt und wie dieser von Studierenden mit Blick auf einen Profit hinsichtlich einer künftigen ärztlichen Tätigkeit bewertet wird.

Auf Grundlage der Ergebnisse ist zu diskutieren, ob die derzeitige medizinrechtliche Ausbildung von Studierenden der Medizin eine adäquate Vorbereitung auf Rechtsfragen, mit denen Ärztinnen und Ärzte in ihrer Berufsausübung konfrontiert werden, bietet. Mit Blick auf den gegenwärtig in Gang befindlichen Reformprozess des Medizinstudiums ist der Stellenwert des Medizinrechts im Rahmen der medizinischen Ausbildung zu bewerten und unter Berücksichtigung der von Seiten der Studierenden geäußerten Einschätzung die Notwendigkeit einer obligaten Integration des Medizinrechts in die Ausbildungscurricula

¹² Bundestagsdrucksache 17/10488, S. 9.

¹³ Kirchhof, zitiert in: Stüwe, Medizin und Recht: Arzt - der durchnormierte Beruf, Deutsches Ärzteblatt 2009, Jg. 106, Heft 13, A 593.

¹⁴ Katzenmeier, Verrechtlichung der Medizin, in: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, S. 45 ff.; Spickhoff, Ärzte und Juristen, in: Rescriptum 2016/2, S. 161.

¹⁵ Neuser, Medizinrecht im Medizinstudium - Umfrage unter PJ-Studenten: Vortrag am 15.09.2018 auf der 97. Jahrestagung der DGRM/42. Jahrestagung des AKFOS in Halle/Saale.

sowie einer Standardisierung des medizinrechtlichen Unterrichts zu erörtern. Vergleichend soll darauf eingegangen werden, welche Bedeutung dem Unterricht im Medizinrecht in den Ausbildungscurricula anderer Staaten beigemessen wird.

1.3. Die ärztliche Ausbildung in Deutschland

1.3.1. Historische Entwicklung der ärztlichen Ausbildung

Obwohl es sich bei der Medizin um ein naturwissenschaftliches Fach handelt, wurde, historisch betrachtet, auch den Geisteswissenschaften eine bedeutsame Rolle im Rahmen der medizinischen Ausbildung beigemessen. Dies galt insbesondere für die Philosophie, die seit der Antike bis ins 19. Jahrhundert fester Bestandteil des Medizinstudiums war. Bedeutsam waren vor allem die Naturphilosophie des Aristoteles oder die Lehren von Galen oder Hippokrates. In seiner Schrift „Quod optimus medicus sit quoque philosophicus“, wonach der beste Arzt auch Philosoph sein sollte, erhebt Galen den Anspruch, die Medizin in einen universellen Rahmen zu stellen, um damit den Arzt über die Grenzen einer eng gefassten Fachwissenschaft hinauszuhoben.¹⁶ Im Gegensatz zur heutigen Medizin, die aufgrund des stetig zunehmenden naturwissenschaftlichen Wissens und der sich bietenden technischen Möglichkeiten die Beherrschung von Krankheiten in den Vordergrund stellt, war Medizin früher auf die möglichst günstige Beeinflussung und Lenkung natürlicher Krankheitsverläufe ausgerichtet.¹⁷ Aufgabe der Medizin war es ebenso, den Einzelnen zur Kunst einer guten Lebensführung anzuleiten, die durch eine günstige Einwirkung auf Körper und Geist ein aktives Gesundheitsverständnis zur Grundlage hatte.¹⁸ Dies bedeutete zugleich aber auch die Einsicht in die Grenzen menschlichen Lebens und der Respekt vor ihnen.¹⁹

Die Wurzeln des ärztlichen Berufes reichen bis in die Antike zurück. Eine besondere Zulassungspflicht oder eine staatliche Kontrolle existierte zu dieser Zeit noch nicht, so dass jeder „Arzt“ sein konnte, der sich hierzu berufen fühlte oder Patienten fand, die ihm vertrauten.²⁰ Es bestand eine Koexistenz zwischen Ärzten, die eine Ausbildung an einer

¹⁶ Luchner, Philiatroi, S. 38.

¹⁷ Borck, Medizinphilosophie, S. 15.

¹⁸ Borck, Medizinphilosophie, S. 58.

¹⁹ Borck, Medizinphilosophie, S. 59.

²⁰ Harig/Schneck, Geschichte der Medizin, S. 63.

wissenschaftlichen Schule genossen hatten und sog. Scharlatanen, welche die ärztliche Heilkunst ohne besondere Qualifikation ausübten. Als Fachmann und Wissenschaftler konnte ein Arzt ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießen, das mit dem von Philosophen verglichen werden konnte.²¹

Durch die im Mittelalter in Europa entstandenen medizinischen Fakultäten entwickelte sich eine besondere Form wissenschaftlicher Berufsausbildung, die zu einer neuen Elite von Ärzten führte.²² Entscheidend für die Einführung der Medizin als Universitätsfach war zum einen die Rezeption der sich im 11. Jahrhundert ausbreitenden Übersetzungen griechischer und arabischer Schriften, die eine Grundlage der medizinischen Ausbildung darstellten, zugleich aber auch eine theoretische Befassung mit medizinischen Fragen anregten. Auf der anderen Seite trug aber auch die Ausbreitung der Städte und der hiermit verbundene wirtschaftliche und demographische Aufschwung Westeuropas im 12. und 13. Jahrhundert zur Entstehung der Universitäten und damit auch der medizinischen Fakultäten bei.²³ Die an den Universitäten ausgebildeten Ärzte standen in Konkurrenz mit nicht akademisch ausgebildeten Praktikern oder anderen Personen, die bei körperlichen Beschwerden eine auf übernatürlichen Methoden beruhende Heilung anboten.²⁴ Allerdings gab es auch unter den nicht akademisch Ausgebildeten Heilkundige, die es mit den Universitätsmedizinern aufnehmen konnten und einen vergleichbaren Status einnahmen. Führende Universitäten im 15. Jahrhundert waren in Bologna, Montpellier und Paris angesiedelt.²⁵ Die Fakultäten unterschieden sich vor allem durch ihre Größe oder ihren Ruf bzw. der Reputation innerhalb der Universität, jedoch weniger durch den Lehrplan, der aufgrund des gemeinsamen Ursprung der griechischen und islamischen Medizin sowie der aristotelischen Naturphilosophie in ganz Europa nahezu identisch war.²⁶ Nicht medizinische Fächer wie die Philosophie oder auch die Astrologie gehörten ganz selbstverständlich zum Unterrichtsinhalt. Dies mag in dem Anspruch der Medizin auf einen höheren wissenschaftlichen Rang wie auch auf einen Platz unter den höheren Fakultäten zu sehen sein.²⁷ Auf der anderen Seite war die Methodik der Universitätsmedizin durch den scholastischen Aristotelismus beeinflusst, in dessen Manier Texte mit Hilfe von Fragen

²¹ Harig/Schneck, Geschichte der Medizin, S. 63.

²² Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321.

²³ Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321.

²⁴ Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321 (322).

²⁵ Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321 (324).

²⁶ Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321 (325).

²⁷ Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321 (328).

oder Einwänden kommentiert wurden.²⁸ Seitens gelehrter Ärzte wurde eine naturphilosophische Basis unverzichtbar für die Ausübung ihrer Tätigkeit angesehen.²⁹ Der zu Zeiten des römischen Reichs lebende christliche Schriftsteller Tertullian bezeichnete die Philosophie gar als „Schwester der Medizin“ (*medicina soror philosophiae*).³⁰

Seit Mitte des 19. Jahrhunderts wurde das Medizinstudium in Deutschland zunehmend vereinheitlicht und hat eine Struktur erhalten, die in ihren Grundzügen bis in die heutige Gegenwart reicht.³¹ Die Zweiteilung des Studiums in einen vorklinischen und klinischen Teil wie wir sie heute kennen, wurde zunächst 1861 in Preußen³² entworfen und 1883 in der Prüfungsordnung für das gesamte Deutsche Reich verbindlich übernommen.³³ Die Bedeutung der philosophischen Lehre für das Medizinstudium, zeigte sich zu Beginn des 19. Jahrhunderts zunächst noch in der Einführung des Tentamen philosophicum im Rahmen einer Studienreform von 1825. Hierbei handelte es sich um eine Form der Zwischenprüfung, die nach dem 3. Semester stattfand.³⁴ Die Prüfung beinhaltete die Fächer Logik und Methodologie, Psychologie, Physik, Chemie, Botanik, Zoologie und Mineralogie und wurde vor den Professoren der Philosophischen Fakultät abgelegt.³⁵ Allerdings war zu beobachten, dass der Unterrichtsinhalt in den folgenden Jahren auf Kosten der Philosophie und anderer Geisteswissenschaften zunehmend naturwissenschaftlich geprägt war. Die aufkommende Begeisterung für einen naturwissenschaftlichen Positivismus führte dazu, dass nicht primär oder ausschließlich naturwissenschaftlich ausgebildete Ärzte in die zweite Reihe gedrängt wurden.³⁶ Kranke wurden nun auch als Objekt medizinischer Forschung angesehen, die darauf abzielte, durch Erforschung bisher unbekannter Krankheiten und der Entwicklung neuerer Therapien, zukünftigen Generationen zu dienen.³⁷ Durch die 1861 erfolgte Reformation des Medizinstudiums wurde der

²⁸ Siraisi, Die Medizinische Fakultät, S. 321 (338).

²⁹ Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591.

³⁰ Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591.

³¹ Borchardt, Ambulante kardiologische Rehabilitation, S. 66.

³² Rentschler, Die Praxisphase im Medizinstudium, S. 39.

³³ Borchardt, Ambulante kardiologische Rehabilitation, S. 66.

³⁴ Borchardt, Ambulante kardiologische Rehabilitation, S. 66.

³⁵ Borchardt, Ambulante kardiologische Rehabilitation, S. 66; Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, S. 102.

³⁶ Bergdolt, Götter, Kranke und Gelehrte, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, S. 20 (31).

³⁷ Bergdolt, Götter, Kranke und Gelehrte, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, S. 20 (31).

Hinwendung zum naturwissenschaftlichen Denken in der Medizin Rechnung getragen und das Tentamen philosophicum durch das Tentamen physicum ersetzt.³⁸ Im Wege der kompletten Neuordnung des Studiums mit dem Primat der naturwissenschaftlichen Seite wurden geisteswissenschaftliche Fächer aus dem Lehrplan herausgenommen.³⁹ Die Prüfung umfasste nunmehr die fünf Fächer Anatomie, Physiologie, Physik, Chemie und beschreibende Naturwissenschaften (Botanik, Zoologie, Mineralogie).⁴⁰ Auf diese Weise sollte der Gefahr begegnet werden, dass die Studenten durch die philosophischen Vorlesungen die naturwissenschaftlichen Fächer nicht genügend ernst nehmen würden und eine Oberflächlichkeit im Studium gefördert werde.⁴¹

Erst 1970 wurden wieder Fächer mit geisteswissenschaftlichem Bezug wie die medizinische Soziologie und medizinische Psychologie als Lehrinhalte in das Medizinstudium aufgenommen.⁴² Angesichts des gewandelten ärztlichen Tätigkeitsprofil, das heute auch nicht-ärztliche oder administrative Tätigkeiten umfasst oder des erheblichen Kostendrucks, der das ärztliche Handeln und die ärztliche Unabhängigkeit beeinflusst, finden sich Bestrebungen, die Philosophie, die bisher nur in Form der Medizinethik in den Unterricht einfließt, wieder in die Ausbildung zu integrieren.⁴³ Mit Blick auf die neuen Herausforderungen, denen sich Ärzte stellen müssten, wird betont, dass auch philosophische Themen wie die philosophische Erkenntnistheorie, Ästhetik, Logik, Anthropologie oder Metaphysik für die Ausbildung des modernen Arztes bedeutsam erscheinen.⁴⁴

1.3.2. Rechtsgrundlagen der ärztlichen Ausbildung in Deutschland

Die ärztliche Ausbildung der Bundesrepublik Deutschland wird durch unterschiedliche Gesetze und Verordnungen geregelt bzw. konkretisiert. Nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 des

³⁸ Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591.

³⁹ Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591.

⁴⁰ Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, S. 102.

⁴¹ Borchardt, Ambulante kardiologische Rehabilitation, S. 66; Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, S. 102.

⁴² Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591.

⁴³ Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591.

⁴⁴ Bohrer/Schmidt/Rüter/Königshausen, Medizinstudium: Die Schwester der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft 51-52, A 2591 (A 2592).

Grundgesetzes unterliegt die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen der konkurrierenden Gesetzgebung. Die Gesetzgebungskompetenz obliegt damit grundsätzlich dem Bundesgesetzgeber, der durch den Erlass der Bundesärzteordnung (BÄO) hiervon Gebrauch gemacht hat. Die irreführend anmutende Verwendung des Begriffes „Ordnung“ darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich um ein förmliches, also von einem Legislativorgan erlassenes Gesetz handelt.⁴⁵ Durch § 4 Abs. 1 BÄO wird das Bundesministerium für Gesundheit als Exekutivorgan ermächtigt, eine Approbationsordnung zu erlassen, welche die Mindestanforderungen an das Studium der Medizin einschließlich der praktischen Ausbildung in Krankenhäusern und anderen geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung sowie das Nähere über die ärztliche Prüfung und die Approbation regelt. Bei der Approbationsordnung handelt sich um eine Rechtsverordnung, die im Rang unterhalb eines förmlichen Gesetzes steht.

Die Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) vom 27.Juni 2002 (zuletzt geändert durch Art. 5 des Gesetzes vom 17.Juli 2017) definiert in § 1 Abs. 1 ÄApprO als Ziel der ärztlichen Ausbildung den wissenschaftlich und praktisch ausgebildeten Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbstständigen ärztlichen Berufsausübung, zur Weiterbildung und zu ständiger Fortbildung befähigt ist. Gemäß Abs. 2 Nr. 1 ÄApprO umfasst die ärztliche Ausbildung ein Studium der Medizin von 5.500 Stunden und einer Dauer von sechs Jahren an einer Universität oder gleichgestellten Hochschule. Durch die weiteren Vorschriften werden die Gliederung der ärztlichen Ausbildung, die Studiendauer und die Unterrichtsinhalte einschließlich der erforderlichen Praktika festgelegt (§§ 2 bis 7 ÄApprO). Hieran schließen sich Regelungen zum Prüfungsverfahren und den Prüfungsinhalten (§§ 8 bis 33 ÄApprO) sowie der Approbationserteilung (§§ 36 und 40 ÄApprO) an. Ergänzend finden sich Vorschriften bezüglich der Erlaubnis zu einer vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes (§§ 34 bis 35a ÄApprO), zum Modellstudiengang Medizin (§ 41 ÄApprO) sowie Übergangsregelungen und Schlussbestimmungen (§§ 42 bis 44 ÄApprO).

⁴⁵ Teubner, Die juristische Fallbearbeitung, S. 44.

1.3.2.1. Europarechtliche Vorgaben

Auf europäischer Ebene wurde im Jahre 2005 die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen erlassen.⁴⁶ Ziel der Richtlinie war es, mit Blick auf den freien Personen- und Dienstleistungsverkehr zwischen den Mitgliedstaaten, die Migration von Selbstständigen oder abhängig Beschäftigten eines reglementierten Berufes innerhalb der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraumes zu erleichtern. Vor diesem Hintergrund werden in Art. 24 der Richtlinie Standardanforderungen für die ärztliche Grundausbildung festgelegt. Der Gesamtumfang des Medizinstudiums wurde hierbei auf mindestens sechs Jahre oder 5.500 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht an einer Universität oder unter Aufsicht einer Universität einheitlich reglementiert.⁴⁷ Durch die Novellierungsrichtlinie 2013/55/EU vom 20.11.2013, deren wesentliche Zielsetzung die Etablierung eines europäischen Berufsausweises und die Schaffung eines Vorwarnsystems hinsichtlich der Unzulässigkeit des Wechsels eines Berufsangehörigen in einen anderen Staat aufgrund des Vorliegens disziplinarischer Sanktionen oder Vorstrafen ist, wurde unter Beibehaltung der Mindestzahl von 5.500 Stunden die Mindestdauer auf fünf Jahre reduziert, um die Bedingungen, die sich auf die Mindestzahl von Jahren und Stunden beziehen kumulativ anwenden zu können, wobei betont wird, dass es nicht Ziel sei, die Ausbildungsanforderungen der ärztlichen Grundausbildung zu senken.⁴⁸ Zusätzlich ist nun auch ein Nachweis in ECTS-Punkten möglich.⁴⁹ Die Umsetzung der Richtlinien in das nationale Recht erfolgte durch entsprechende Gesetze zur Änderung der Bundesärzte- und Approbationsordnung.⁵⁰

⁴⁶ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

⁴⁷ Richtlinie 2005/36/EG, des Europäischen Parlaments und Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen.

⁴⁸ Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarktinformationssystems („IMI-Verordnung“), L354/135 (18).

⁴⁹ Richtlinie 2013/55/EU, L354/134 (17).

⁵⁰ Vgl. Artikel 5 Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 205/36/EG des europäischen Parlaments und Rates über die Anerkennung der Berufsqualifikationen der Heilberufe von 2. Dezember 2007, BGBl I S. 2686; Artikel 5 Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2013/55/EU des Europäischen Parlaments und Rates vom 20. November 2013 zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen und der Verordnung (EU) Nr. 1024/2012 über die Verwaltungszusammenarbeit mit Hilfe des Binnenmarktinformationssystems („IMI-Verordnung“) für bundesrechtlich geregelte Heilberufe und andere Berufe vom 18. April 2016, BGBl I, S. 886.

1.3.2.2. Studien- und Prüfungsordnungen

Die Approbationsordnung ermächtigt die Universitäten zum Erlass von Studienordnungen (vgl. §§ 2 Abs. 7 S. 1 und 2; 27 Abs. 1 S. 2 und S. 5 ÄApprO). Die Studien- oder auch Prüfungsordnungen werden auf Grundlage der Hochschulgesetze der Länder vom Fachbereichsrat der jeweiligen Fakultät erlassen.⁵¹ Sie haben den Rechtscharakter einer Satzung.⁵² Sowohl Studien- wie auch Prüfungsordnungen unterfallen dem Schutzbereich der in Art. 5 Abs. 3 des Grundgesetzes garantierten Freiheit von Forschung und Lehre.⁵³ Die Hochschulen sind innerhalb des von der Approbationsordnung vorgegebenen Rahmens berechtigt, die Einzelheiten des Studiums, etwa bezüglich des Aufbaus, der Stundenpläne, des Lehrangebotes oder der Durchführung von Leistungskontrollen, eigenständig zu regeln. Auf die Lehrfreiheit gemäß Art. 5 Abs. 3 GG kann sich auch der Lehrende hinsichtlich der inhaltlichen und methodischen Ausgestaltung einer Lehrveranstaltung berufen.⁵⁴ Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichtes können der Lehrfreiheit durch Studienordnungen aber auch Grenzen gesetzt werden.⁵⁵

1.3.2.3. Nationaler kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)

Am 4. Juli 2015 wurde in Kiel durch die Mitgliederversammlung des Medizinischen Fakultätentages der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) verabschiedet. Der NKLM basiert auf einer Initiative des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) und ist das Ergebnis einer beinahe sechsjährigen Entwicklungszeit durch Arbeitsgruppen des MFT und der GMA sowie von mehr als 200 Experten aus Fachgesellschaften der Bundesärztekammer, der Bundesvereinigung der Medizinstudierenden Deutschland und der Medizinischen Fakultäten.⁵⁶ Basierend auf der in § 1 Abs. 1 ÄApprO festgelegten Zielsetzung der ärztlichen Ausbildung beschreibt der NKLM das Absolventenprofil von Ärztinnen und Ärzten

⁵¹ Vgl. § 44 Abs. 1 Nr. 1 Hessisches Hochschulgesetz.

⁵² Narr, *Ärztliches Berufsrecht*, Band 1 A 88; Papenfuß, *Die personellen Grenzen der Autonomie öffentlich-rechtlicher Körperschaften*, S. 120.

⁵³ Vgl. BVerfGE 35, 79 (123).

⁵⁴ BVerfG NVwZ 1991, 1082.

⁵⁵ BVerfG NVwZ 1991, 1082 so zumindest ausdrücklich bezüglich der Voraussetzungen für die Erteilung von Leistungsnachweisen.

⁵⁶ Richter-Kuhlmann, *Lernzielkatalog Medizin: Mehr als Faktenwissen*, *Deutsches Ärzteblatt* 2015, Jg. 112, Heft 33-34, A 1366; siehe auch *Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015*, S. 10.

im Sinne eines Kerncurriculums für das Medizinstudium.⁵⁷ Dieses versteht sich als Ergänzung zu den Gegenstandskatalogen des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) und soll den Fakultäten Raum für Gestaltung bieten.⁵⁸ Der NKLM bietet den Fakultäten eine Orientierungshilfe bei der Ausgestaltung ihrer Curricula. Allein rechtsverbindlich bleiben weiterhin nur die Studien- und Prüfungsordnungen der medizinischen Fakultäten und die hierin hinterlegten Lernzielkataloge.⁵⁹

1.3.2.4. „Masterplan Medizinstudium 2020“

Am 31.03.2017 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Forschung und Bildung sowie Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages der „Masterplan Medizinstudium 2020“ beschlossen.⁶⁰ Mit Blick auf die Herausforderungen, die eine Gesellschaft des längeren Lebens mit sich bringt, sollen durch eine Veränderung der Studienstruktur und der Ausbildungsinhalte die Weichen für eine Ausbildung künftiger Medizinergenerationen gestellt werden, die den gesellschaftlichen Veränderungen Rechnung trägt.⁶¹ Als wesentliche Ziele werden die Neustrukturierung des Medizinstudiums in Form einer kompetenzorientierten und praxisnahen Ausbildung, die Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung oder praxisnahe Prüfungen angeführt. Durch eine Änderung des Zulassungsverfahrens zum Studium, sollen die Hochschulen angehalten werden, neben der Abiturnote mindestens zwei weitere Auswahlverfahren anzuwenden. Ferner wird die Notwendigkeit einer Rekrutierung des Nachwuchses zur Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung betont.⁶²

Unter dem Gesichtspunkt einer kompetenzorientierten Ausbildung, soll der NKLM durch eine Kommission, in der Bund und Länder (Wissenschafts- und Gesundheitsseite) sowie das IMPP, der Medizinische Fakultätentag und die Gesellschaft für Medizinische

⁵⁷ Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, S. 6.

⁵⁸ Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, S. 7.

⁵⁹ Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, S. 7.

⁶⁰ Siehe die Gemeinsame Presseerklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Forschung und Bildung vom 31.03.2017.

⁶¹ Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020, S. 1.

⁶² Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020, S. 3 ff.

Ausbildung vertreten sind, weiterentwickelt werden. In den Weiterentwicklungsprozess sollen auch Erfahrungen der medizinischen Fakultäten einfließen, die ihre Curricula am NKLM ausrichten.⁶³ Es wird beabsichtigt, den weiterentwickelten NKLM als verbindlichen Bestandteil in die Approbationsordnung zu integrieren.⁶⁴

1.3.3. Medizinrecht als Bestandteil des Medizinstudiums

Die Approbationsordnung sieht vor, dass Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung Gegenstand der schriftlichen Prüfung des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung sind (Anlage 15 zu § 28 Abs. 3 S. 3 ÄApprO). Explizit aufgeführt werden zudem die rechtlichen und ethischen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs. Eine weitere Präzisierung, etwa in welchem Umfang oder welche weiteren Rechtsthemen als prüfungsrelevant angesehen werden findet sich nicht. Der Gegenstandskatalog des Instituts für Medizinische und Pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) übernimmt die Formulierungen der Anlage 15 zu § 38 Abs. 3 S. 3 ÄApprO und bietet daher keine weitere Konkretisierung.⁶⁵ Auch die Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung von Berufsqualifikationen erwähnt in Artikel 24 das Medizinrecht als Ausbildungsgegenstand nicht.

Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin behandelt in Kapitel 18 die Themen Ethik, Geschichte und Recht der Medizin. Die in dem Kapitel aufgeführten Lernziele beschreiben die ethischen und rechtlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die den Medizinstudierenden im Lauf des Studiums vermittelt werden sollen. Dabei wird betont, dass sich der Prozess einer qualifizierten moralischen Urteilsbildung nicht zu einem Zeitpunkt erlernen lasse, sondern als studienbegleitender Prozess angesehen werde.⁶⁶ Es wird eine enge Verzahnung des Unterrichts von Ethik und Recht mit anderen klinischen Fächern als didaktisch sinnvoll angesehen, so dass letztlich der Unterricht ethischer und rechtlicher Fragestellungen im Rahmen des jeweiligen Fachunterrichtes abgedeckt werden könne.⁶⁷ In den unter 18.1 bis 18.5 aufgeführten Punkten werden u.a. die

⁶³ Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020, S. 4.

⁶⁴ Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020, S. 4.

⁶⁵ IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP GK-2) für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der ärztlichen Prüfung, 4. Auflage, Dezember 2013, S. 9.

⁶⁶ Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, S. 234.

⁶⁷ Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, S. 234.

Vermittlung von ethisch-moralischen und rechtlichen Kenntnissen zu den Themen der informierten Einwilligung, der rechtlichen Vertretung von Patientinnen und Patienten in der Praxis, den rechtlichen Voraussetzungen der Entscheidungsfindung bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit, ärztlichen Zwangsmaßnahmen, dem Arzt-Patienten-Verhältnis, den Anforderungen an die Schweigepflicht, zur Sterbehilfe sowie der Therapiebegrenzung oder der Tötung auf Verlangen aufgeführt. Angesichts der hier beispielhaft genannten Themen wird deutlich, dass der NKLM eine Konkretisierung der medizinrechtlichen Ausbildungsinhalte herbeizuführen vermag.

1.3.4. Entwicklung und Gegenstand des Medizinrechts

Bei dem Bemühen um eine Konkretisierung des von der Approbationsordnung genannten Begriffes der „Rechtfragen der ärztlichen Berufsausübung“ muss zunächst auf den Begriff des Medizinrechts eingegangen werden. Dieses vergleichsweise noch junge Rechtsgebiet umfasst die Gesamtheit aller Regeln, die sich auf die Ausübung der Heilkunde beziehen.⁶⁸ Zum Teil synonym wird der Begriff des Gesundheitsrechts verwendet.⁶⁹ Im Sinne eines weiten Begriffsverständnisses unterfallen dem Gesundheitsrecht über das Medizinrecht hinausgehend alle Normen, die der Gesundheit dienen. Dies umfasst somit auch das Recht der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung sowie öffentlich-rechtliche Regelungen wie etwa der Gefahrenabwehr (z.B. Hygiene- und Lebensmittelrecht).⁷⁰ Bis in die Anfänge des 19. Jahrhundert hinein wurden Misserfolge der ärztlichen Berufsausübung als schicksalhaft betrachtet, sofern dem Arzt nicht vorsätzliches Handeln vorgeworfen werden konnte.⁷¹ Im Zuge der wachsenden Bedeutung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten und der gleichzeitigen Zurückdrängung des ärztlichen Paternalismus, dem stetigen Erkenntnisgewinn in der medizinischen Forschung und der Herausbildung neuer Rechtsdisziplinen wie etwa das Medizinprodukte- und Pharmarecht, konnte sich durch die zunehmende Regulierung und Verrechtlichung der Medizin das Medizinrecht als eigenständiges Rechtsgebiet entwickeln.⁷²

⁶⁸ Quaas/Zuck, Medizinrecht, § 1 Rn. 11 ff.; Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 1.

⁶⁹ Spickhoff, Ärzte und Juristen, in: Rescriptum 2016/2, S. 161.

⁷⁰ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 1.

⁷¹ Spickhoff, Ärzte und Juristen, in: Rescriptum 2016/2, S. 161.

⁷² Spickhoff, Ärzte und Juristen, in: Rescriptum 2016/2, S. 161 (162).

Die zentralen Bestandteile des Medizinrechts sind nach heutigem Verständnis das Arztrecht, das Arzneimittelrecht, das Recht der Medizinprodukte und das Transfusionsrecht.⁷³ Betrachtet man das Arztrecht als objektives Recht, das sich als Zusammenfassung aller Rechtsregeln begreift, die sich auf die Berufsausübung des Arztes und auf das Verhältnis vom Arzt zum Patienten beziehen⁷⁴, nähert man sich der in der Approbationsordnung genannten Formulierung.

Primär geht es dabei um das Rechtsverhältnis zwischen dem privat oder in einem Krankenhaus ärztliche Tätigkeiten ausübenden Mediziner und dem Patienten und der Gesellschaft.⁷⁵ Der Begriff „Arztrecht“ darf dabei nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die Patientenrechte hiervon umfasst sind, letztlich aber der Arzt die charakteristische Leistung erbringt, welche die Namensgebung rechtfertigt.⁷⁶ Im Mittelpunkt des Arztrechtes stehen u.a. Themen wie Behandlungsfehler, ärztliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten in medizinische Eingriffe, ärztliches Vertragsrecht, die Dokumentation und der Datenschutz sowie Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen, Organtransplantation oder das Obduktionsrecht.

⁷³ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 1.

⁷⁴ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 2.

⁷⁵ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 2.

⁷⁶ Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht, Rn. 2.

2. Material und Methode

2.1. Fragebogen

Gegenstand der Untersuchung war eine Befragung von Studierenden der Medizin im Praktischen Jahr (PJ) mittels eines standardisierten Fragebogens. Insgesamt wurden 53 Fragen gestellt. Der Fragebogen war in vier Abschnitte untergliedert. In einem Einleitungsteil wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf freiwilliger Basis um die Angabe von Alter, Geschlecht, Studienort und Semesterzahl gebeten. Im zweiten Teil des Fragebogens wurden dreiunddreißig Themen genannt, bezüglich derer die Bedeutsamkeit der Vermittlung von Rechtskenntnissen beurteilt werden sollte. Der dritte Teil wurde zur Bewertung der gegenwärtigen medizinrechtlichen Ausbildung im Medizinstudium sowie zur Evaluation von Optimierungsmöglichkeiten konzipiert. In dem abschließenden vierten Teil wurde gefragt, ob im Falle einer bereits absolvierten anderweitigen Ausbildung Rechtskenntnisse vermittelt wurden und wie der ggf. erfolgte Rechtsunterricht bewertet wurde.

Als Bewertungsgrundlage wurde eine Fünf-stufige-Likert-Skala verwendet. Das Antwortformat basierte auf einer verbalen Skalenbezeichnung. Vorgegeben wurden fünf nach der Intensität abgestufte Antwortmöglichkeiten „außerordentlich - ziemlich - mittelmäßig - kaum - gar nicht“.⁷⁷ Die neutrale Antwortform „mittelmäßig“ wurde gewählt, um den Befragten eine Auswahlmöglichkeit hinsichtlich solcher Fragen anzubieten, bei denen sie keine Entscheidung für die eine oder andere Seite der Scala treffen können oder wollen.⁷⁸ Erwartungsgemäß lässt sich auf diese Weise die Zahl unbeantworteter Fragen reduzieren, da den Befragten eine Ausweichmöglichkeit vorgegeben wird.⁷⁹ Bei einem Teil der Fragen erfolgte der Rückgriff auf eine dichotome Nominalskala mit den Antwortmöglichkeiten „ja“ und „nein“. Ergänzend wurde die Möglichkeit eingeräumt, in der Auswahl nicht aufgeführte Rechtsthemen, die für bedeutsam erachtet wurden, in einem Freitext anzugeben.

⁷⁷ Vgl. Raab-Steiner/Benesch, Der Fragebogen, S. 61.

⁷⁸ Porst, Fragebogen, S. 81.

⁷⁹ Porst, Fragebogen, S. 82.

2.2. Datenerhebung

Die Erhebung der Umfragedaten erfolgte durch Zusendung einer E-Mail an die Studierenden, die einen Link enthielt, durch den der Fragebogen aufgerufen und im Online-Verfahren ausgefüllt werden konnte. Die E-Mail war mit einem Begleittext versehen, worin das Anliegen der Umfrage erläutert wurde.

Für die Datengewinnung wurden die Studiendekanate der Medizinischen Fakultäten in Deutschland angeschrieben und um eine Teilnahme an der Befragung gebeten. Aus datenschutzrechtlichen Gründen war vorgesehen, dass die E-Mails an die Studierenden, die sich zum Zeitpunkt der Anfrage im Praktischen Jahr befanden, durch die Studiendekanate über deren internen E-Mail-Verteiler verschickt werden.

Da kaum Resonanz der angeschriebenen Studiendekanate auf die Anfrage zu verzeichnen war, erfolgte eine Kontaktaufnahme zu den Institutsleiterinnen und Institutsleitern der Rechtsmedizin. Mit deren Kooperation wurden die Fragebögen durch die Studiendekanate, sofern diese mit Fachvertretern der Rechtsmedizin als Studiendekan oder Prodekan besetzt waren, direkt verschickt oder die Fragebögen wurden seitens der rechtsmedizinischen Institute an die Studiendekanate weitergeleitet, die dann die Versendung vornahmen. Teilweise erfolgte auch eine Übersendung der Fragebögen an Studierende durch die rechtsmedizinischen Einrichtungen selbst.

Auf diese Weise konnten 18 medizinische Fakultäten der Universitäten Bochum, Düsseldorf, Duisburg-Essen, Erlangen, Freiburg, Gießen, Göttingen, Homburg, Kiel, Köln, Lübeck, Mannheim, Marburg, München, Münster, Rostock, Tübingen an der Umfrage beteiligt werden. Die Mitwirkung der Universität Witten-Herdecke erfolgte nach persönlicher Ansprache des Leiters des Instituts für Medizinrecht (Tabelle 1).

Der Fragebogen wurde von 273 Studierenden aufgerufen. Davon konnten 51 Fragebögen nicht berücksichtigt werden, da keine Fragen beantwortet wurden. Insgesamt wurden daher 222 Fragebögen ausgewertet. Dies entspricht einem Anteil von 81,3 % in Bezug auf die Gesamtzahl der aufgerufenen Fragebögen. Die beantworteten Fragebögen verteilten sich auf Studierende aus 17 verschiedenen medizinischen Fakultäten, was einem Anteil

von 42,5 % der medizinischen Fakultäten in Deutschland entspricht (Tabelle 1).⁸⁰ Der Zeitraum der Befragung erstreckte sich von September 2017 bis Februar 2018.

2.3. Limitierungen

Die Durchführung der Befragung war damit weitestgehend auf medizinische Fakultäten beschränkt, deren Vertreterinnen und Vertreter der Rechtsmedizin sich zu einer Kooperation bereit erklärten, wodurch sich das Kollektiv der teilnehmenden Studierenden reduzierte. Da die Versendung des Fragebogens nicht unmittelbar durch den Ersteller der Umfrage, sondern durch die unterschiedlichen Institutionen der Studiendekanate und rechtsmedizinische Institute erfolgte, existierten keine Statistiken darüber, wie viele Studierende von der jeweiligen Institution per E-Mail angeschrieben wurden. Somit war es nicht möglich, eine genaue Angabe zur Gesamtzahl der in die Umfrage einbezogenen Studierenden zu ermitteln. Dies hatte zur Folge, dass sich eine Berechnung der Gesamt-Rücklaufquote nicht durchführen ließ

Diese genannten Limitierungen stellen möglicherweise Umstände dar, die Bedenken an der Aussagekraft der Befragung hervorrufen können. Die Datengüte bei Online-Umfragen wird durch eine möglichst genaue Beschreibung und Abgrenzbarkeit der relevanten Grundgesamtheit positiv beeinflusst.⁸¹ Im Rahmen der Hochschulforschung kann der Status von potentiellen Befragten kriteriengeleitet definiert werden, so dass hier eine eindeutige Abgrenzung möglich ist.⁸² Die Adressaten der Umfrage waren Studierende im Praktischen Jahr des Medizinstudiums in Deutschland. Damit lässt sich die Gesamtkollektiv der Befragten, eindeutig beschreiben und abgrenzen. Zum anderen kommt es bei einem insgesamt zu verzeichnenden Trend einer sinkenden Bereitschaft zur Teilnahme an Umfragen⁸³ zu weniger gravierenden Verzerrungen bei Umfrageergebnis, wenn es sich bei

⁸⁰ Der Berechnung liegt eine Gesamtzahl von 40 Fakultäten zugrunde, die ein Medizinstudium anbieten. Die medizinische Fakultät der Universität Tübingen wurde nicht berücksichtigt, da zwar Fragebögen versendet wurden, jedoch kein Fragebogen beantwortet wurde. Ebenso fehlte bei 6 beantworteten Fragebögen die Angabe der Fakultät.

⁸¹ Pötschke, Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung, in: Sozialforschung im Internet, S. 75 (79).

⁸² Pötschke, Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung, in: Sozialforschung im Internet, S. 75 (79).

⁸³ Neller, Kooperation und Verweigerung: eine Non-Response-Studie, ZUMA Nachrichten, 29 (57), S. 9 (10), wobei als Gründe für eine sinkende Bereitschaft zur Teilnahme an Umfragen u.a. eine abnehmende Partizipationsbereitschaft, Stress und Zeitmangel, verändertes Freizeitverhalten oder Aspekte des Datenschutzes angeführt werden.

denjenigen, die eine Teilnahme an der Befragung verweigerten um zufällige Ausfälle handelt, bei denen die Verweigerer der Umfrage sich nicht systematisch von den Befragungsteilnehmern unterscheiden, wodurch Verzerrungen eine geringere Relevanz erlangen.⁸⁴ Letztlich lassen sich in Bezug auf die durchgeführte Befragung keine Aussagen zu den Motiven einer Teilnahmeverweigerung bzw. dem Vorliegen einer Ausfallsystematik treffen. Dennoch erscheint es bei Lehrveranstaltungsbeurteilungen denkbar, dass sich besonders diejenigen an einer Umfrage beteiligen, die besonders zufrieden oder unzufrieden sind, was zu einer Selektivität hinsichtlich der Teilnahme führen würde.⁸⁵ Es handelt sich um ein Kriterium, dass mit Blick auf die Zahl des Gesamtkollektives⁸⁶ bei der Interpretation der Umfrageergebnisse zu berücksichtigen ist.

Fakultät	Anzahl der Fragebögen (Fakultät)	Prozent von Gesamtzahl der Fragebögen (n=222)
Marburg	37	16,7
Gießen	34	15,3
Kiel	25	11,3
Lübeck	24	10,8
Rostock	22	9,9
Düsseldorf	21	9,5
Köln	20	9,0
Duisburg-Essen	14	6,3
München	6	2,7
Witten-Herdecke	4	1,8
Bochum	3	1,4
Erlangen	1	0,5
Freiburg	1	0,5
Göttingen	1	0,5
Homburg	1	0,5
Mannheim	1	0,5
Münster	1	0,5
Tübingen	0	0
Keine Angabe	6	2,7

Tabelle 1: An der Befragung teilnehmende Fakultäten.

⁸⁴ Vgl. Pötschke, Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung, in: Sozialforschung im Internet, S. 75 (80).

⁸⁵ Pötschke, Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung, in: Sozialforschung im Internet, S. 75 (80).

⁸⁶ Vgl. Pötschke, Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung, in: Sozialforschung im Internet, S. 75 (80).

3. Ergebnisse

Auf der Grundlage der eingegangenen Rückmeldungen wurden 222 Fragebögen ausgewertet. Von den PJ-Studentinnen und -Studenten der medizinischen Fakultäten, die an der Umfrage teilgenommen haben, entfiel der größte Anteil der ausgewerteten Fragebögen, bei denen der Studienort angegeben wurde, auf Studierende der Medizinischen Fakultät Marburg mit 16,7 %, gefolgt von Gießen mit 15,3 %, Kiel mit 11,3 %, Lübeck mit 10,8 %, Rostock mit 9,9 %, Düsseldorf mit 9,5 %, Köln mit 9,0 % und Duisburg-Essen mit 6,3 %. Bei den anderen Fakultäten lag der Anteil unter 5 %. (Tabelle 1).

Da die einzelnen Fragen nicht von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantwortet wurden, erfolgt zusätzlich auch die Angabe der absoluten Zahlen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Antworten der betreffenden Frage.

3.1. Angaben zur Person der Befragten

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 23 und 40 Jahre alt. Der größte Anteil lag mit 48,6 % im 25. und 26. Lebensjahr (n=216). Die Semesterzahl erstreckte sich zwischen dem 10. und 20. Semester. Am häufigsten vertreten waren mit 80,9 % die Semester 11 bis 13 (n=215). Von den Befragten waren 62,2 % weiblich und 36,0 % männlich. 1,8 % machten keine Angabe zum Geschlecht (n=222).

3.2. Angaben zu medizinrechtlichen Vorkenntnissen

Von den Befragten, die sich zur Frage über medizinrechtliche Vorkenntnisse äußerten (n=211), gaben 23,7 % an, vor dem Medizinstudium bereits eine Berufsausbildung oder ein anderes Studium begonnen oder absolviert zu haben. Der größte Anteil entfiel hierbei auf die Gesundheits- und Krankenpflege (27,4 %) und den Rettungsdienst (23,5 %). Weitere mehrheitlich genannte Berufsausbildungen waren medizinisch-technischer Laboratoriums-Assistent (7,8 %), medizinisch-technische Laborangestellte (7,8 %), medizinisch-technische Angestellte (5,8 %), Physiotherapie (5,8 %) und Kinderkrankenpflege (3,9 %) (Abbildung 1). Einzelnennungen, die zusammen 24 % ausmachten, gab es zu: Bankgewerbe, Biowissenschaften, Chemielaborant, Hebamme, Hotelfach, Informations-

technik, Jurastudium, Operationstechnischer Assistent, Pharmazie, Politikwissenschaft, Sportwissenschaften und Vermessungstechnik.

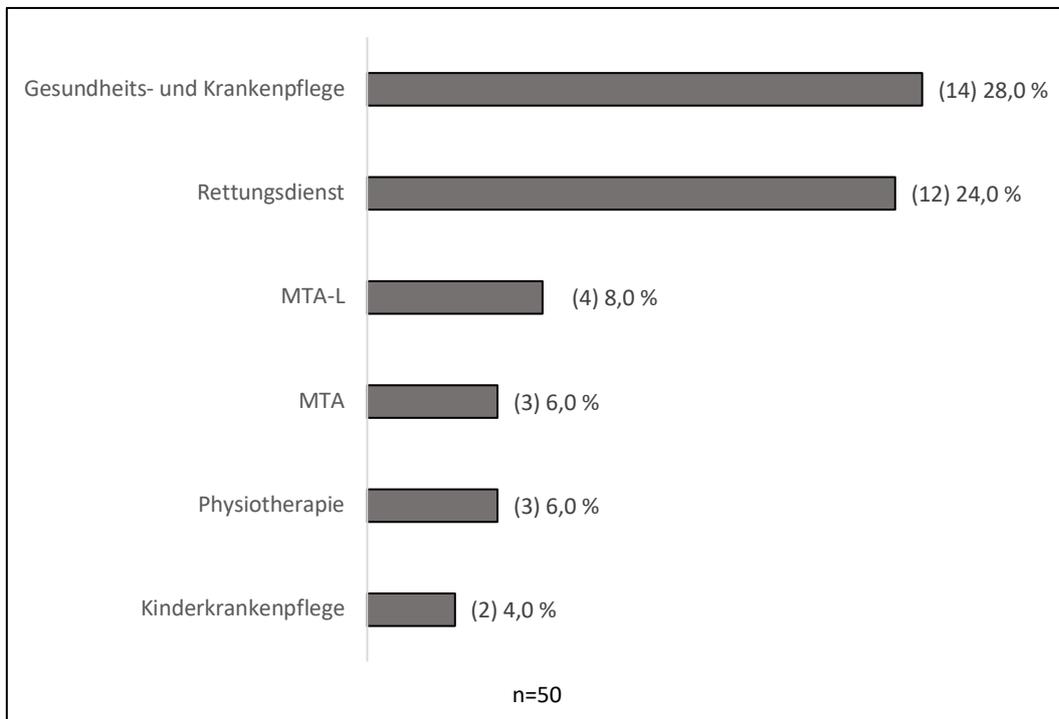


Abbildung 1: Haben Sie vor ihrem Medizinstudium bereits ein anderes Hochschulstudium abgeschlossen oder eine berufliche Ausbildung absolviert?

Die Befragten, die eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert hatten, gaben zu 100 % (n=14) an, dass ihnen Rechtskenntnisse vermittelt worden seien (Abbildung 2). Davon waren 42,9 % mit der erfolgten Vermittlung von Rechtskenntnissen ziemlich bzw. 7,1 % außerordentlich zufrieden. Mittelmäßig zufrieden waren 35,7 % und kaum zufrieden waren 14,3 % (Abbildung 3). Die Hälfte erklärte, dass der Unterricht als eigenständiges Fach erfolgt sei. Von denjenigen mit einer Ausbildung im Rettungsdienst gaben ebenfalls 100 % (n=12) an, Rechtsunterricht erhalten zu haben (Abbildung 2). 66,7 % waren mit den vermittelten Rechtskenntnissen ziemlich zufrieden, 25,0 % mittelmäßig zufrieden und 8,3 % kaum zufrieden (Abbildung 3). Nach Angaben von 58,3 % erfolgte der Unterricht als eigenständiges Fach. 33,3 % gaben an, dass der Unterricht als Blockseminar mit Juristen durchgeführt worden sei. Weitere 8,3 % entfielen auf die Antwort keine Angabe. Auch seitens der Physiotherapie lag die Quote hinsichtlich vermittelter Rechtskenntnisse bei 100 % (n=3) (Abbildung 2). Jeweils 33,3 % entfielen, auf die Antworten ziemlich zufrieden, mittelmäßig zufrieden und kaum zufrieden (Abbildung 3).

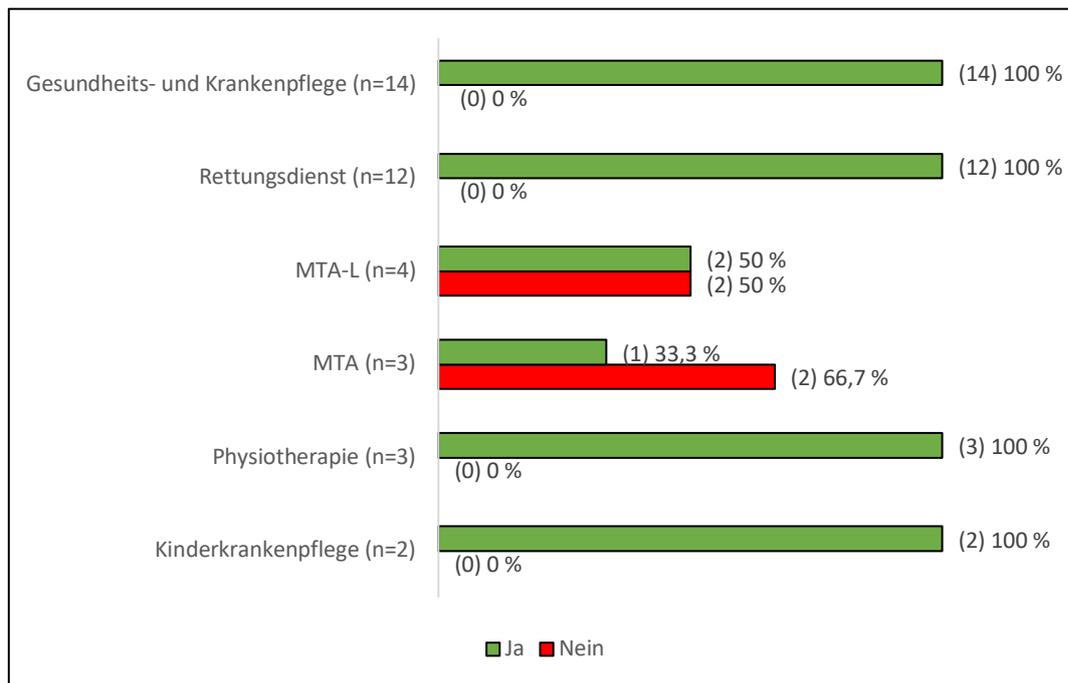


Abbildung 2: Im Rahmen dieses früheren Studiums oder der Ausbildung wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt.

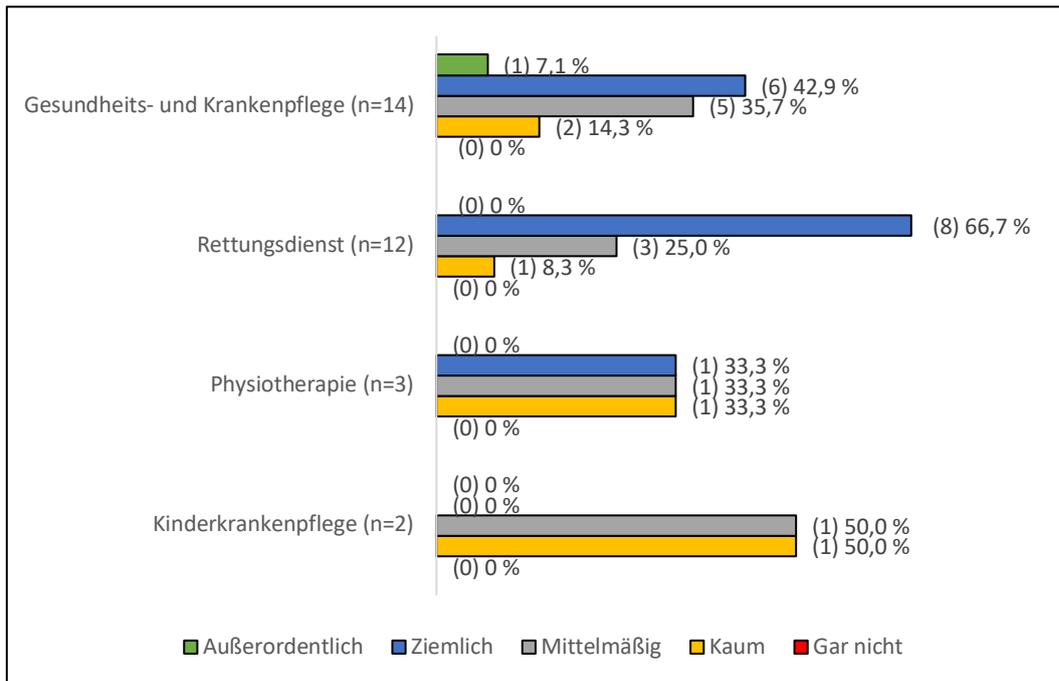


Abbildung 3: Mit der Art und Weise wie die Vermittlung von Rechtskenntnissen in dem früheren Studium bzw. der Ausbildung erfolgte, war ich sehr zufrieden.

3.3. Bewertung des medizinrechtlichen Unterrichtes im Medizinstudium

Im Rahmen der Bewertung des medizinrechtlichen Unterrichtes im Medizinstudium wurde zunächst gefragt, ob während des Medizinstudiums berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt wurden. Dies wurde von der ganz überwiegenden Mehrheit von 89,9 % (n=208) bejaht (Abbildung 4).

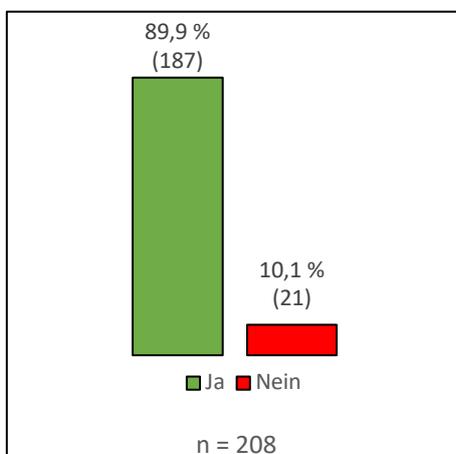


Abbildung 4: Während meines Medizinstudiums wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt.

Von weiterem Interesse war, wo die Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte. Dabei gaben 88,1 % (n=201) der Befragten an, dass ihnen Rechtskenntnisse in der Vorlesung Rechtsmedizin vermittelt wurden (Abbildung 5).

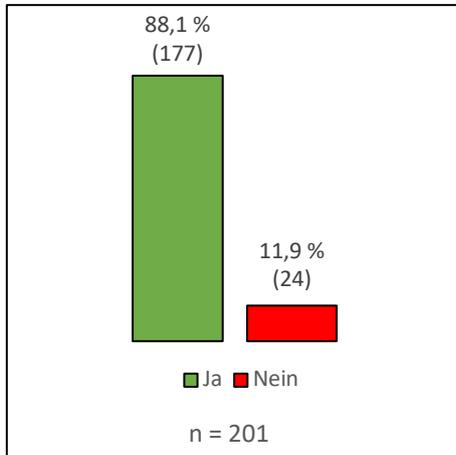


Abbildung 5: Die Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte in der Vorlesung Rechtsmedizin.

Aber auch in anderen Lehrveranstaltungen, d.h. außerhalb der Vorlesung Rechtsmedizin wurden nach einer Mehrheit von 62,9 % (n=205) Rechtskenntnisse vermittelt (Abbildung 6).

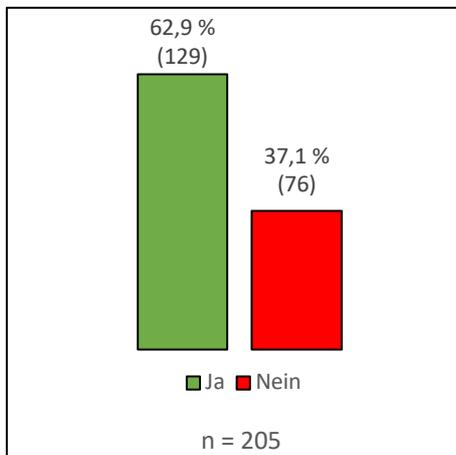


Abbildung 6: Außer in der Vorlesung Rechtsmedizin wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse auch in anderen Lehrveranstaltungen vermittelt.

Im Hinblick auf die Ausgestaltung des Unterrichtes gaben 60 % (n=195) an, dass der Unterricht anhand konkreter Fälle erfolgt sei (Abbildung 7).

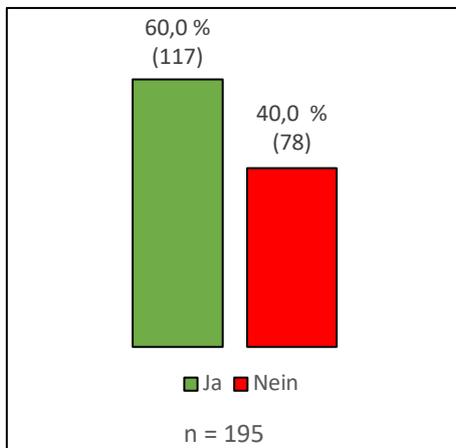


Abbildung 7: Die Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte anhand konkreter Fälle.

Eine große Mehrheit von 81,1 % (n=206) der Befragten hatte während des Studiums (z.B. in Famulaturen, Praktika) bereits einmal Kenntnis von einer rechtlichen Problematik in Bezug auf einen Patienten erlangt (Abbildung 8).

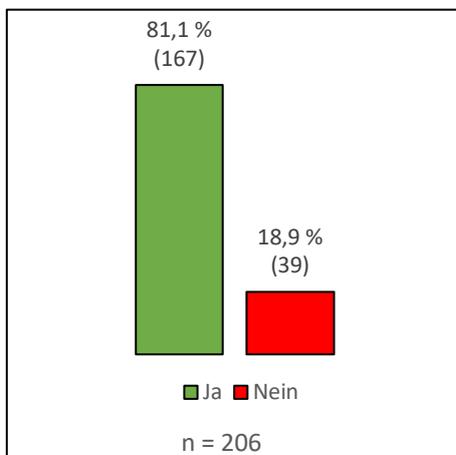


Abbildung 8: Erlangung von Kenntnis hinsichtlich einer rechtlichen Problematik in Bezug auf einen Patienten während Praktika, Famulaturen etc.

Dabei wurden 34,5 % (n=206) hinsichtlich des eigenen Handelns gegenüber einem Patienten mit einer rechtlichen Problematik konfrontiert (Abbildung 9).

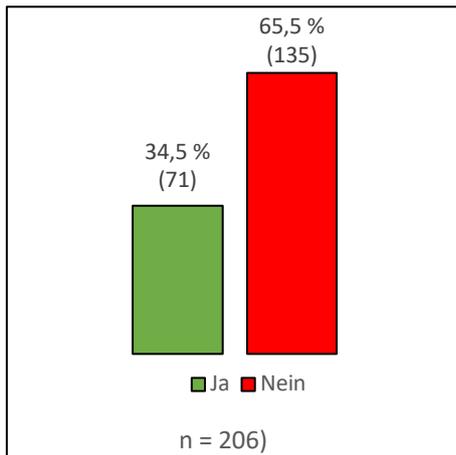


Abbildung 9: Konfrontation bezüglich des eigenen Handelns gegenüber einem Patienten mit einer rechtlichen Problematik.

Weiterhin wurde gefragt, ob die Vermittlung von Rechtskenntnissen den Befragten im Praktischen Jahr bereits geholfen habe. Dies wurde von 62,6 % (n= 203) bejaht (Abbildung 10). Eine deutliche Mehrheit von 80,5 % (n= 210) gab an, dass sie sich nicht ausreichend darüber informiert fühlte, welche Tätigkeiten ihnen als Studentin bzw. Student im Praktischen Jahr übertragen werden dürfen (Abbildung 11).

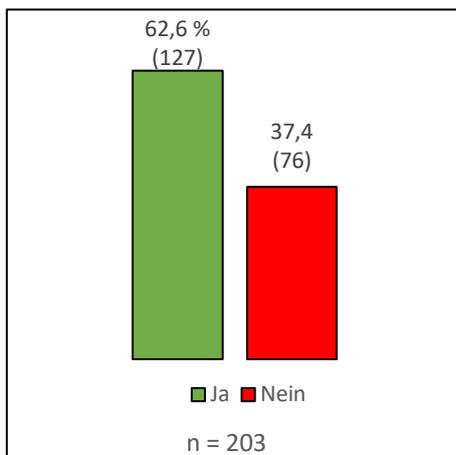


Abbildung 10: Die Vermittlung von Rechtskenntnissen hat mir im Studium oder PJ bereits geholfen.

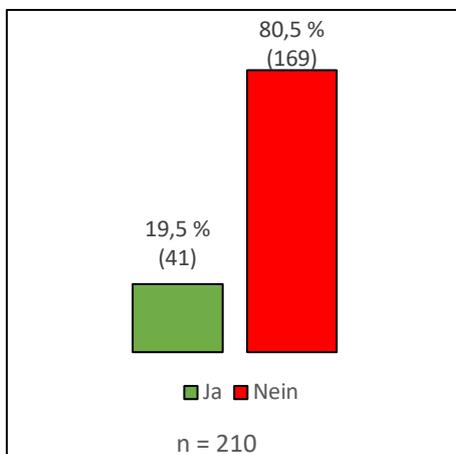


Abbildung 11: Ich fühle mich ausreichend darüber informiert, welche ärztlichen Tätigkeiten mir als PJ-Studentin/Student übertragen werden dürfen.

Bezüglich der Frage, ob die im Studium vermittelten Rechtskenntnisse einen Profit für die spätere Berufsausübung als Ärztin oder Arzt darstellen, ergab sich eine Zustimmung⁸⁷ von 37,8 % (n=206). Dagegen glaubten 19,4 %, dass sie kaum und 1 %, dass sie gar nicht von den vermittelten Rechtskenntnissen werden profitieren können. Die Mehrheit von 41,7 % vermochte keine Aussage im Sinne einer eindeutigen Zustimmung oder Ablehnung treffen (Abbildung 12).

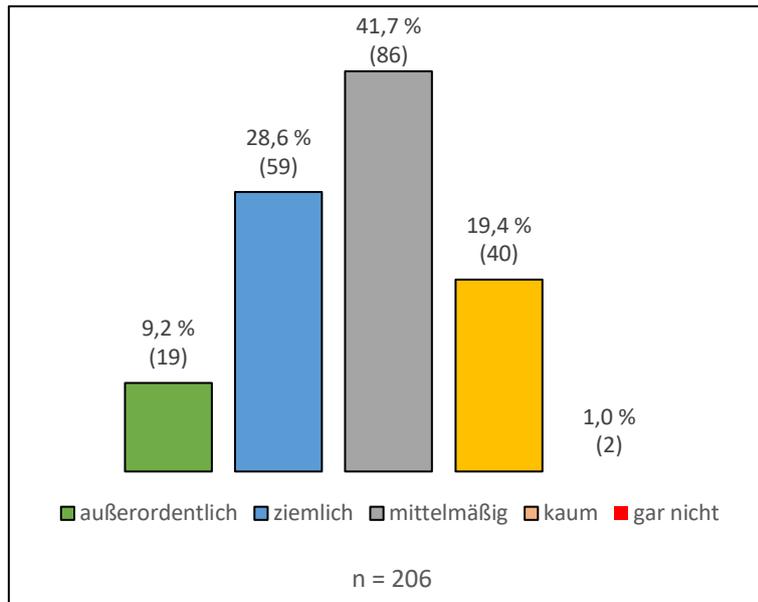


Abbildung 12: Ich werde von den mir im Medizinstudium vermittelten Rechtskenntnissen als Ärztin/Arzt profitieren können.

Eine ganz eindeutige Mehrheit von 97,6 % (n=209) erachtete die Vermittlung von Rechtskenntnissen im Medizinstudium für außerordentlich oder ziemlich wichtig (Abbildung 13).

⁸⁷ Als Zustimmung wurden die Antwortkategorien außerordentlich und ziemlich zufrieden gewertet.

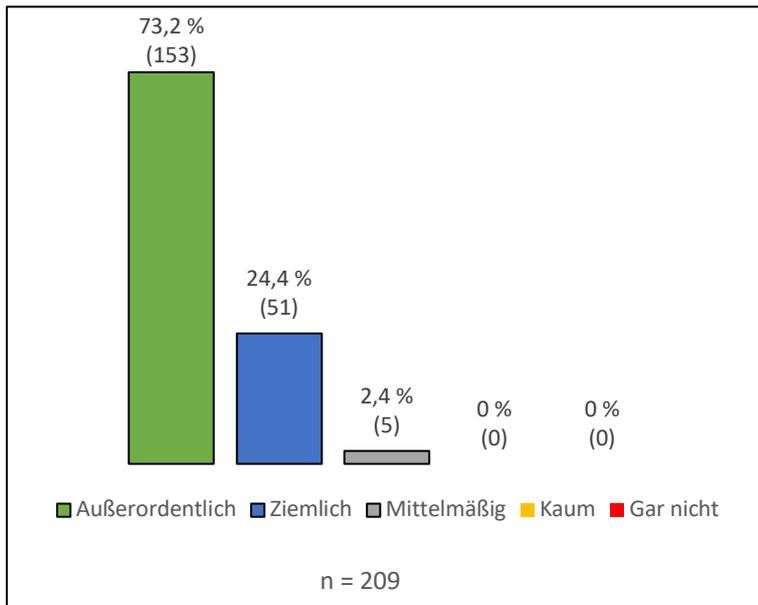


Abbildung 13: Die Vermittlung von Rechtskenntnissen im Medizinstudium erachte ich für wichtig.

In deutlichem Kontrast hierzu steht, dass die Hälfte (50,7 %) der Befragten mit der Vermittlung von Rechtskenntnissen wie sie gegenwärtig im Medizinstudium erfolgt, unzufrieden ist (n=207). Nur 14 % waren mit dem Unterricht zufrieden. Wie bei der Frage nach dem Profit der vermittelten Rechtskenntnisse für die spätere Berufsausübung, sahen sich auch hier 35,3 % zu keiner eindeutigen Aussage in der Lage (Abbildung 14).

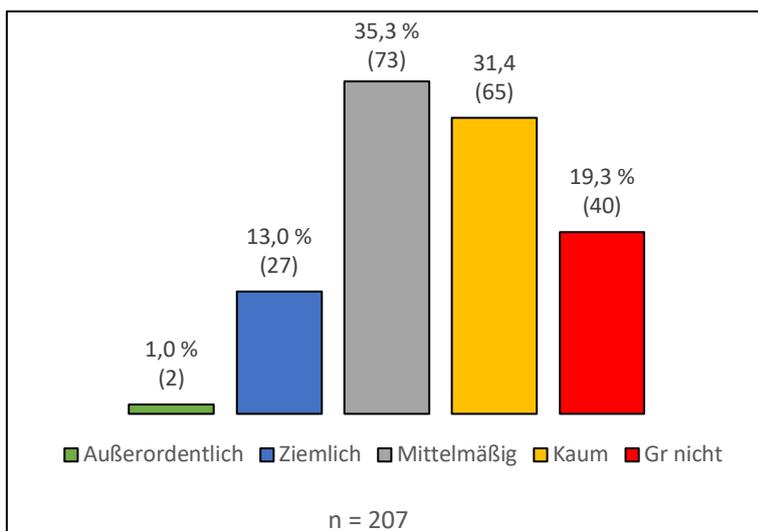


Abbildung 14: Ich bin mit der Vermittlung von Rechtskenntnissen, wie sie gegenwärtig im Medizinstudium erfolgt zufrieden.

Abschließend wurde gefragt, ob hinsichtlich der Vermittlung von Rechtskenntnissen eine eigenständige Lehrveranstaltung, z.B. eine Vorlesung „Medizinrecht“ etabliert werden sollte. Eine deutliche Mehrheit der Befragten von 89,3 % (n=205) sprach sich hierfür aus. (Abbildung 15). Von denjenigen, die eine eigenständige Lehrveranstaltung befürworteten, waren 74,2 % (n=190) der Meinung, dass eine verbindliche Regelung durch die Approbationsordnung erfolgen sollte (Abbildung 16).

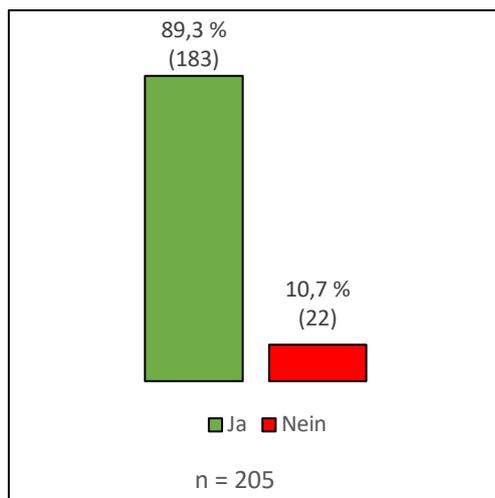


Abbildung 15: Die Vermittlung von Rechtskenntnissen sollte in einer eigenständigen Lehrveranstaltung (z.B. Medizinrecht) erfolgen.

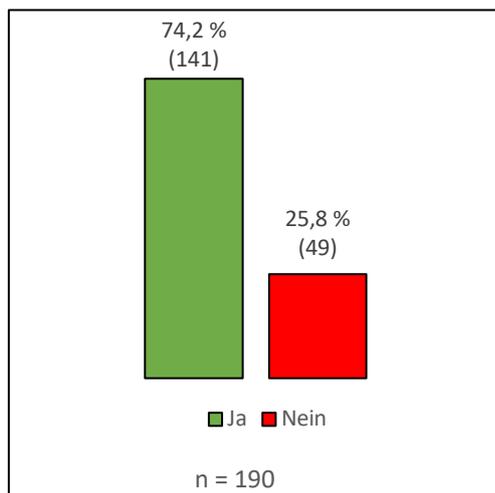


Abbildung 16: Falls Sie eine eigenständige Lehrveranstaltung für sinnvoll erachten, sollte diese verbindlich durch die Approbationsordnung vorgeschrieben werden?

Hinsichtlich der Ansiedlung einer medizinrechtlichen Lehrveranstaltung während des Studiums zeigte sich mit 51,8 % eine Präferenz zugunsten des zweiten klinischen Studienabschnitts (n=309, hier waren Mehrfachantworten möglich), gefolgt vom Praktischen

Jahr mit 43,7 %. Für den vorklinischen Studienabschnitt sprach sich nur eine Minderheit von 4,5 % aus (Abbildung 17).

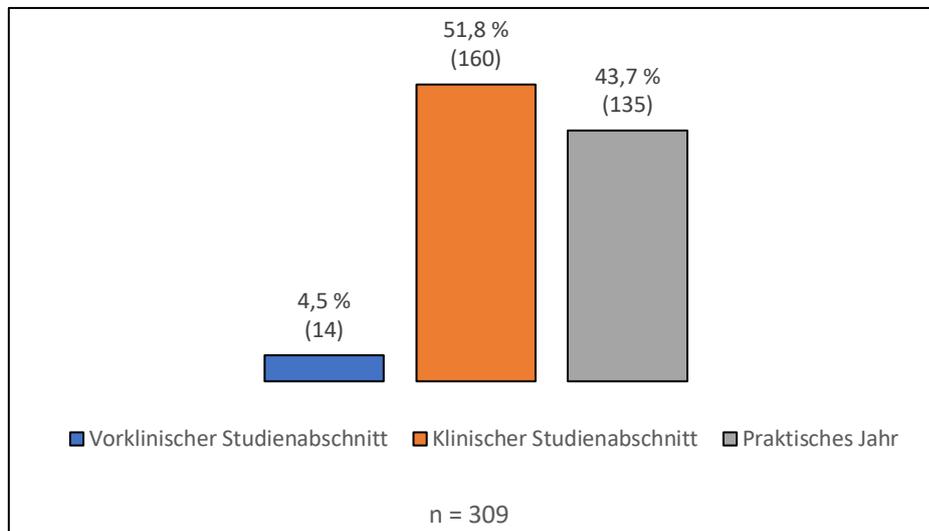


Abbildung 17: Falls Sie eine eigenständige Lehrveranstaltung für sinnvoll erachten, in welchem Studienabschnitt sollte diese angesiedelt werden (Mehrfachantworten möglich): Vorklinischer Studienabschnitt, klinischer Studienabschnitt, Praktisches Jahr?

3.4. Bewertung des medizinrechtlichen Unterrichtes differenziert nach Fakultät

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Befragung unter Differenzierung nach den jeweiligen Fakultäten betrachtet werden. Im Hinblick auf die Aussagekraft werden nur die Fakultäten aufgeführt, bei denen der Anteil der beantworteten Fragebögen gemessen an der Gesamtzahl aller Fragebögen über fünf Prozent lag (siehe Tabelle 1).

Die Frage, ob während des Medizinstudiums eine Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte, wurde mehrheitlich am deutlichsten von Angehörigen der medizinischen Fakultät Köln mit 100 % (n=20), gefolgt von Gießen mit 94,1 % (n=34) und Marburg mit 89,2 % (n=37) bejaht. Aber auch bei den anderen Fakultäten gab eine deutliche Mehrheit an, im Medizinrecht unterrichtet worden zu sein. Bei den Angehörigen der medizinischen Fakultät Kiel lag der Anteil mit 68 % (n=25) am niedrigsten (Abbildung 18).

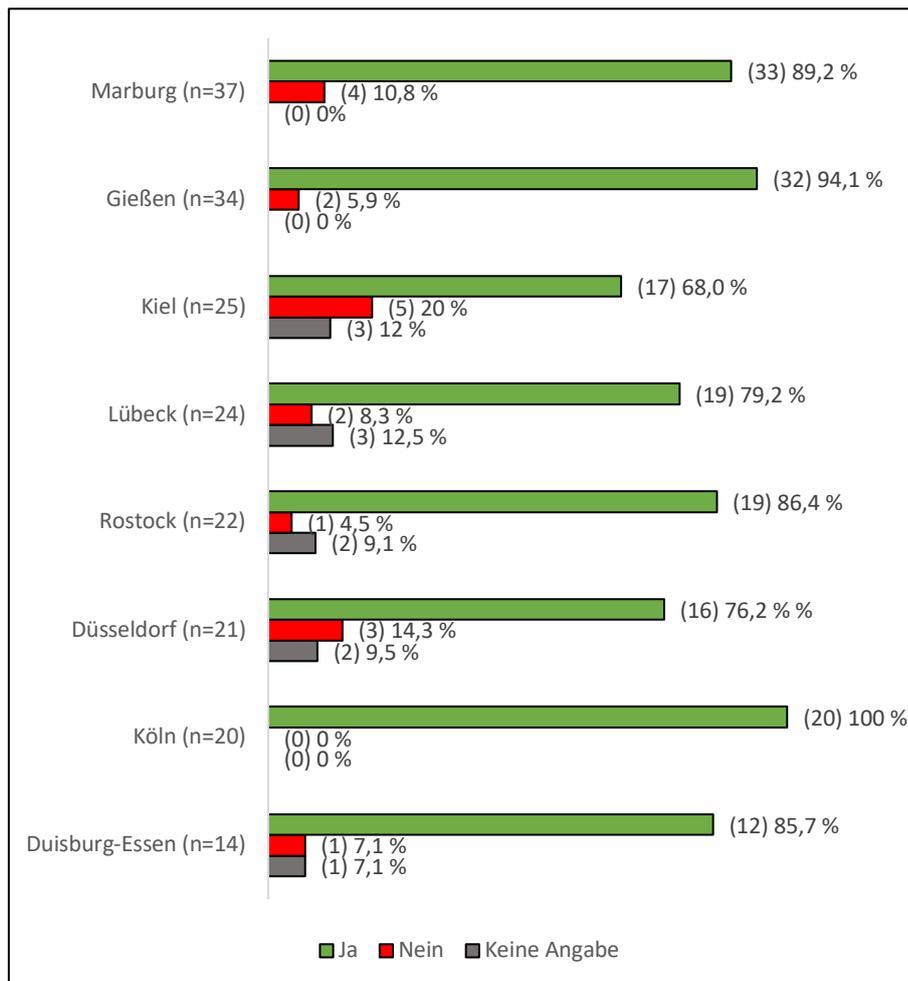


Abbildung 18: Während meines Medizinstudiums wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt.

Neben der Vorlesung Rechtsmedizin (Abbildung 19) erfolgte medizinrechtlicher Unterricht aber auch in anderen Lehrveranstaltungen. Von den Angehörigen der medizinischen Fakultät Köln gaben 80 % (n=20) an, dass dies der Fall gewesen sein. Bei den anderen Fakultäten lag der Anteil zwischen 23,8 und 67,6 % (Abbildung 20).

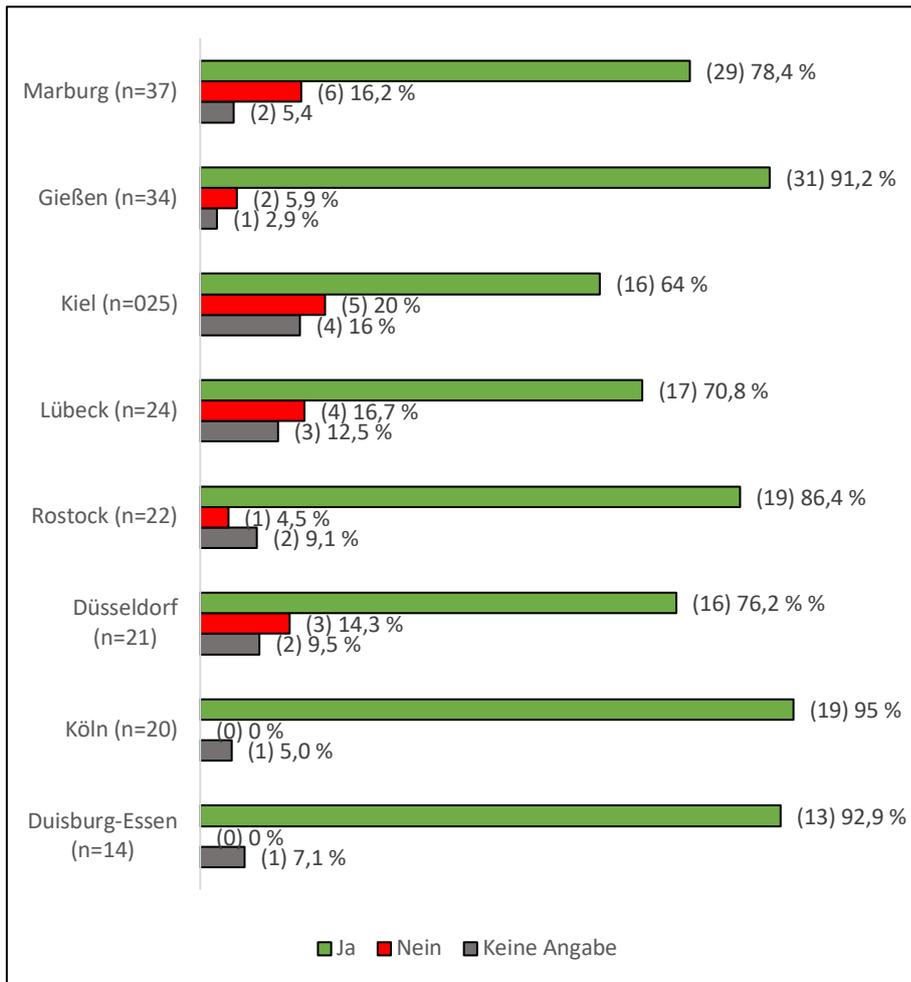


Abbildung 19: Die Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte in der Vorlesung Rechtsmedizin.

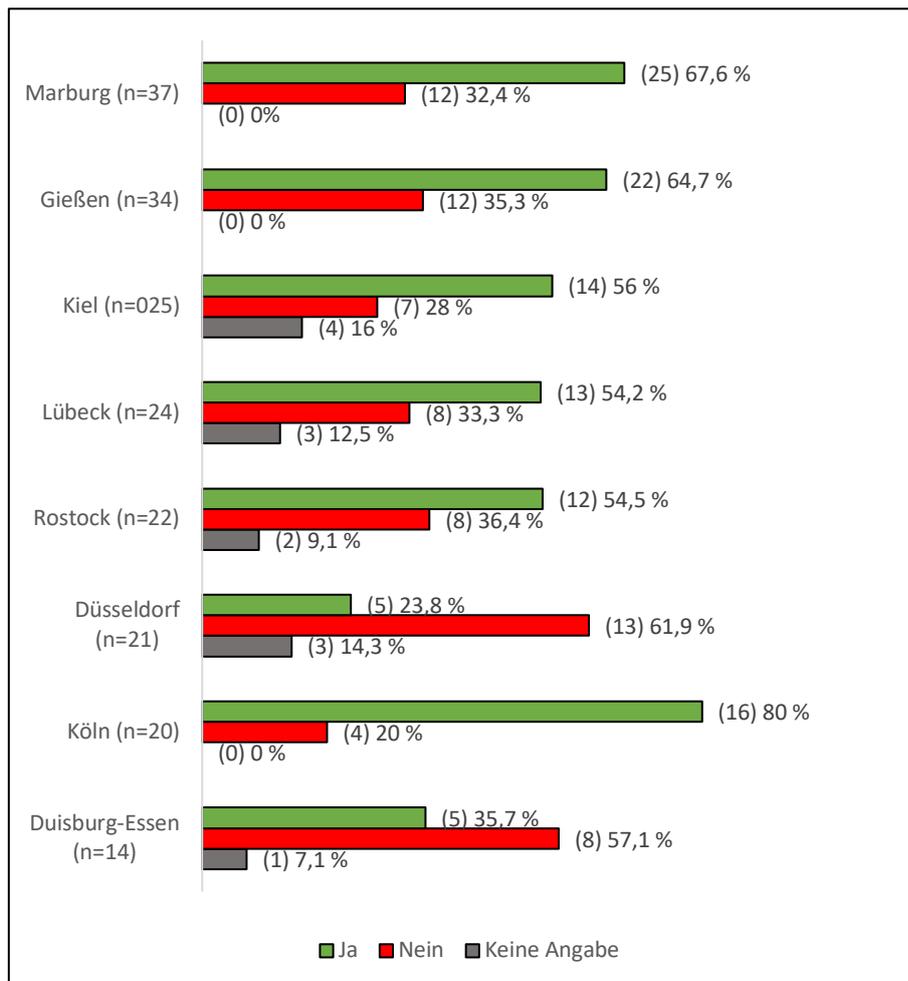


Abbildung 20: Außer in der Vorlesung Rechtsmedizin wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse auch in anderen Lehrveranstaltungen vermittelt.

Auf die Frage nach dem Profit der vermittelten Rechtskenntnisse für eine spätere Berufstätigkeit als Ärztin oder Arzt (Abbildung 21), gaben von den Angehörigen der medizinischen Fakultät Gießen 50 % (n=34) an, dass sie von den vermittelten Rechtskenntnissen profitieren werden (14,7 % außerordentlich und 35,3 % ziemlich). Bei den anderen Fakultäten lag die Einschätzung eines außerordentlichen bzw. ziemlichen Profits zwischen 20 % und 40,9, %. Die Einschätzung kaum von den vermittelten Rechtskenntnissen zu profitieren variierte zwischen 13,6 % und 32 %. Der Anteil der neutralen Antwortkategorie mittelmäßig war in einem Bereich zwischen 31,8 und 54,1 % zu verorten.

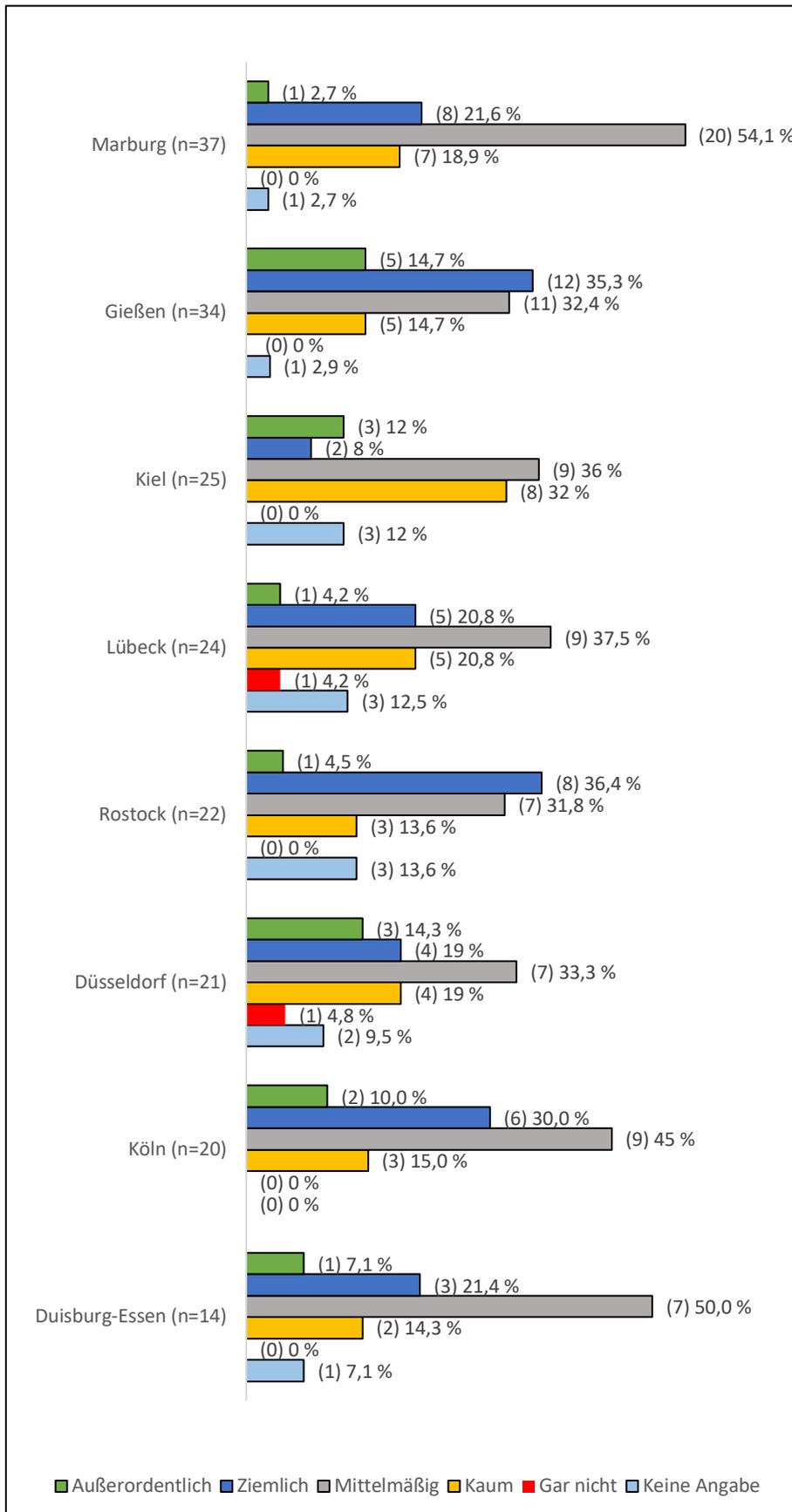


Abbildung 21: Ich werde von den mir im Medizinstudium vermittelten Rechtskenntnissen als Ärztin/Arzt profitieren können.

Betrachtet man die Zufriedenheit mit den gegenwärtig im Medizinstudium vermittelten Rechtskenntnissen (Abbildung 22), waren 35 % der Angehörigen der medizinischen Fakultät Köln ziemlich zufrieden (n=20). Bei den Befragten aus Gießen lag der Anteil außerordentlich zufrieden bei 2,9 % und ziemlich zufrieden bei 14,7 % (n=34). Insgesamt war die Mehrheit der Befragten aller Fakultäten mit der Vermittlung von Rechtskenntnissen wie sie gegenwärtig im Medizinstudium folgt, kaum (15 % bis 43,2 %) oder gar nicht zufrieden (9,1 % bis 33,3 %). Der Antwortkategorie mittelmäßig kam auf einen Anteil zwischen 19 % und 36,4 %.

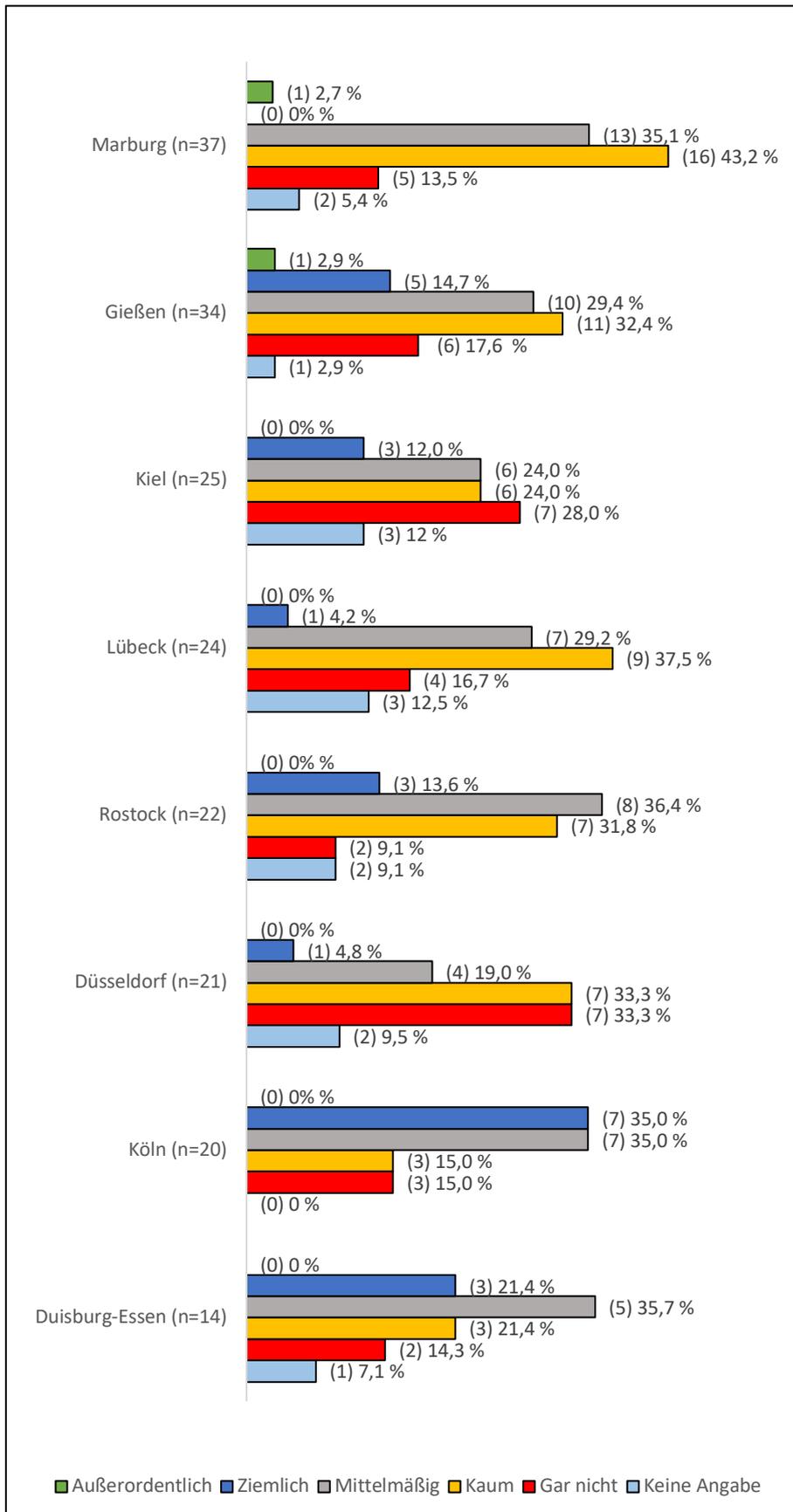


Abbildung 22: Ich bin mit der Vermittlung von Rechtskenntnissen, wie sie gegenwärtig im Medizinstudium erfolgt, zufrieden.

3.5. Präferenz der unterschiedlichen Rechtsthemen aus dem Spektrum des Medizinrechtes

Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung lag darin, ein Meinungsbild zu eruieren, welche medizinrechtlichen Themen von den Studierenden für den Unterricht im Medizinrecht als wichtig eingestuft werden. Vor diesem Hintergrund wurden in dem Fragebogen 33 Rechtsthemen aus dem gesamten Spektrum des Medizinrechts aufgeführt, die jeweils hinsichtlich ihrer Wichtigkeit beurteilt werden sollten (Abbildungen 23a bis 23d).

Die im klinischen Alltag große praktische Relevanz der Thematik der ärztlichen Aufklärung und der Einwilligung von Patienten in ärztliche Maßnahmen spiegelt sich auch in den Antworten der Befragung wider (Abbildung 23a). Insgesamt 98,2 % der Befragten erachteten die Thematik als wichtig, wobei sich 70,6 % für die Kategorie außerordentlich wichtig entschieden (n=221).

Dem Thema Schweigeflicht und Schweigerecht des Arztes wurde mit 92,3 % (n=221) ebenfalls eine große Wichtigkeit zugeschrieben (Abbildung 23a).

Aus dem Themenbereich der ärztlichen Maßnahmen am Lebensende erhielt das Thema lebensverlängernde Maßnahmen mit 91,0 % (n=222) den größten Wichtigkeitswert (Abbildung 23a). An zweiter Stelle stand mit 90,5 % die Thematik der Patientenverfügung (Abbildung 23a), wobei 61,5 % die Wichtigkeit als außerordentlich einstufen (n=221). Eine Wichtigkeit von 82,8 % (n=221) war bei der Sterbehilfe zu verzeichnen (Abbildung 23b). Ein deutlich geringerer Wichtigkeitswert fand sich mit 62,1 % bei dem Thema der Organtransplantation (Abbildung 23c). Hier stuften 6,3 % das Thema als kaum wichtig ein. Den höchsten Wert erhielt hier die Kategorie mittelmäßig mit 30,6 % (n=222).

Im Hinblick auf die rechtliche Problematik bei Behandlungsfehlern ordneten 92,3 % (n=221) die Frage des Verhaltens von Arzt und Patient bei Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers als wichtig ein (Abbildung 23a). Der Haftung des Arztes bei Behandlungsfehlern wurde eine Wichtigkeit von 89,9 % beigemessen (Abbildung 23a).

Aus dem Bereich des Medizinstrafrechts stuften 87,3 % (n=220) die Problematik des Verhaltens des Arztes bei Verletzungen als Folge einer Straftat als wichtig ein (Abbildung

23a). Das Thema Kindesmisshandlung erhielt einen Wichtigkeitswert von 95,1 % (n=221), wobei sich 72,9 % für die Kategorie außerordentlich wichtig entschieden (Abbildung 23a).

Hinsichtlich der Thematik der Delegation ärztlicher Aufgaben wurde die Frage der Übertragung von ärztlichen Aufgaben an Medizinstudierende oder an andere Ärzte mit 87,3 % wichtiger bewertet (Abbildung 23a), als die Delegation von Tätigkeiten an nicht medizinisches Personal (Abbildung 23b).

Eine besondere Sensibilität im medizinischen Alltag kommt mit Blick auf das hohe Rechtsgut der Patientenselbstbestimmung der Thematik hinsichtlich ärztlicher Zwangsmaßnahmen zu. Der Frage medizinisch gebotener Zwangsmaßnahmen wurde dabei eine Wichtigkeit von 86,0 % (n=222) beigemessen. Einen etwas geringeren Wert mit 80,2 % (n=222) erhielt die Problematik der Unterbringung in der Psychiatrie nach landesrechtlichen Vorschriften. Hier hielten sich die Kategorien außerordentlich und ziemlich wichtig mit 41,0 % bzw. 39,2 % die Waage, während bei erstgenanntem Thema 54,5 % für die Kategorie außerordentlich votierten (Abbildung 23b).

Hinsichtlich einer Therapieverweigerung zeigten sich bezüglich der Bewertung, ob die Therapieverweigerung durch den Arzt oder den Patienten erfolgt nur geringfügige Unterschiede. Insgesamt wurde die Frage der Therapieverweigerung durch den Patienten mit 75,1 % (n=221) als wichtiger bewertet (Abbildung 23b).

In Bezug auf den rechtlichen Umgang mit Krankenunterlagen wurde der Thematik der Dokumentationspflichten des Arztes (Abbildung 23a) mit 91,8 % (n=220) gegenüber den Einsichtsrechten von Patienten in Krankenunterlagen (Abbildung 23b), hier fand sich eine Zustimmung von 70,9 % (n=220), eine größere Wichtigkeit zugeschrieben.

Das Themengebiet der Behandlung minderjähriger Patienten (Abbildung 23b) erhielt einen Wichtigkeitswert von 77,0 % (n=222).

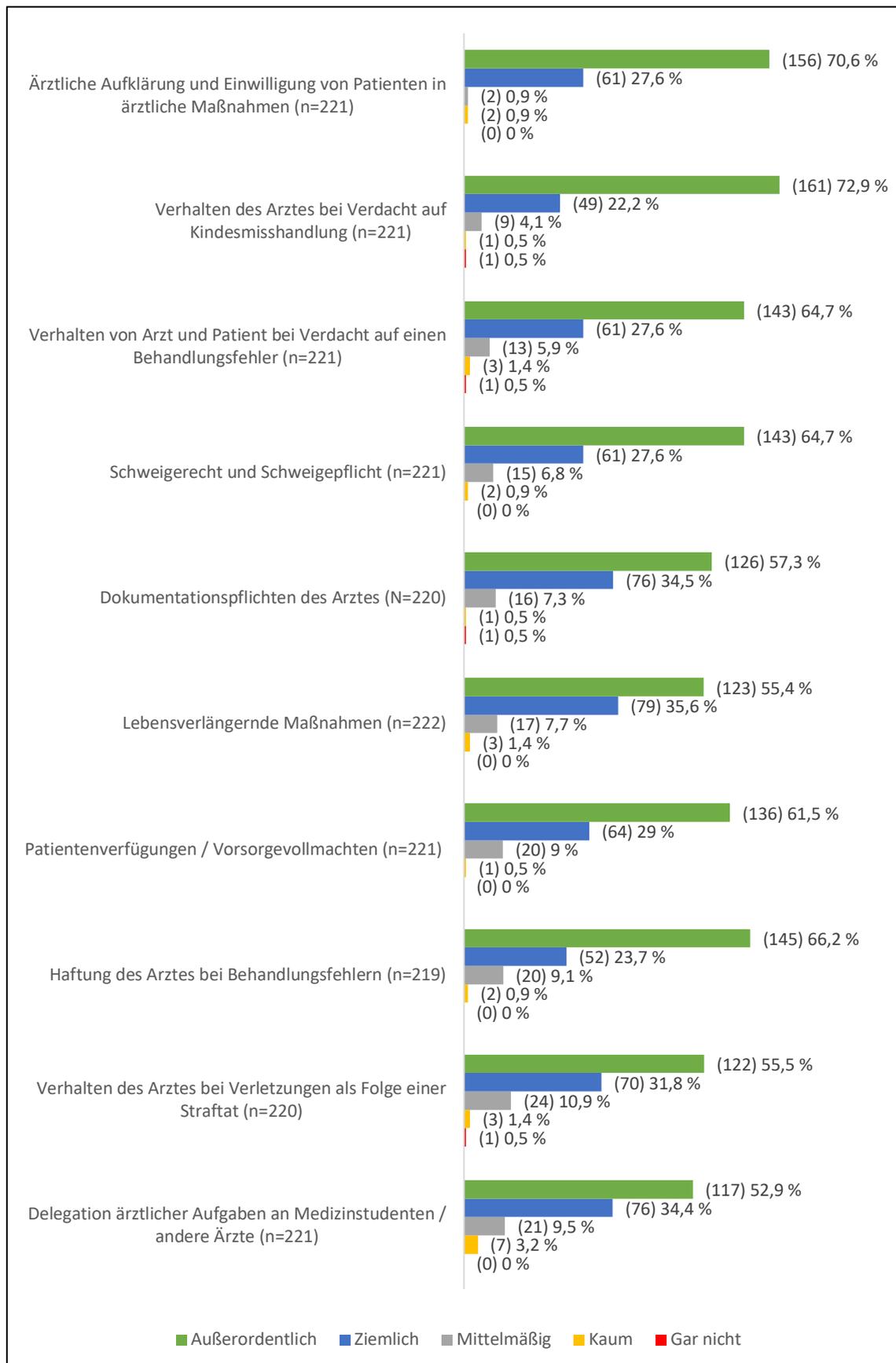


Abbildung 23a: Präferenz der Rechtsthemen

Ein gemischteres Bild ergab sich zu dem Komplex der Rechtsfragen zum ungeborenen Leben. Die höchste Wichtigkeit wurde hierbei dem Thema des Schwangerschaftsabbruchs mit 68,3 % (n=221) eingeräumt (Abbildung 23c). Die Frage der Rechtsfolgen der pränatalen Diagnostik erachteten 50,7 % (n=221) der Befragten für wichtig. Allerdings votierten auch 34,4 % für die Kategorie mittelmäßig (Abbildung 23c). Das Gebiet der Reproduktionsmedizin wurde dagegen als weniger wichtig eingestuft. Hier wurde von 23,0 % (n=222) die Kategorie kaum bzw. gar nicht wichtig ausgewählt (Abbildung 23d).

Im Straßenverkehrsrecht kommt der ärztlichen Expertise vor allem bei der Beurteilung der Fahrtüchtigkeit eines Patienten Bedeutung zu. Beispielsweise erwähnt seien hier ärztliche Fahrverbote bei neurologischen Erkrankungen (z.B. nach Krampfanfällen). Hier stuften 70,3 % (n=222) die Thematik als wichtig ein, wobei sich die überwiegende Anzahl (40,1 %) für die Kategorie ziemlich wichtig entschied. Allerdings votierten auch 25,2 % für mittelmäßig wichtig. Ein ähnliches Ergebnis ergab sich hinsichtlich des Führens eines Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr nach Medikamenteneinnahme (Abbildung 23c).

Unter dem Gesichtspunkt der Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung wurden der Arzt-Patienten-Vertrag, Rechtsfragen der Niederlassung als Arzt sowie das ärztliche Standesrecht thematisiert. Bezüglich der Bewertung der drei Themen ergab sich ein recht einheitliches Bild. Am wenigsten wichtig wurden mit 52,9 % (n=221) die Rechtsfragen der Niederlassung als Arzt eingestuft. Insgesamt dominierten aber bei allen drei Themen die Kategorien ziemlich und mittelmäßig wichtig (Abbildung 23c).

Das rechtsmedizinische Thema der Leichenschau und des Obduktionsrechts wurde von 78,7 % (n=221) als wichtig eingestuft. Die meistgewählte Kategorie war hier ziemlich wichtig mit 40,7 %. Ähnlich war die Beurteilung hinsichtlich des Betäubungsmittelrechts mit einer Zustimmung von 77,0 % (n=222). Die Einstufung als mittelmäßig wichtig lag bei erstgenanntem Thema bei 16,3 % und beim Betäubungsmittelrecht etwas höher bei 20,3 % (Abbildung 23b).

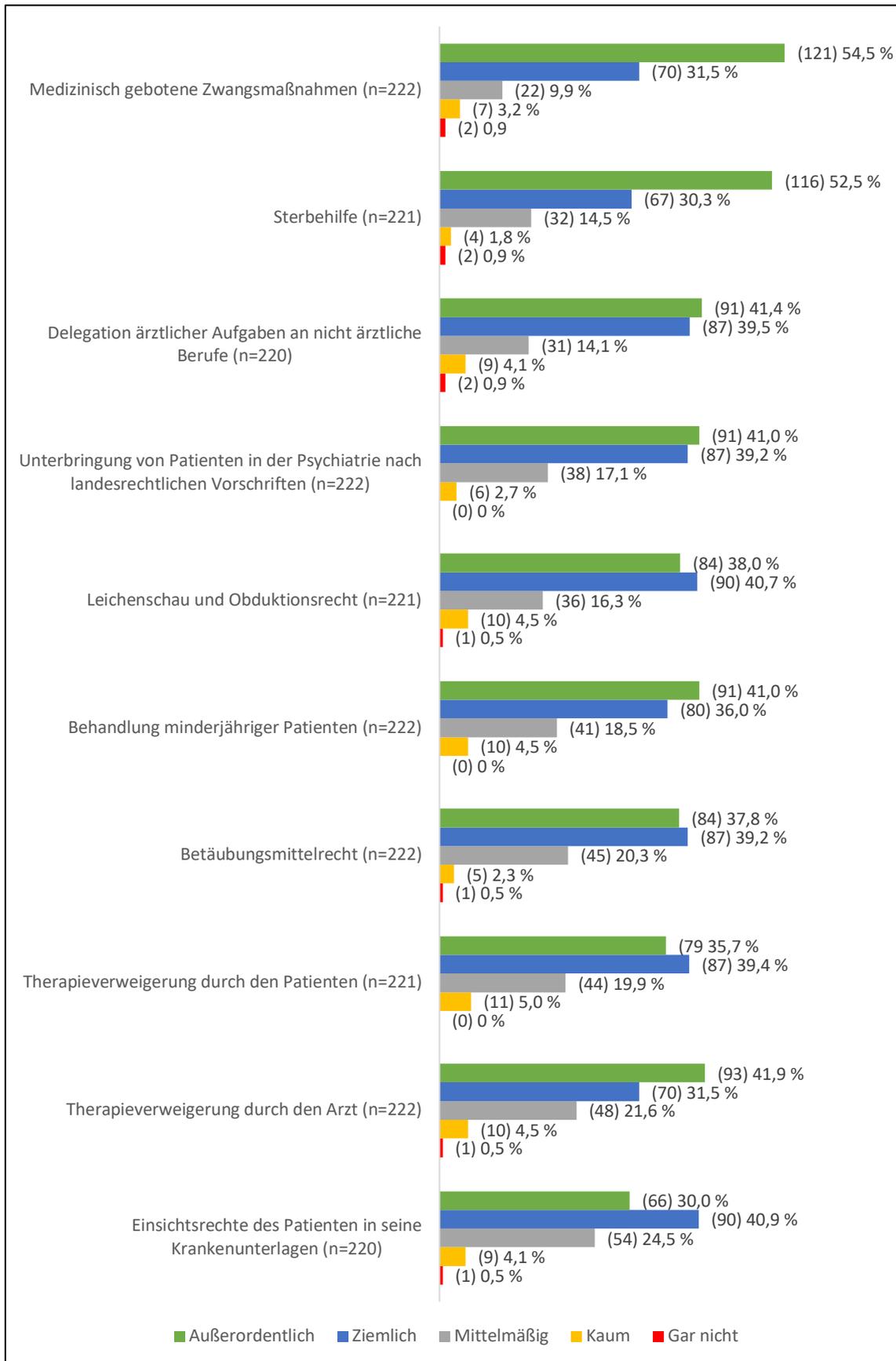


Abbildung 23b: Präferenz der Rechtsthemen

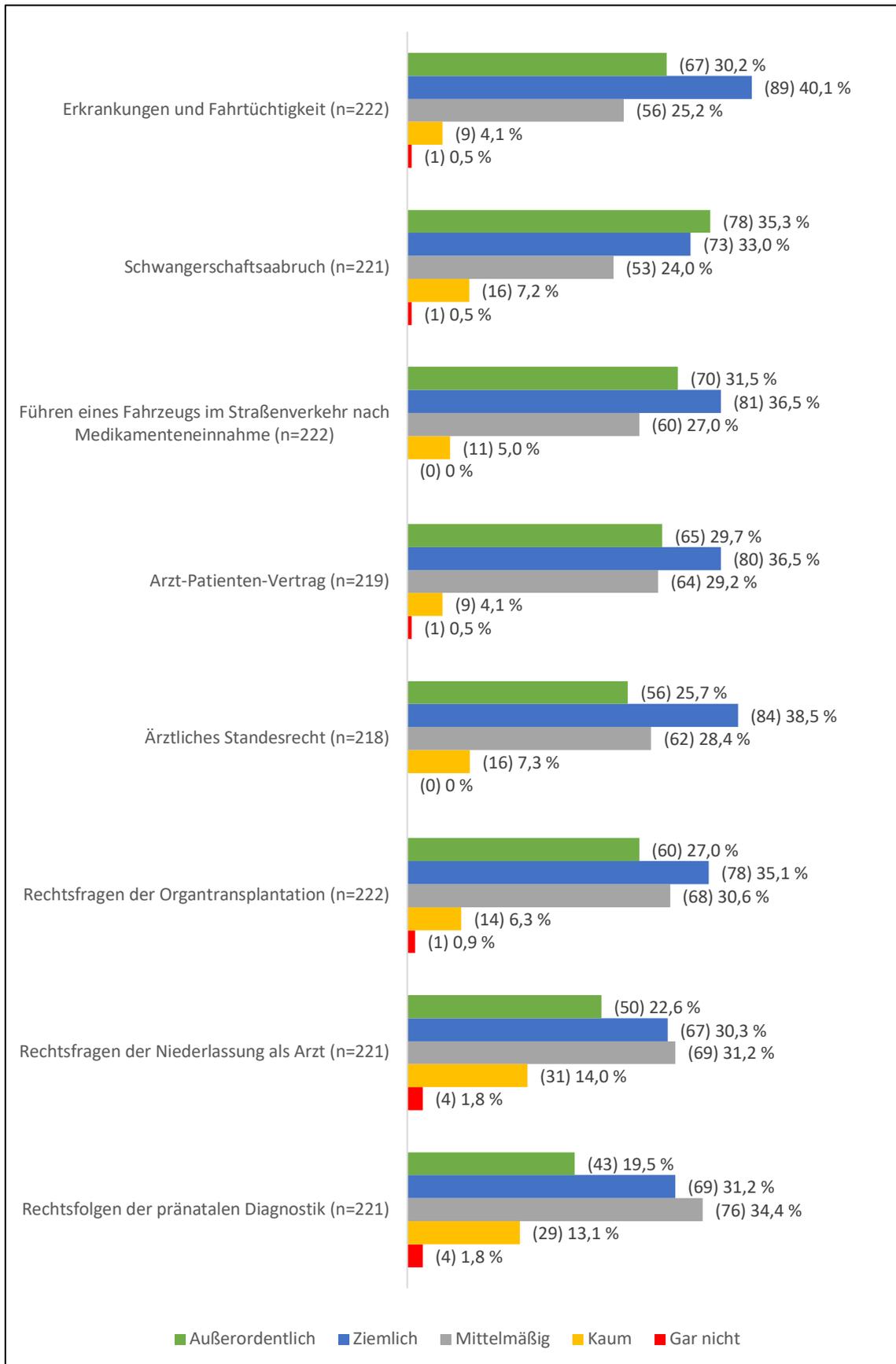


Abbildung 23c: Präferenz der Rechtsthemen

Eine untergeordnete Bedeutung wurde der Medizinethik beigemessen. Sowohl bei dem Thema der Ethikkommissionen wie auch bei der Bewertung von ethisch-religiös-weltanschaulichen Konflikten lag die Einstufung der Wichtigkeit unterhalb von 50 %. Die meistgewählte Kategorie war hier mittelmäßig wichtig. Insgesamt 15,5 % (n=220) bzw. 15,9 % (n=221) erachteten die Themen als kaum bzw. gar nicht wichtig (Abbildung 23d). Ein ähnliches Meinungsbild ergab sich auch bei den Themen der Asyl- und Flüchtlingspolitik sowie der Alternativ- und Komplementärmedizin. Auch hier lag bei der dominierenden Kategorie mittelmäßig wichtig, die Einstufung als wichtig unter 50 % (Abbildung 23d).

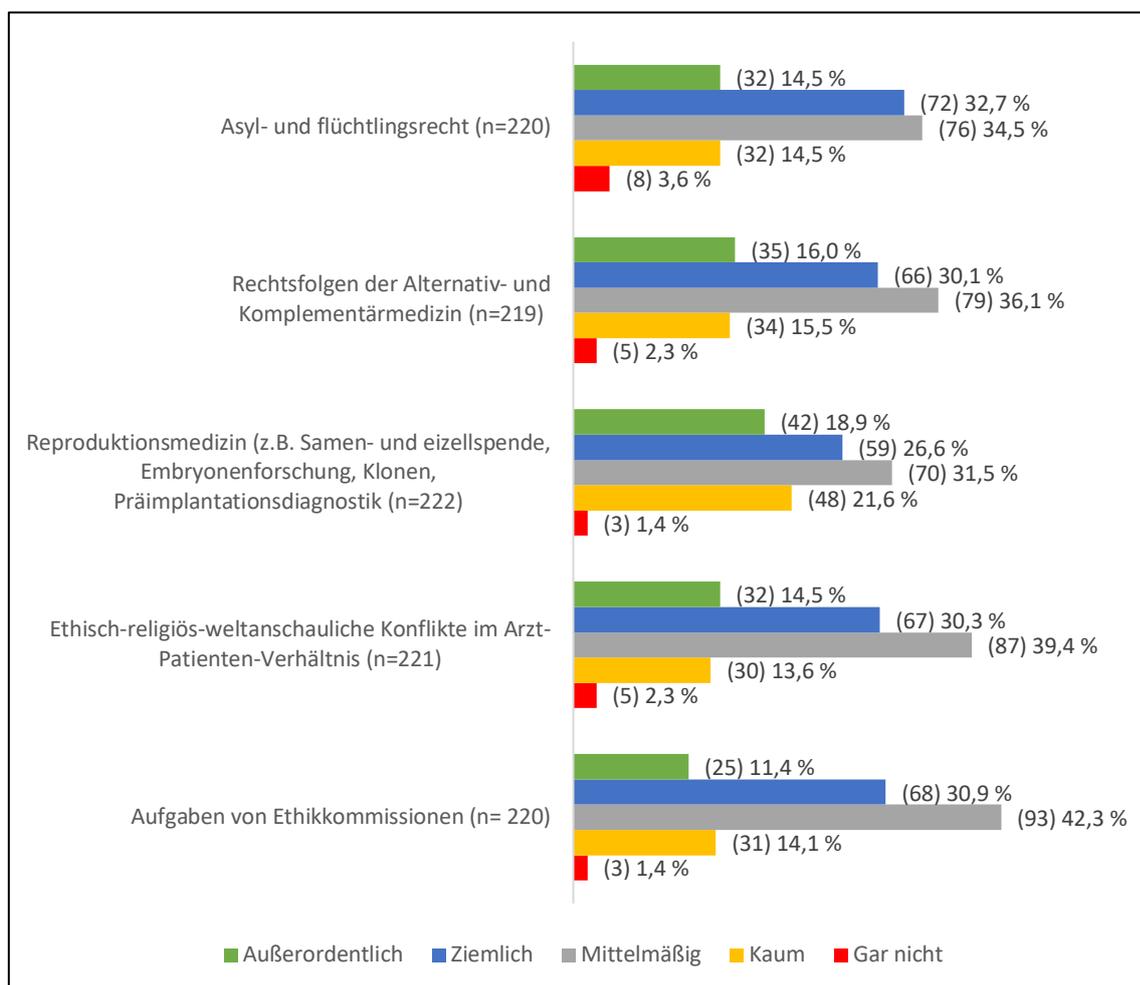


Abbildung 23d: Präferenz der Rechtsthemen

Neben den vorgegebenen Rechtsthemen bestand für die Studierenden die Möglichkeit, weitere Themengebiete als Freitext anzugeben, die für den medizinrechtlichen Unterricht als wichtig eingestuft werden. Am häufigsten erwähnt wurden hierbei Rechtsfragen, die sich im Rahmen des Ausbildungsstatus im Praktischen Jahr ergeben. Dies betraf v.a. die Frage des Tätigkeitsbereiches bzw. der Tätigkeitsgrenzen von PJ-Studierenden, der Haftung bei durch PJ-Studierende verursachten Schäden oder der Zulässigkeit bzw. den Konsequenzen bei Verweigerung eines Arbeitsauftrages.

Als weitere Themen wurden genannt:

- Arbeitsrechtliche Fragen im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung
- Rechtsfragen im Zusammenhang mit medizinischen Angelegenheiten im Privatbereich (z.B. Rechtsstatus von Ersthelfern, medizinische Beratung und Behandlung von Angehörigen oder befreundeten Personen, strafrechtliche Verantwortlichkeit)
- Berufs- und Personalrecht
- Digitalisierung in der Medizin (rechtliche Fragen und Probleme von Telemedizin, Online-Datenverkehr, Kommunikation mittels Smartphones)
- Rechtliche Verantwortlichkeit des Arztes als Arbeitgeber in der Niederlassung
- Betriebswirtschaft und Recht sowie unternehmerische Pflichten des Arztes.

4. Diskussion

Medizinrecht wird von den Studierenden als wichtige und praxisrelevante Disziplin für die ärztliche Berufsausübung wahrgenommen. Die zeigt sich daran, dass die ganz große Mehrheit der Befragten von 97,6 % die Vermittlung von Rechtskenntnissen im Medizinstudium für außerordentlich oder ziemlich wichtig erachtet (Abbildung 13). Zugleich wird aber auch die praktische Bedeutung medizinrechtlicher Kenntnisse für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit deutlich. Denn über 80 % der Befragten hatten während des Studiums, etwa in Famulaturen oder Praktika, Kenntnis von einer rechtlichen Problematik in Bezug auf einen Patienten erlangt (Abbildung 8). Sogar 34,5 % waren im eigenen Handeln gegenüber einem Patienten mit einer rechtlichen Problematik konfrontiert (Abbildung 9).

Die Ergebnisse der Befragung in Deutschland stehen im Einklang mit dem seit Jahren bestehenden internationalen Konsens, wonach die Kenntnisse rechtlicher und ethischer Grundlagen sowohl für die ärztliche Berufsausübung wie auch für die medizinische Forschung als unerlässlich gelten.⁸⁸ Die Vorstellung, rechtliche und ethische Themen in ein medizinisches Curriculum zu integrieren, lässt sich Jahrzehnte zurückverfolgen.⁸⁹ Bezüglich der Medizinethik finden sich derartige Vorschläge bereits in den 1980er Jahren.⁹⁰ Im Jahre 1985 wurde seitens des *Liaison Committee on Medical Education (LCME)*, einer akkreditierten Körperschaft, die sich mit medizinischen Ausbildungsprogrammen in den USA und Kanada befasst, vorgeschlagen, dass ethische, verhaltenswissenschaftliche und sozialökonomische Themen Bestandteil der medizinischen Ausbildung in den USA sein sollten.⁹¹ Ebenso betont das britische *General Medical Council (GMC)* die Bedeutung des Unterrichtes im Medizinrecht und der Medizinethik als Bestandteil der ärztlichen Ausbildung.⁹² In Deutschland sieht die Approbationsordnung für Ärzte vor, dass Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung Gegenstand der Medizinischen Prüfung sind.

⁸⁸ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55.

⁸⁹ Gillon, Thinking about a medical school core curriculum for medical ethics and law, *Journal of medical ethics*, 1996, Vol. 22, S. 323.

⁹⁰ Culver/Clouser/Gert/Brody et al., Basic Curricular goals in Medical Ethics. *New England Journal of Medicine* 1985, Vol. 312 (4), S. 253 ff.

⁹¹ Carrese/Malek/Watson/Lehmann et al., The essential Role of Medical Ethics Education in Achieving Professionalism: The Romanell Report, *Academic Medicine* 2015; Vol. 90 (6), S. 744.

⁹² Vgl. Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol. 24, S. 188.

4.1. Die Bedeutung medizinrechtlicher Kenntnisse für die ärztliche Berufsausübung

4.1.1 Risikobehaftetes ärztliches Handeln

In dem Bewusstsein der Verantwortung, die Ärzte bei der Berufsausübung für das Leben und die Gesundheit eines Menschen übernehmen, steht zwangsläufig die Furcht vor einem Fehler mit unter Umständen schwerwiegenden Folgen. Auch wenn das Ziel einer ärztlichen Behandlung grundsätzlich darin besteht, einen Patienten von einem Leiden zu befreien oder dieses zumindest zu lindern, stellt der in § 630a BGB definierte Behandlungsvertrag seinem Charakter nach ein Dienstvertrag dar.⁹³ Der Arzt verpflichtet sich gegenüber dem Patienten nicht zur Herbeiführung eines bestimmten Behandlungs- oder Heilungserfolges, sondern zur Durchführung einer dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlung. Aufgrund zahlreicher Unsicherheitsfaktoren, die einer medizinischen Behandlung zugrunde liegen (z.B. Vorerkrankungen, Compliance des Patienten, unerwünschte Medikamentennebenwirkungen) und für den Arzt nicht beeinflussbar sind, ist es unmöglich, einen Behandlungserfolg zu garantieren. Selbst bei einer medizinischen Routinebehandlung lassen die Unwägbarkeiten des biologischen Geschehens keine absolut sichere Erfolgsprognose zu.⁹⁴ So hat bereits das Reichsgericht betont, dass auch der geschickteste Arzt nicht mit der Sicherheit einer Maschine arbeite.⁹⁵ Denn einer gewissenhaften ärztlichen Behandlung wohnt stets eine Schwankungsbreite menschlicher Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit inne.⁹⁶ Hinzu kommt, dass weitere Einflussfaktoren wie beispielsweise die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems und dem hiermit einhergehenden höheren Behandlungs- und Zeitdruck, Personalmangel oder auch Mangel an hinreichend qualifiziertem Personal Einfluss auf die Behandlungsqualität haben können. Aber auch der demographische Wandel mit einer im Lebensdurchschnittsalter ansteigenden Gesellschaft führt zwangsläufig zu einer steigenden Zahl an ärztlichen Behandlungen bei gleichzeitig zunehmender Morbidität und Mortalität.

⁹³ Palandt/Weidenkaff, Vorb v. § 630a ff. Rn. 1.

⁹⁴ Weissauer, Recht und Risiko in der Medizin, in: Medizin und Recht: Festschrift für Wolfgang Spann, herausgegeben von Eisenmenger/Liebhardt/Schuck, S. 511.

⁹⁵ RGZ 78, 438.

⁹⁶ Weissauer, Recht und Risiko in der Medizin, in: Medizin und Recht: Festschrift für Wolfgang Spann, herausgegeben von Eisenmenger/Liebhardt/Schuck, S. 511.

Hieran wird deutlich, dass eine ärztliche Behandlung aus einer Vielzahl an Gründen mit einem medizinischen Risiko, also der Gefahr eines Behandlungsmisserfolges behaftet ist. Dieser besteht darin, dass entweder der gewünschte Heilungs- oder Behandlungserfolg nicht eintritt oder die Behandlung anderweitige nachteilige Folgen für den Patienten hat.⁹⁷ Hieraus resultierend können gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen, die den Patienten im günstigsten Fall nur gering beeinträchtigen, im schlimmsten Falle aber irreversibel sind und unter Umständen sowohl unter persönlichen wie auch ökonomischen Gesichtspunkten gravierende Konsequenzen für den Patienten und gegebenenfalls auch für seine Angehörigen haben können. Auf der anderen Seite steht aber auch der Arzt einer gescheiterten Behandlung oder dem Eintritt einer unerwünschten Komplikation nicht unbeteiligt gegenüber. Neben der persönlichen Empathie mit dem Schicksal des Patienten müssen Ärzte auch mit straf-, zivil- oder standesrechtlichen Konsequenzen rechnen. Die Reduktion von Behandlungsfehlern rückt daher auch in den Fokus gesundheitspolitischer Maßnahmen. Vor diesem Hintergrund wurden beispielsweise Fehlervermeidungsstrategien wie das Critical Incident Reporting System (CIRS), die Qualitätssicherung, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Qualitätszirkel oder Tumorkonferenzen etabliert.⁹⁸

4.1.2 Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Aber auch das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Der einst vorherrschende Grundsatz „doctors know best“ ist zunehmend in den Hintergrund getreten.⁹⁹ Die Zeiten, wonach es dem Arzt oblag zu entscheiden, welche Informationen gegenüber dem Patienten preisgegeben werden, sind obsolet. Der heutige Patient erwartet eine umfassende Information über seinen Gesundheitszustand sowie der Diagnose- und Therapieoptionen und nimmt das Recht für sich in Anspruch, eine ärztliche Entscheidung zu hinterfragen oder gar abzulehnen.¹⁰⁰ Dieses gewachsene Patienten-selbstbewusstsein ist auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen.

⁹⁷ Weissauer, Recht und Risiko in der Medizin, in: Medizin und Recht: Festschrift für Wolfgang Spann, herausgegeben von Eisenmenger/Liebhardt/Schuck, S. 511.

⁹⁸ Crusius, Pressemitteilung zur Pressekonferenz der Bundesärztekammer „Fehlerhäufigkeiten und Fehlerursachen in der Medizin“ am 04.04.2018 in Berlin. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/2017/crusius/> (Stand 24.04.2020).

⁹⁹ Lee/Kulenthiran/Sim, First Year Medical Students' Perceptions towards Integration of Medical Law in the Medical Curriculum: a Pilot Study, *Journal of Academic Ethics* 2016, Vol. 14, S. 169 (170).

¹⁰⁰ Vgl. Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, *Journal of Academic Ethics* 2013, Vol. 11, S. 121 (123).

4.1.2.1. Der informierte Patient

Aufgrund der vielfältigen multimedialen Informationsangebote haben Patienten die Möglichkeit, sich umfassend über medizinische Sachverhalte, wie z.B. Symptome oder Krankheitsbilder zu informieren. Es wird davon ausgegangen, dass mittlerweile jeder zweite Deutsche im Falle einer Krankheit das Internet nutzt, um Informationen zu suchen.¹⁰¹ Eine andere und aktuell noch in der Diskussion befindliche Frage ist, ob der Patient nach einer solchen Recherche tatsächlich ein größeres Wissen besitzt und das Arzt-Patienten-Gespräch hierdurch positiv beeinflusst wird.¹⁰² Als maßgebliche Faktoren werden vor allem das Bildungsniveau des Patienten und die Qualität der verwendeten Quelle angeführt.¹⁰³ Dennoch ist nicht von der Hand zu weisen, dass „informierte“ Patienten eine Herausforderung für Ärzte darstellen, da sie aufgrund einer möglicherweise vorgefassten Meinung dem Arzt mit einer bestimmten Erwartungshaltung gegenüber treten, Diagnosen- oder Behandlungsstrategien kritisch hinterfragen oder im Falle einer Unzufriedenheit mit der Behandlung Kenntnisse über rechtliche Vorgehensweisen gegenüber dem Arzt besitzen. Der Arzt sollte seinen Patienten daher auf seriöse Informationsquellen hinweisen, was neben einer positiven Beeinflussung des Arzt-Patienten-Gesprächs¹⁰⁴ auch zur Konfliktvermeidung beiträgt.

4.1.2.2. Aufwertung der Patientenrechte durch die Rechtsprechung und den Gesetzgeber

Die Patientenrechte haben in den letzten Jahren eine deutliche Stärkung erfahren. Der Gesetzgeber und die Justiz haben den ärztlichen Dienst stark reguliert, indem Aufklärungs-, Sorgfalts- und Dokumentationspflichten statuiert wurden, die nahezu die gesamte berufliche Tätigkeit umfassen. Seitens des Gesetzgebers wurden durch das „*Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten*“ die Vorschriften der §§ 630a bis 630h in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt, die Regelungen zum Behandlungsvertrag enthalten. Gegenstand dieser Regelungen sind die Informations- und Aufklärungspflichten des Arztes gegenüber dem Patienten, die Dokumentationspflicht der

¹⁰¹ Von Berg, Der informierte Patient: Fluch oder Segen, Der Hausarzt 02/2017, S. 1.

¹⁰² Von Berg, Der informierte Patient: Fluch oder Segen, Der Hausarzt 02/2017, S. 1.

¹⁰³ Von Berg, Der informierte Patient: Fluch oder Segen, Der Hausarzt 02/2017, S. 1.

¹⁰⁴ Von Berg, Der informierte Patient: Fluch oder Segen, Der Hausarzt 02/2017, S. 1.

Behandlung, das Akteneinsichtsrecht und die Grundzüge der Beweislast bei Behandlungsfehlern. Anliegen des Gesetzgebers war es, die richterlich entwickelten Grundsätze des Arzthaftungs- und Behandlungsrechtes unter dem Titel des Behandlungsvertrages gesetzlich im Bürgerlichen Gesetzbuch festzuschreiben.¹⁰⁵ Hierdurch soll für Patienten ein höheres Maß an Transparenz und Rechtssicherheit geschaffen werden.¹⁰⁶ So dienen Regelungen zur Aufklärungs- und Informationspflicht des Behandelnden der Sicherstellung, dass Patienten vollständig und umfänglich über diagnostische und therapeutische Maßnahmen informiert werden und ihnen im Rahmen eines grundsätzlich zu erfolgenden persönlichen Gespräches Gelegenheit gegeben wird, Fragen stellen zu können.¹⁰⁷ Ebenso wurden die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Beweislast bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen in das Gesetz integriert. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass es Patienten mangels Kenntnis der Behandlungsabläufe und der medizinischen Zusammenhänge schwerfalle, die für einen Behandlungsfehler erforderliche Pflichtwidrigkeit sowie die Kausalität des Fehlers für einen eingetretenen Schaden nachzuweisen.¹⁰⁸ Darüber hinaus existieren auch in anderen Gesetzen zahlreiche rechtliche Vorgaben, die den medizinischen Behandlungsablauf unmittelbar beeinflussen, wie beispielsweise im Medizinprodukte- oder Transfusionsgesetz sowie Maßgaben der Qualitätssicherung auf Grundlage des SGB V.¹⁰⁹ Als Kehrseite hieraus ergibt sich für den Arzt eine enorme Fülle an Sorgfalts- und Dokumentationspflichten, die ihn als „Dokumentar seiner eigenen Tätigkeit“ erscheinen lassen.¹¹⁰ Zugleich erhöht sich das Spektrum der einer judikativen Kontrolle unterliegenden Parameter mit der Konsequenz einer Haftungsausweitung.¹¹¹

4.1.2.3 Ökonomisierung der Medizin

Der Strukturwandel, den die Medizin in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat, spiegelt sich mittelbar auch im Arzt-Patienten-Verhältnis wider. Das Gesundheitssystem wird

¹⁰⁵ Bundestagsdrucksache 17/10488, S. 9.

¹⁰⁶ Bundestagsdrucksache 17/10488, S. 9.

¹⁰⁷ Bundestagsdrucksache 17/10488, S. 9.

¹⁰⁸ Bundestagsdrucksache 17/10488, S. 11.

¹⁰⁹ Bock, Ärztliche Behandlungsfehler aus Sicht eines Juristen, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, S. 414 (416).

¹¹⁰ Hoppe, zitiert in Stüwe, Arzt - der durchnormierte Beruf, Deutsches. Ärzteblatt 2009, Jg. 106, Heft 13, A 593.

¹¹¹ Bock, Ärztliche Behandlungsfehler aus Sicht eines Juristen, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia S. 414 (416 f.).

zunehmend von ökonomischen Prinzipien geprägt, die Effektivität und Kostenminimierung in den Vordergrund rücken. Ökonomisches Denken stellt im Gesundheitswesen einen wichtigen und notwendigen Faktor dar, um kostbare Ressourcen sinnvoll und nutzbringend einzusetzen.¹¹² Im heutigen Gesundheitssystem steht die Ökonomie der Medizin jedoch nicht mehr nur helfend zur Seite, sondern dominiert die Medizin.¹¹³ Vor allem in Krankenhäusern ist eine zunehmende Effizienzierung der Abläufe zu beobachten¹¹⁴, die den Faktor Zeit für Zuwendung an den Patienten in den Hintergrund treten lässt.¹¹⁵ Dies hat auch gravierende Auswirkungen auf den ärztlichen Dienst, da die einst den Arztberuf prägende Individualität des Patientenkontaktes einer algorithmen- und leitliniendominierten Praxis weicht.¹¹⁶ Damit ändert sich aber auch das Bild des Arztes, der zunehmend in die Rolle eines „Leistungserbringers“ gedrängt wird.¹¹⁷

4.1.2.4. Folgen des gewandelten Arzt-Patienten-Verhältnisses

4.1.2.4.1. Vermehrte Inanspruchnahme rechtlicher Institutionen durch Patienten

Rechtsverfahren gegen Ärzte wegen eines Behandlungsfehlers, sei es auf zivil- oder strafrechtlicher Ebene hat es schon immer gegeben.¹¹⁸ Das erscheint nicht verwunderlich, da die ärztliche Berufsausübung nicht in einem rechtsfreien Raum stattfindet, sondern Ärzte wie andere Staatsbürger auch mit ihren menschlichen Schwächen, persönlichen Unzulänglichkeiten oder fachlichen Defiziten an Recht und Gesetz gebunden sind.¹¹⁹ Dennoch ist zu beobachten, dass die Anzahl an Verfahren gegenüber Ärzten wegen Behandlungsfehlern in den letzten Jahrzehnten deutlich zugenommen hat.¹²⁰ Während im Jahr 2004 noch 7.659 Zivilverfahren gegen Ärzte und Krankenhäuser vor den Amts- und

¹¹² Maio, Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Deutsches Ärzteblatt 2012, Jg. 109, Heft 16, A 804 (A 805).

¹¹³ Maio, Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Deutsches Ärzteblatt 2012, Jg. 109, Heft 16, A 804 (A 805).

¹¹⁴ Schumm-Dräger/Kapitza/Mann/Fölsch/Müller-Wieland, Ökonomisierung in der Medizin, Deutsches Ärzteblatt 2017, Jg. 114, Heft 49, A 2338.

¹¹⁵ Hibbeler, Ökonomisierung der Medizin: Die Macht der Manager, Deutsches Ärzteblatt Studieren.de, Heft 03/2012.

¹¹⁶ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive Medicine, It is time to finally slow down an epidemic, World Journal of Clinical Cases 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (408).

¹¹⁷ Hibbeler, Ökonomisierung der Medizin: Die Macht der Manager, Deutsches Ärzteblatt Studieren.de, Heft 03/2012.

¹¹⁸ Ulsenheimer, in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 1.

¹¹⁹ Ulsenheimer, in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 2.

¹²⁰ Ulsenheimer, in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 2.

Langerichten geführt wurden, stieg die Zahl im Jahr 2007 auf 11.521 Verfahren an. Schätzungen zufolge muss derzeit von einer Anzahl zivilrechtlicher Klagen gegen Ärzte in einer Größenordnung von 10.000 bis 12.000 pro Jahr ausgegangen werden.¹²¹ Die Zahl der Strafverfahren gegen Ärzte wird auf 3.000 bis 3.500 geschätzt.¹²² Neben den klassischen Behandlungsfehlern, die als fahrlässige Körperverletzung oder fahrlässige Tötung verfolgt werden, erlangen auch strafrechtlich relevante Verhaltensweisen auf dem Gebiet des Abrechnungswesens in Form von Betrug und Untreue sowie bei im öffentlichen Dienst beschäftigten Ärzten auch Bestechungsdelikte an Bedeutung.¹²³

Genauere Zahlen bietet die von der Bundesärztekammer erhobene jährlich erscheinende Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Laut der Statistik des Jahres 2018 wurden insgesamt 10.839 Anträge wegen eines vermuteten Behandlungsfehlers gestellt.¹²⁴ In 5.972 Fällen erging eine Sachentscheidung, wovon in 4.114 Fällen ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel verneint wurde. Ein Mangel bei der Risikoaufklärung wurde in 41 Fällen und ein Behandlungsfehler in 1.817 Fällen bejaht. In wiederum 1.499 Fällen wurde letztlich ein Behandlungsfehler bzw. Risikoaufklärungsmangel und eine Kausalität angenommen.¹²⁵

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung geht in seiner statistischen Behandlungsfehler-Begutachtung im Jahr 2018¹²⁶ von 14.133 vermuteten Fällen eines Behandlungsfehlers aus. In 3.497 Fällen (24,7 %) wurde ein Behandlungsfehler mit Schaden festgestellt. Eine Kausalität für den Schaden wurde in 2.799 Fällen (19,8 %) bejaht.¹²⁷

¹²¹ Ulsenheimer, in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 2.

¹²² Ulsenheimer, in Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 2.

¹²³ Zeller, Verhaltensleitlinien bei Ermittlungsverfahren: „Schweigen ist Gold“, Deutsches Ärzteblatt 2014, Jg. 111, Heft 9, Supplement Praxis, S. 10 (11).

¹²⁴ Bundesärztekammer, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018, S. 3.

¹²⁵ Bundesärztekammer, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018, S. 5.

¹²⁶ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung der Krankenversicherung (MDK), Behandlungsfehler-Begutachtung, Jahresstatistik 2018, S. 7.

¹²⁷ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung der Krankenversicherung (MDK), Behandlungsfehler-Begutachtung, Jahresstatistik 2018, S. 8.

Der größte Anteil der vermuteten Behandlungsfehler entfiel nach beiden Statistiken auf die Disziplin der Unfallchirurgie/Orthopädie.¹²⁸ Bei einer Betrachtung der Fallzahlen über mehrere Jahre, zeigt sich sowohl nach der von der Bundesärztekammer geführten Statistik wie auch der Statistik des MDS/MDK ein Trend hinsichtlich einer Zunahme der Behandlungsfehlervorwürfe. So lag die Zahl der bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingegangenen Anträge im Jahre 2006 bei 10.280 und bei den Behandlungsfehlergutachten von MDS/MDK im Jahre 2009 bei 10.300 Fällen. Im Vergleich zum Jahre 2017 war die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer im Jahr 2018 etwas rückläufig¹²⁹, während sich bei der Behandlungsfehlerbegutachtung des MDS/MDK im gleichen Zeitraum ein Anstieg zeigte.¹³⁰

Setzt man die Zahl festgestellter Behandlungsfehler in das Verhältnis zu 19,5 Millionen Behandlungsfällen in Krankenhäusern und ca. einer Million Arztkontakte in Arztpraxen, liegt diese dennoch im Promillebereich.¹³¹

Als möglicher Grund für die steigende Bereitschaft von Patienten zur Inanspruchnahme von Schlichtung- und Gutachterstellen wie auch zur gerichtlichen Durchsetzung von Schadensersatzansprüchen gegenüber Ärzten und Krankenhausträgern, dürfte vor allem eine schwindende Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient anzuführen sein.¹³² Vor dem Hintergrund der Ökonomisierung des Gesundheitssystems entwickelt sich das Verhältnis von Arzt und Patient zunehmend in eine geschäftsmäßige Beziehung. So entsteht bei Patienten der Eindruck, nicht mehr als Individuum wahrgenommen zu werden, sondern lediglich Teil eines anonymen Krankenhausapparates zu sein. Wird der einst durch eine persönliche Arzt-Patienten-Beziehung geprägte Behandlungsvertrag auf ein

¹²⁸ Bundesärztekammer, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018, S. 9; Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Behandlungsfehler-Begutachtung, Jahresstatistik 2018, 13.

¹²⁹ Bundesärztekammer, Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018, S. 3.

¹³⁰ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung der Krankenversicherung (MDK), Behandlungsfehlergutachten der MDK 2009 - 2018.

¹³¹ Crusius, Fehlerhäufigkeiten und Fehlerursachen in der Medizin, Pressekonferenz der Bundesärztekammer am 04.04.2018.

¹³² Bock, Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, S. 414 (415); Ulanheimer, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 3.

bloßes Rechtsverhältnis reduziert, sinkt zwangsläufig auch die Hemmschwelle des Patienten, den Arzt zu verklagen.¹³³ Auf der anderen Seite hat sich durch die Möglichkeiten, die durch eine moderne Medizin geboten werden, das Anspruchsdenken von Patienten verändert.¹³⁴ Durch den enormen medizinischen Fortschritt werden Erwartungen geschürt, für deren Enttäuschung oftmals der Arzt persönlich verantwortlich gemacht wird, anstatt die Schicksalhaftigkeit von Krankheitsverläufen anzuerkennen.¹³⁵ Nicht zuletzt hat sich auch durch die vielfältigen multimedialen Informationsmöglichkeiten, ärztliche Aufklärungsmaßnahmen, populärwissenschaftlichen Publikationen oder Berichterstattungen über Arztprozesse in der Presse das Wissensniveau der Gesellschaft insgesamt erhöht.¹³⁶

4.1.2.4.2. Defensivmedizin

Angesicht der zunehmenden Regulierung der Medizin und den hieraus erwachsenen Obliegenheiten für die ärztliche Berufsausübung ist mit Blick auf eine mögliche rechtliche Verantwortlichkeit hinsichtlich eines Behandlungsfehlers, auf Seiten der Ärzte eine Unsicherheit entstanden, deren Folgen sich mit dem Begriff der „Defensivmedizin“ zum Ausdruck bringen lassen. Hierunter wird im Allgemeinen eine medizinische Handlungsweise verstanden, die darauf ausgerichtet ist, juristische Auseinandersetzungen (z.B. Kunstfehlerprozesse) zu vermeiden.¹³⁷ Die Konsequenz ist eine übermäßige medizinisch nicht indizierte Diagnostik zur Absicherung einer Diagnose und einer rechtssicheren Dokumentation. Dies betrifft vor allem die nicht notwendige Anordnung bildgebender Verfahren oder übertriebene Zuweisungen zu Fachärzten, aber auch die Übertherapie an sich banaler Krankheitsbilder durch eine unnötige Verschreibung von Medikamenten.¹³⁸ Dies gilt etwa für eine nicht indizierte Verordnung von Antibiotika¹³⁹, wodurch das Problem

¹³³ Ulsenheimer, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 3.

¹³⁴ Ulsenheimer, in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechtes, § 112 Rn. 3.

¹³⁵ Bock, Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, S. 414 (416).

¹³⁶ Bock, Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen, in: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, S. 414 (416).

¹³⁷ Katzenmeier, zitiert von Büssow, Wie Gesetze zur Defensivmedizin führen, Ärzte Zeitung vom 07.04.2014.

¹³⁸ Bergmair, Thomas, Defensive Medizin, Zeitschrift für Gesundheitspolitik, 4/2014, S. 92 (93).

¹³⁹ Siehe hierzu Tebano/Dyar/Beovic/Béraud/Thilly/Pulcini on behalf of the ESCMID Study Group for Antimicrobial stewardship (ESGAP), Defensive medicine among antibiotic stewards: the international ESCMID AntibioLegalMap survey, Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2018 Vol. 73, S. 1.

der Entstehung von Antibiotikaresistenzen verschärft wird.¹⁴⁰ Eine weitere Facette der defensiven Medizin ist die Ablehnung von Hochrisikopatienten oder die Vermeidung risikobehafteter Therapien.¹⁴¹ Aber auch lange Wartezeiten für Patienten auf Arzttermine können eine Folge sein.¹⁴² Mag vordergründig der Eindruck entstehen, dass defensive Medizin aufgrund sorgfältigerer Untersuchungen, detaillierten Aufklärungen oder präziseren Dokumentationen für den Patienten durchaus Vorteile hat und insbesondere auch sehr geringe Krankheitsrisiken ausgeschlossen werden könnten, gilt zu bedenken, dass jede medizinische Behandlung in Abhängigkeit ihrer Intensität mit einem Gesundheitsrisiko verbunden sein kann oder hieraus eine Fehldiagnose resultiert.¹⁴³

Die Praktizierung von defensiver Medizin ist ein seit Jahrzehnten bekanntes und weltweit beschriebenes Phänomen. Die zugrunde liegenden Ursachen sind komplexer Natur und lassen sich nicht allein auf die Wahrnehmung von Ärzten reduzieren, im Falle eines Behandlungsfehlers von einem Ausgleich suchenden Patienten oder dessen Angehörigen leichter verklagt werden zu können.¹⁴⁴ Wesentliche Bedeutung kommt dem Verlust des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten zu, der aufgrund gesundheitsökonomischer Entwicklungen zunehmend forciert wird.¹⁴⁵ Neben einer Unzufriedenheit von Ärzten mit ihrer beruflichen Situation als Folge einer Verknappung der Ressourcen, die sich letztlich in der Interaktion mit dem Patienten widerspiegelt, stellt auch die aufgrund einer Fülle an administrativen Tätigkeiten limitierte Zeit, die dem Arzt pro Patient für Anamnese, Untersuchungen oder Beratung zur Verfügung steht einen wesentlichen Faktor dar. Dies muss als Folge einer Medizin betrachtet werden, die den Arzt nicht mehr als „personal doctor“, sondern ausschließlich als Angestellten einer Klinik betrachtet.¹⁴⁶ Der Arzt kann somit mitunter als ein an das Gewerbe angelehnter „Dienstleister neuer Prägung“ begriffen werden.¹⁴⁷ Entsprechend entsteht bei Patienten der Eindruck, dass ein

¹⁴⁰ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (407).

¹⁴¹ Bergmair, Thomas, Defensive Medizin, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 4/2014, S. 92 (93).

¹⁴² Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (407).

¹⁴³ Bergmair, Thomas, Defensive Medizin, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik*, 4/2014, S. 92 (94).

¹⁴⁴ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (407).

¹⁴⁵ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (408).

¹⁴⁶ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (407).

¹⁴⁷ Laufs, in: Laufs/Kern, *Handbuch des Arztrechtes*, § 1 Rn. 1.

Arzt, dem nur wenig Zeit für eine Konsultation zur Verfügung steht, möglicherweise entscheidende Aspekte einer Krankheit übersieht.¹⁴⁸ Einen anderen Aspekt stellt die Erwartungshaltung, insbesondere von „informierten Patienten“ gegenüber einem Arzt dar. Patienten, die einen höheren Wissenstand bezüglich ihrer Krankheit besitzen oder auf der Suche nach einem Spezialisten für ihr Leiden sind, erwarten regelmäßig eine Betreuung, die sich nicht lediglich auf das Befolgen von Algorithmen oder Leitlinien beschränkt, sondern eine ganzheitliche Betrachtung der Person und nicht nur der Krankheit umfasst.¹⁴⁹ Die genannten Umstände können dazu führen, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten und auch das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem nachhaltig beeinträchtigt wird. Auf der anderen Seite trägt der übermäßige Einsatz diagnostischer Verfahren zu einer weiteren Verknappung der Ressourcen und damit zur Erhöhung der Kosten im Gesundheitswesen bei.¹⁵⁰

In Bezug auf die Praktizierung von defensiver Medizin sind insbesondere die USA anzuführen, wo in den letzten Jahrzehnten aufgrund einer Überregulierung des Gesundheitssystems eine Inflation an Arzthaftungsprozessen zu verzeichnen war. In einer von der *Harvard School of Public Health* im Jahr 2003 durchgeführten Untersuchung, an der 824 Ärzte aus sechs Fachrichtungen mit hohem Prozessrisiko beteiligt waren (Notfallmedizin, Allgemeinchirurgie, Orthopädie, Neurochirurgie, Gynäkologie und Radiologie) gaben 93 % der Befragten an, defensive Medizin zu praktizieren.¹⁵¹ Im Sinne eines „Assurance behavior“ räumten 92 % ein, diagnostische Maßnahmen zu veranlassen oder Patienten für Konsultationen zu überweisen, um ihre Einschätzung abzusichern und weitere 43 % gaben an, bildgebende Verfahren ohne klinische Notwendigkeit angeordnet zu haben.¹⁵² In einer neueren in Großbritannien durchgeführten Befragung, bei der die Antworten von 204 Klinikärzten aus 300 Kliniken ausgewertet wurden, erklärten 78 % defensive

¹⁴⁸ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (407).

¹⁴⁹ Vento/Cainelli/Vallone, Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World Journal of Clinical Cases* 2018, Vol. 6 (11), S. 406 (408).

¹⁵⁰ Arnade, Johannis, Kostendruck und Standard, Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard, S. 14.

¹⁵¹ Studdert/Mello/Sage, Defensive Medicine Among High-Risik Specialist Physicans in a Volatile Malpractice Environment, *Journal of the American Medical Association* 2005, Vol 293 (21), S. 2609 (2612).

¹⁵² Studdert/Mello/Sage, Defensive Medicine Among High-Risik Specialist Physicans in a Volatile Malpractice Environment, *Journal of the American Medical Association* 2005, Vol 293 (21), S. 2609 (2612).

Medizin auszuüben.¹⁵³ Die Anordnung unnötiger diagnostischer Maßnahmen wurde von 59 % als häufigste Form der defensiven Medizin berichtet, gefolgt von einer überflüssigen Überweisung an andere Fachrichtungen (55 %). Weitere 9 % lehnten die Behandlung eines Hochrisikopatienten ab, während 21 % eine Hochrisikobehandlung vermeiden würden.¹⁵⁴

Die Höhe der durch defensive Medizin hervorgerufenen Kosten lässt sich nur schwer beziffern.¹⁵⁵ Die genannten Beträge weisen zum Teil eine erhebliche Variationsbreite auf, was insbesondere auch dem Umstand geschuldet ist, dass der Begriff nicht einheitlich interpretiert wird.¹⁵⁶ Schätzungen zufolge beliefen sich die Kosten in den USA für das Jahr 2008 auf 45,6 Billionen Dollar.¹⁵⁷ In Italien wird die Höhe auf ca. 10 Billionen Euro pro Jahr geschätzt.¹⁵⁸ Für die Bundesrepublik Deutschland liegen bisher keine Daten über das Ausmaß defensiver Medizin vor. Vor allem die aus den USA stammenden Zahlen haben aufgrund der Unterschiedlichkeit der Rechtssysteme für die Bewertung in Deutschland nur wenig Aussagekraft.¹⁵⁹ Es muss aber davon ausgegangen werden, dass als Reaktion auf die gestiegene Anzahl an Behandlungsfehlervorwürfen die Praktizierung von Defensivmedizin eine Rolle spielt.¹⁶⁰ Um einer Verursachung ungerechtfertigter Kosten als Folge defensiver Medizin entgegenzuwirken, werden auf internationaler Ebene Lösungsstrategien diskutiert. Die Etablierung einer schuldunabhängigen Arzthaftung, durch die sich eine Reduktion der Arzthaftungsprozesse in Aussicht stellen ließe, wird als ein möglicher Ansatz angeführt.¹⁶¹

¹⁵³ Ortashi/Virdee/Hassan/Mutrynowski/Abu-Zidan, The practice of defensive medicine among hospital doctors in die United Kingdom, BMC Medical Ethics 2013 Vol 14, Art. 42, S. 3.

¹⁵⁴ Ortashi/Virdee/Hassan/Mutrynowski/Abu-Zidan, The practice of defensive medicine among hospital doctors in die United Kingdom, BMC Medical Ethics 2013, Vol 14, Art. 42, S. 3.

¹⁵⁵ Trivedi, Ursachen der hohen Kosten im Gesundheitswesen, MSD Manual, S 3.

¹⁵⁶ O.V. How much does defensive medicine cost? Medical Economics, 9. August 2013.

¹⁵⁷ Mello/Chandra/Gawande/Studdert, National Cost of the Medical Liability System, Health Affairs 2010, Vol. 29 (9), S. 1569 (1574).

¹⁵⁸ Di Gregorio, Defensive medicine in Europe: Which Solutions, 8th European Public Health Conference: Parallel Sessions, The European Journal of public Health 2015, Vol. 25 (Suppl. 3), S. 145.

¹⁵⁹ Giesen, Arzthaftungsrecht im Umbruch (II), JuristenZeitung, S. 402.

¹⁶⁰ Giesen, Arzthaftungsrecht im Umbruch (II), JuristenZeitung 1982, S. 402.

¹⁶¹ Di Gregorio, Defensive medicine in Europe: Which Solutions, 8th European Public Health Conference: Parallel Sessions, The European Journal of public Health 2015, Vol. 25 (Suppl. 3), S. 145.

4.1.2. Konsequenzen für die medizinrechtliche Ausbildung im Medizinstudium

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, dass neben der originären Risikobehaftung, die ärztlichem Handeln innewohnt auch das sich gewandelte Arzt-Patienten-Verhältnis maßgeblichen Einfluss auf die heutige Ausübung des Arztberufes hat. Angehende Ärztinnen und Ärzte stehen vor der Herausforderung, sich aufgrund eines Schwindens des traditionellen Arztbildes an die neuen Gegebenheiten anpassen zu müssen. Die zunehmende Einflussnahme des Rechts auf die Medizin führt dazu, dass Ärzte dazu befähigt sein müssen, die Regulationsmechanismen der Gesundheitsversorgung ebenso zu verstehen wie die Behandlung von Krankheiten.¹⁶² Ärztinnen und Ärzte müssen sich daher in dem komplexen Rechts- und Regelwerk zurechtfinden können, das ihnen vorgibt, welche medizinische Behandlung einem Patienten zuteilwird.¹⁶³

Medizin und Recht treffen in den unterschiedlichsten Bereichen ärztlichen Daseins aufeinander. Das Spektrum reicht von Rechts- und Verwaltungsvorschriften, die in administrativer oder medizinischer Hinsicht Einfluss auf die ärztliche Berufsausübung nehmen bis hin zu Rechtsfragen zu problematischen oder umstrittenen medizinischen und ethischen Fällen, die unter Umständen sogar Gegenstand eines gerichtlichen Verfahrens sein können. Eine große Relevanz erlangen in diesem Zusammenhang Rechtsfragen, die das Lebensende betreffen, wie beispielsweise der Beendigung lebensverlängerter Maßnahmen, Patientenverfügungen oder die seit Jahrzehnten in der Öffentlichkeit kontrovers diskutierte Frage der Zulässigkeit von Sterbehilfe. Als Ultima Ratio obliegt es der Rechtsprechung über die Rechtmäßigkeit einer ärztlichen Entscheidung im Nachhinein zu urteilen oder es bedarf eines gerichtlichen Spruchs, um eine künftige ärztliche Maßnahme zu legitimieren.

Wie gezeigt wurde, stellt die Furcht, wegen eines Behandlungsfehlers in die Verantwortung genommen zu werden einen Umstand dar, der ärztliches Handeln beeinflusst. Diese Einschätzung deckt sich mit dem Ergebnis der Befragung, wonach die Studierenden der rechtlichen Problematik in Bezug auf Behandlungsfehler eine große Wichtigkeit im Spektrum der zu unterrichtenden Rechtsthemen einräumen. So ordneten 92,3 % die Frage

¹⁶² Nirav/Shah, The teaching of Law in Medical Education, American Medical Association Journal of Ethics 2008, Vol. 10 (5), S 332.

¹⁶³ Nirav/Shah, The teaching of Law in Medical Education, American Medical Association Journal of Ethics 2008, Vol. 10 (5), S. 332.

des Verhaltens von Arzt und Patient bei Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers und 89,9 % die Haftung des Arztes bei Behandlungsfehlern als wichtig ein (Abbildung 23a). Ein Verständnis darüber, wie sich Arzt und Patient bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu verhalten haben und welche rechtlichen Konsequenzen hieraus erwachsen können, erscheint elementar. Dies beinhaltet Kenntnisse hinsichtlich der haftungsbegründenden Voraussetzungen für einen Behandlungsfehler, insbesondere der Sorgfaltspflichtverletzung oder der persönlichen Vorwerfbarkeit als Voraussetzung eines Verschuldens.

Ärzte sollten mit Verhaltensregeln gegenüber dem Patienten oder seiner Angehörigen, dem Arbeitgeber oder staatlichen Institutionen, aber auch hinsichtlich des Ablaufes eines förmlichen Verfahrens wie etwa vor den Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern oder Gerichten vertraut sein. Andererseits können Ärzte aber auch als Gutachter oder Zeuge in einem Zivil- oder Strafverfahren mit Rechtsfragen konfrontiert werden, etwa bei der Ermittlung von Unfallhergängen, der Aufklärung von Straftaten oder versicherungsrechtlichen Fragen.

Als wichtig in diesem Zusammenhang werden von den befragten Studierenden vor allem auch Fragen in Verbindung mit dem Strafrecht angesehen, wo Ärzte insbesondere als Gutachter oder Zeugen fungieren. Dies gilt besonders für Themen des Verkehrsstrafrechts wie beispielsweise dem Fahren eines Kraftfahrzeugs unter Medikamenteneinnahme oder der Fahrtüchtigkeit bei Erkrankungen, die ca. 80 % der Befragten als außerordentlich bzw. ziemlich wichtig einstufen (Abbildung 23c). Dies mag vor dem Hintergrund zu sehen sein, dass etwa die Verschreibung bestimmter Medikamente durch den Arzt (z.B. Benzodiazepine) oder Erkrankungen (z.B. Epilepsie), welche die Aufmerksamkeits- und Reaktionsfähigkeit herabsetzen können, eine aktive Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen. Aber auch für behandelnde Ärzte erlangen diese Fragen praktische Relevanz, da im Falle einer Verschreibung eines Medikamentes oder der Attestierung der Fahrtüchtigkeit, dem Arzt in Falle eines Schadensereignisses, z.B. bei einem Unfall seines Patienten im Straßenverkehr, eine straf- und haftungsrechtliche Verantwortlichkeit treffen kann. Eine besonders große Wichtigkeit schrieben die Studierenden der Thematik des Verhaltens des Arztes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung zu (Abbildung 23a). Hier werteten insgesamt 95,1 % für die Kategorien außerordentlich bzw. ziemlich wichtig. Der Kindesmisshandlung wird damit im Vergleich zu anderen

Rechtsthemen eine enorme Bedeutung beigemessen. Eine Rolle dürfte hierbei die Komplexität des Themas spielen, nämlich zum einen die körperlichen und psychischen Folgen für ein misshandeltes Kind, wenn einem Verdacht ärztlicherseits nicht hinreichend nachgegangen wird, aber andererseits auch für die Eltern, wenn sich ein Verdacht als unbegründet herausstellt. In einem vom Kammergericht Berlin zu entscheidenden Fall, wurde ein gegen die Eltern wegen des Verdachts auf Kindesmisshandlung (Schütteltrauma) eingeleitetes Ermittlungsverfahren später eingestellt, weil sich hinsichtlich des die Kindesverletzung herbeiführenden Ereignisses der Verdacht nicht gegen einen bestimmten Täter gerichtet werden konnte.¹⁶⁴ Im Mittelpunkt stand die Frage ob bzw. unter welchen Voraussetzungen die ärztliche Schweigepflicht zum Zwecke der Information der Polizeibehörden oder Jugendamtes bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung gebrochen werden darf. Nach Ansicht des Gerichts ist der Bruch der Schweigepflicht nach § 34 StGB gerechtfertigt, wenn bei der Behandlung von Kindern nach ärztlichem Standard ein ernstzunehmender Verdacht einer Kindesmisshandlung besteht. Insbesondere sei es nicht Aufgabe der Ärzte einen Verdacht auszuermitteln, sondern es sei ausreichend, ob die festgestellten Verletzungen typischerweise durch eine Kindesermittlung hervorgerufen werden können.¹⁶⁵ Damit obliegt es einer sachgemäßen Ausübung der ärztlichen Sorgfaltspflicht ebenso in den Blick zu nehmen, ob Verletzungen eines Kindes unter lebensnaher Betrachtung als für Kinder typische Spielunfälle gewertet werden können.¹⁶⁶ Dies mag erklären, warum seitens der Studierenden dem Thema Kindesmisshandlung eine derart große Bedeutung für den medizinrechtlichen Unterricht beigemessen wird, was zugleich aber auch die Unsicherheit im Umgang mit Verdachtsfällen der Kindesmisshandlung widerspiegelt.¹⁶⁷

Allerdings wird deutlich, dass Rechtsthemen, die nicht die unmittelbare medizinische Versorgung von Patienten betreffen, eine geringere Relevanz beim Erwerb von Rechtskenntnissen beigemessen werden. Rechtsfragen der Leichenschau und des

¹⁶⁴ Kammergericht Berlin 20. Zivilsenat, Urteil vom 27.06.2016, Az. 20 U 19/12.

¹⁶⁵ Kammergericht Berlin 20. Zivilsenat, Urteil vom 27.06.2016, Az. 20 U 19/12.

¹⁶⁶ Kammergericht Berlin 20. Zivilsenat, Urteil vom 27.06.2016, Az. 20 U 19/12.

¹⁶⁷ Eine Hilfestellung bietet der Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte „Gewalt gegen Kinder“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg (2013), Online unter: https://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf (Stand: 24.05.2021) oder der Leitfaden Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Erkennen und Handeln des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen, Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenKinderschutzBay201203.pdf (Stand 24.05.2021).

Obduktionsrechts oder des Betäubungsmittelrechts werden von 78 % bzw. 77 % der Befragten als wichtig eingestuft (Abbildung 23b), während hingegen die Themen Asyl- und Flüchtlingsrecht, Aufgaben von Ethikkommissionen, Bewertung von ethisch-religiös-weltanschaulichen Konflikten oder der Alternativ- und Komplementärmedizin von weniger als die Hälfte der Befragten als wichtig bewertet wurden (Abbildung 23d).

Hieran offenbart sich, dass sich die Studierenden vor allem solche Rechtsthemen als Gegenstand medizinrechtlichen Unterrichts wünschen, mit denen sie in unmittelbarer Ausübung der alltäglichen medizinischen Praxis, sei es noch in der Ausbildung oder als approbierte Ärzte in Berührung kommen. Dies betrifft insbesondere die ärztliche Aufklärung und Einwilligung von Patienten in ärztliche Maßnahmen, das Schweigerecht und die Schweigepflicht, Dokumentationspflichten des Arztes, lebensverlängernde Maßnahmen oder die Frage der rechtlichen Anforderungen an Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten (Abbildung 23a).

Denn gerade Ärzte ohne oder mit nur wenig Berufserfahrung sind zwangsläufig mit der Unsicherheit hinsichtlich der Einschätzung ihres medizinischen Könnens oder der fehlenden Erfahrung bei der Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen sowie des Umgangs mit Patienten oder Angehörigen konfrontiert. In Kombination mit mangelnden Kenntnissen der rechtlichen Gegebenheiten ergibt sich unweigerlich ein erhöhtes Fehlerrisiko, das im Falle eines Schadenseintritts eine rechtliche Verantwortlichkeit begründen kann. Die Kenntnis rechtlicher Prinzipien und Erfordernisse ist daher heutzutage als unerlässlich für die ärztliche Berufsausübung anzusehen. Im Medizinrecht ausgebildete Ärzte sind mit den Rechtsstandards und den gesetzlichen Regelungen vertraut und werden damit in der Lage versetzt, ihre Tätigkeit an diesem Wissen zu orientieren.¹⁶⁸ Dadurch kann Medizin besser und sicherer praktiziert werden.¹⁶⁹ Die hiermit verbundene Stärkung von Rechtstreue führt zu einer Senkung des Risikos für einen Behandlungsfehler mit einer möglichen zivil- oder strafrechtlichen Verantwortlichkeit.¹⁷⁰ Vorhandene Rechtskenntnisse bei Ärzten erleichtern zudem die Zusammenarbeit mit Juristen

¹⁶⁸ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, *Journal of Academic Ethics* 2013, Vol. 11, S. 121 (125).

¹⁶⁹ Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2017, Vol. 56, S. 325 (326).

¹⁷⁰ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, *Journal of Academic Ethics* 2013, Vol. 11, S. 121 (125).

und erweisen sich auch in der Debatte über die Entwicklung des Gesundheitssystems als praktikabel.¹⁷¹ Nicht zuletzt gilt zu bedenken, dass sich die Rechtsprechung zu medizinrechtlichen Themen fortlaufend weiterentwickelt wie sich exemplarisch an dem im Jahre 2018 ergangenen Beschluss des Bundesgerichtshofes zu den Anforderungen an eine wirksame Patientenverfügung zum Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen zeigen lässt.¹⁷² Sicheres ärztliches Handeln setzt somit nicht nur die Kenntnis gültiger Rechtsregeln voraus, sondern auch die Fähigkeit Änderungen im Recht wahrzunehmen und diese in der Praxis zu berücksichtigen.

Natürlich ist es nicht möglich, Medizinrecht in seiner gesamten Breite im Medizinstudium zu unterrichten. Dies würde einerseits zu einer Überforderung der Studierenden führen und sich andererseits organisatorisch nicht umsetzen lassen. Medizinrechtlicher Unterricht für Medizinstudierende kann daher nicht den Anspruch erheben, ein vergleichbares Wissen wie für auf Medizinrecht spezialisierte Juristen vermitteln zu wollen, sondern sollte dazu dienen, bei den Studierenden ein Bewusstsein hinsichtlich eigener Rechte sowie der rechtlichen Verpflichtungen bei der Ausübung ärztlicher Tätigkeit zu verschaffen.¹⁷³ Daher war es Anliegen der durchgeführten Befragung ein Meinungsbild zu erheben, welche Rechtsthemen Medizinstudierende kurz vor Eintritt in das Berufsleben aus ihrer Sicht als relevant favorisieren. Denn aufgrund der beschriebenen Limitationen sollte medizinrechtlicher Unterricht an den Bedürfnissen der Studierenden ausgerichtet sein, um einerseits dem großen Interesse an der Vermittlung medizinrechtlichen Wissens, andererseits aber auch dem Nutzen für das ärztliche Berufsleben gerecht zu werden.

4.2. Medizinrechtliche Ausbildung von Studierenden im Medizinstudium

Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Berührungspunkten, die zwischen Medizin und Recht im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses entstehen können, soll auf die Ausbildung von Medizinstudierenden im Medizinrecht eingegangen werden. Neben einer

¹⁷¹ Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 2017, Vol. 56, S. 325 (326).

¹⁷² Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 14.11.2028, XII ZB 107/18.

¹⁷³ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, Journal of Law and Medicine 2012, Vol. 20, S. 380 (387).

Betrachtung der Ausbildungssituation in Deutschland werden auch in anderen Ländern durchgeführte Untersuchungen erörtert.

4.2.1. Deutschland

4.2.1.1. Umfang und Struktur medizinrechtlichen Unterrichts im Medizinstudium

Die große Mehrheit von 89,9 % der befragten PJ-Studentinnen und -Studenten gab an, während des Medizinstudiums berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt bekommen zu haben (Abbildung 4). Betrachtet man die Angaben unterschieden nach den einzelnen Fakultäten, lag der Anteil der Zustimmung zwischen 68,0 und 94,1 % (Abbildung 18). Dies verdeutlicht, dass medizinrechtlicher Unterricht, wenn auch in unterschiedlichem Maße, offensichtlich Gegenstand des Medizinstudiums war.

Bei Betrachtung der qualitativen Bewertung des Unterrichtes werden allerdings Defizite deutlich. Dies zeigt sich sowohl an der Einschätzung des Profits von den vermittelten Rechtskenntnissen im Hinblick auf eine spätere ärztliche Berufsausübung und noch deutlicher an der überwiegenden Unzufriedenheit wie die Vermittlung der Rechtskenntnisse erfolgt ist. So glaubten nur 37,8 % der Befragten, von den vermittelten Rechtskenntnissen in ihren späteren ärztlichen Berufsleben profitieren zu können (Abbildung 12). Bei allen Fakultäten entfiel ein großer Anteil der Antworten auf die Kategorie mittelmäßig, woraus sich der Rückschluss ziehen lässt, dass die Einschätzung des Nutzens der vermittelten Rechtskenntnisse bei vielen der Befragten von einer Unsicherheit geprägt ist (Abbildung 21). Allerdings konstatierte auch eine Mehrheit von 62,6 % aller Befragten, dass ihnen die Vermittlung von Rechtskenntnissen im Studium oder PJ bereits geholfen habe (Abbildung 10).

Über die Hälfte der Befragten war jedoch unzufrieden damit, wie Rechtskenntnisse gegenwärtig im Medizinstudium vermittelt werden (Abbildung 14). Auch hier zeigt sich bei der Betrachtung der unterschiedlichen Fakultäten ein recht einheitliches Bild. Bei fast allen Fakultäten kommt die Unzufriedenheit besonders durch einen hohen Anteil der Kategorie „kaum zufrieden“ (zwischen 21,4 und 43,2 %) zum Ausdruck (Abbildung 22). Ebenso findet sich eine starke Präsenz der Kategorie „mittelmäßig“ (zwischen 29,4 bis 37,5 %), worin sich widerspiegelt, dass sich viele der Befragten nicht in der Lage sahen,

ein eindeutig positives oder negatives Votum hinsichtlich der Zufriedenheit mit der erfolgten Vermittlung medizinrechtlicher Kenntnisse abzugeben. Hervorzuheben ist die medizinische Fakultät Köln, wo sich im Vergleich zu allen anderen Fakultäten ein Anteil von 35 % der Befragten „ziemlich zufrieden“ zeigte. Mit ebenfalls 35 % unterschied sich allerdings der Anteil derjenigen, die sich für die Kategorie „mittelmäßig“ entschieden, nicht wesentlich von den anderen Fakultäten.

Die durchgeführte Befragung offenbart somit eine Ambivalenz zwischen der Tatsache, dass einerseits der ganz überwiegenden Anzahl der Studierenden Rechtskenntnisse vermittelt wurden, andererseits aber der Profit und die Art und Weise des Unterrichtes kritisch betrachtet werden. Die Erörterung, welche Gründe hierfür möglicherweise verantwortlich sind, erfordert zunächst eine Betrachtung dahingehend, auf welcher rechtlichen Grundlage medizinrechtlicher Unterricht im Medizinstudium erfolgt.

Die Approbationsordnung für Ärzte enthält keine Regelungen darüber, in welcher Form und in welchem Umfang medizinrechtlicher Unterricht im Medizinstudium durchzuführen ist. Die Formulierung „Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung“ bietet keine hinreichende Konkretisierung. Im Gegensatz hierzu äußert sich der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) konkreter, indem unter dem Gliederungspunkten 18.1 bis 18.5 einzelne medizinrechtliche und -ethische Themen als Lernziele aufgeführt werden. Allerdings entfaltet der NKLM aufgrund seines Charakters als Orientierungshilfe für die medizinischen Fakultäten bei der Ausgestaltung ihrer Curricula keine Bindungswirkung.¹⁷⁴ Die Entscheidung über Inhalt und Umfang des medizinrechtlichen Unterrichts wird daher allein durch die Studien- und Prüfungsordnungen der Fakultäten festgelegt bzw. unterfällt der durch Art. 5 Abs. 3 des Grundgesetzes geschützten Freiheit von Forschung und Lehre des jeweiligen Dozenten. Dem Interesse eines Dozenten am Medizinrecht und dessen persönliche Kompetenz das Fach unterrichten zu können, kommt damit eine Schlüsselrolle zu.

Da es an verbindlichen Vorgaben zum Umfang und Inhalt des medizinrechtlichen Unterrichtes fehlt, können sich die Kenntnisse im Medizinrecht seitens der Studierenden der einzelnen Fakultäten voneinander unterscheiden. Medizinrecht wird regelmäßig nicht als

¹⁷⁴ Siehe Seite 11.

eigenständiges Fach unterrichtet, sondern wird vornehmlich wie auch über 80 % der Befragten angaben, im Rahmen der Rechtsmedizin gelehrt. Betrachtet man die Angaben der Studierenden unterschieden nach den einzelnen Fakultäten, zeigt sich diesbezüglich eine recht einheitliche Tendenz. Denn bei allen Fakultäten gab eine Mehrheit, die zwischen 64,0 und 92,9 % lag, an, dass sie medizinrechtliche Kenntnisse im Fach Rechtsmedizin vermittelt bekommen haben (Abbildung 19). Bei der Rechtsmedizin handelt es sich um eine Pflichtveranstaltung im Sinne von § 27 Abs. 1 ÄApprO, die einen Leistungsnachweis erfordert. Neben der Vorlesung findet der Unterricht in Praktika bzw. Seminaren statt. Die Durchführung medizinrechtlichen Unterrichtes innerhalb der Rechtsmedizin erscheint naheliegend, da diese als medizinisch-naturwissenschaftlich begutachtendes Fach für die Justiz engeren Kontakt zu Rechtsfragen hat.¹⁷⁵ Umfasst hiervon werden beispielsweise Rechtsfragen zum sog. assistierten Suizid, zur Sterbehilfe, zum Transplantations- und zum Obduktionsrecht.¹⁷⁶ Allerdings können aufgrund limitierter Ressourcen in den Lehrveranstaltungen der Rechtsmedizin nicht alle wichtigen medizinrechtlichen Themen erörtert werden.

Unterricht im Medizinrecht findet grundsätzlich aber auch außerhalb der Rechtsmedizin statt. Dies belegt die Tatsache, dass nach Angabe von 62,9 % der Befragten auch in anderen Lehrveranstaltungen Rechtskenntnisse vermittelt wurden (Abbildung 6). Blickt man auf die Bewertung zu den einzelnen Fakultäten, fällt auf, dass die Angehörigen der Fakultäten Düsseldorf und Duisburg-Essen mehrheitlich verneinten, rechtsmedizinische Kenntnisse in anderen Lehrveranstaltungen bekommen zu haben. Bei den restlichen Fakultäten hingegen bejahte eine Mehrheit dies, wobei der Zustimmunganteil zwischen 54,2 bis 67,6 % lag und damit geringer ausfiel als bei der Frage, ob die Vermittlung von Rechtskenntnissen in der Vorlesung Rechtsmedizin erfolgt sei. Lediglich die Angehörigen der Universität Köln gaben zu 80 % an, berufsspezifische Rechtskenntnisse auch in anderen Lehrveranstaltungen vermittelt bekommen zu haben.

Anhand der Bewertung der Studierenden zeigt sich, dass medizinrechtlicher Unterricht in den Fakultäten zwar nicht ausschließlich auf die Rechtsmedizin konzentriert ist, die

¹⁷⁵ Dettmeyer/Veit/Verhoff, Rechtsmedizin, S. 2.

¹⁷⁶ Elger/Grabherr, Assistierter Suizid und Sterbehilfe in einer alternden Gesellschaft, Rechtsmedizin 2018, Band 28 (2), S. 87 ff.; Alhawari/Verhoff/Parzeller, Hirntod, Organtransplantation und Obduktion aus Sicht der Weltreligionen Teil 1 und 2, Rechtsmedizin 2018, Band 28 (3), S. 182 ff. und (4) S. 272 ff.

Rechtsmedizin aber dennoch das Fachgebiet ist, wo primär medizinrechtlicher Unterricht stattfindet. Zudem erscheint das Ausmaß, in dem medizinrechtlicher Unterricht in andere Lehrveranstaltungen integriert ist, je nach Fakultät variabel.

Eine mögliche Ursache mag hierin zu sehen sein, dass nur wenige Studien- und Prüfungsordnungen in Deutschland Medizinrecht explizit als Unterrichtsgegenstand erwähnen. Die Studienordnung der *Universität Witten/Herdecke* erklärt Medizinrecht in § 8 Abs. 1 zum Ausbildungsgegenstand der Themenblöcke und Blockpraktika der ersten fünf Studienjahre.¹⁷⁷ Im Modellstudiengang Medizin der *Berliner Charité*¹⁷⁸ werden „ethische und rechtliche Grundprinzipien“ als Gegenstand des Unterrichtes in der Kinderheilkunde (Modul 34), die „Prinzipien und gesetzlichen Grundlagen medizinischer und ethischer Entscheidungen in intensivmedizinischen Situationen und am Lebensende“ (Modul 36: Intensivmedizin, Palliativmedizin, Recht, Alter und Tod) sowie die „rechtliche Bedeutung der Dokumentation im Kontext der Patientenaufklärung, diagnostischer und therapeutischer Prozeduren sowie der interdisziplinären Behandlung“ (Modul 38: Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, „Paperwork“, Schnittstellen) als Unterrichtsgegenstand festgelegt. Die Studienordnung der medizinischen Fakultät der *Universität Düsseldorf* erwähnt in Anlage 4 im Rahmen der übergeordneten Lehrziele für das Praktische Jahr unter dem Stichwort Todesfall „das Ergreifen der erforderlichen Maßnahmen unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsgrundlagen“.¹⁷⁹ Für den Modellstudiengang Medizin führt die Studienordnung der *Medizinischen Hochschule Brandenburg* beispielhaft das Medizinrecht neben der Medizinethik im Rahmen der medizintheoretischen Fachgebiete als Gegenstand von Praktika an (§ 8 Abs. 5a).¹⁸⁰ Die Studienordnung der

¹⁷⁷ Studienordnung der Universität Witten/Herdecke für den Modellstudiengang Medizin in der Fassung vom 25.10.2010. Online unter: https://www.uni-wh.de/fileadmin/user_upload/03_G/07_Humanmedizin/Studiengang_HM/links_und_downloads/Studienordnung_MSG_Medizin.pdf (Stand 24.04.2020).

¹⁷⁸ Studienordnung des Modellstudiengangs Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin vom 08.05.2018, Anlage 2 Modulübersicht. Online unter: https://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/presse/publikationen/amtl-mitteilungsblatt/2018/AMB180508-210.pdf (Stand 24.04.2020).

¹⁷⁹ Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf vom 21.02.2005 (Neubekanntmachung), zuletzt geändert am 17.10.2013. Online unter: http://www.medizin.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Medizinische_Fakultaet/Medizinstudium/Dokumente/Ordnungen_und_Regularien/Regelstudiengang/Studienordnung_Humanmedizin.pdf (Stand 24.04.2020).

¹⁸⁰ Studienordnung für den Brandenburger Modellstudiengang Medizin vom 21.03.2019. Online unter: https://www.mhb-fontane.de/files/Dateien/Studiengang%20Humanmedizin/Studienordnung_BMM_2017.pdf (Stand 24.04.2020).

Medizinischen Fakultät Marburg sieht in Anlage 3 „Medizinrecht für Mediziner“ als Wahlfach des Vorklinischen Abschnitts vor.¹⁸¹

4.2.1.2 Fazit

Anhand der durchgeführten Befragung wird deutlich, dass die Vermittlung medizinrechtlichen Wissens durchaus Gegenstand des Medizinstudiums ist. Zugleich offenbaren die Umstände, wie Unterricht im Medizinrecht derzeit im Medizinstadium organisiert ist, Defizite, die möglicherweise als Grund dafür anzusehen sind, warum sowohl die Art wie medizinrechtliche Kenntnisse vermittelt werden wie auch der Profit für eine spätere ärztliche Berufsausübung von den Studierenden überwiegend kritisch bewertet werden. Denn einerseits werden durch die Approbationsordnung keine Themen vorgegeben, die verbindlich als Gegenstand medizinrechtlichen Unterrichts festgelegt werden. Allein die unscharfe Formulierung „Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung“ ist nicht geeignet einen einheitlichen Standard in der medizinrechtlichen Ausbildung sicherzustellen. Das Fach Rechtsmedizin kann aufgrund begrenzter Ressourcen allein eine hinreichende Wissensvermittlung im Medizinrecht nicht gewährleisten. Außerhalb der Rechtsmedizin findet medizinrechtlicher Unterricht nur in begrenztem Umfang statt. Insbesondere haben bisher nur wenige Fakultäten davon Gebrauch gemacht, eine explizite Regelung in ihrer Studien- und Prüfungsordnung aufzunehmen.

4.2.2. Medizinrechtlicher Unterricht im internationalen Vergleich

Anders als in Deutschland finden sich auf internationaler Ebene diverse Untersuchungen, die sich mit der Ausbildung von Medizinstudierenden im Medizinrecht befassen. Eine Sichtung der Publikationen, zeichnete das Bild, dass sich insbesondere Autoren aus dem englischsprachigen Raum dem Thema des medizinrechtlichen Unterrichtes von Medizinstudierenden gewidmet haben. Umfangreichere Untersuchungen stammen aus Großbritannien und Australien sowie den USA und Kanada, die als Grundlage der folgenden

¹⁸¹ Studienordnung für den Studiengang Humanmedizin mit dem Abschluss „Ärztliche Prüfung“ an der Philipps-Universität Marburg vom 23.09.2015. Online unter: <https://www.uni-marburg.de/de/universitaet/administration/recht/studprueo/04-staatsexamen/so-humanmedizin-2012.pdf> (Stand 24.04.2020).

Betrachtung dienen. Es konnte aber auch eine Untersuchung berücksichtigt werden, die an der Universität von Malaysia durchgeführt wurde.¹⁸²

4.2.2.1. Umfang und Qualität medizinrechtlicher Ausbildung

Bei den Untersuchungen standen unterschiedliche Fragestellungen im Mittelpunkt. Einerseits wurde eruiert, welchen Wissenstand Medizinstudierende oder Ärzte im Medizinrecht haben bzw. ob sie in der Lage sind mit medizinrechtlichen Problematiken adäquat umzugehen. Anhand der Ergebnisse wurden Rückschlüsse gezogen, ob die Teilnehmer der Befragung Kenntnisse im Medizinrecht vermittelt bekommen hatten bzw. welche Schlussfolgerungen sich hinsichtlich der Qualität medizinrechtlichen Unterrichts ziehen lassen. Auf der anderen Seite wurde, wie in der dieser Arbeit zugrunde liegenden Befragung, evaluiert, ob Medizinstudierende während ihres Studiums Unterricht im Medizinrecht erhalten hatten und wie die Unterrichtsqualität bzw. der Nutzen für eine ärztliche Berufsausübung aus Sicht der Studierenden beurteilt wird.

Es zeigte sich, dass trotz des hohen Stellenwertes, der medizinrechtlichem Unterricht im internationalen Konsens beigemessen wird, sowohl bei Medizinstudierenden wie auch Ärzten erhebliche Defizite im Umgang mit medizinrechtlichen Fragestellungen bestanden.¹⁸³ Viele der praktizierenden Ärzte erwiesen sich als unzureichend darauf vorbereitet, mit den rechtlichen Regularien oder unternehmerischen Gegebenheiten der heutigen Medizin zurechtzukommen.¹⁸⁴ Kenntnisse über medizinrechtliche Gegebenheiten wurden oftmals im Zuge der eigenen Berufsausübung oder von Kollegen erlangt, die bereits leidvolle Erfahrungen in diesem Bereich gemacht hatten.¹⁸⁵

Eine in Großbritannien durchgeführte Befragung von 119 Assistenzärzten und Ärzten im Praktikum der Pädiatrie zeigte, dass nur wenige der Befragten Kenntnisse bezüglich grundlegender rechtlicher Prinzipien im Umgang mit der Behandlung von Kindern

¹⁸² Lee/Kulenthiran/Sim, First Year Medical Students' Perceptions towards Integration of Medical Law in the Medical Curriculum: a Pilot Study, *Journal of Academic Ethics* 2016, Vol. 14, S. 169 ff.

¹⁸³ Eine Übersicht findet sich bei Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 ff.

¹⁸⁴ Nirav/Shah, The Teaching of Law in Medical Education, *American Medical Association Journal of Ethics* 2008, Vol. 10 (5), S. 332.

¹⁸⁵ Nirav/Shah, The Teaching of Law in Medical Education, *American Medical Association Journal of Ethics* 2008, Vol. 10 (5), S. 332.

besaßen.¹⁸⁶ So waren ca. ein Fünftel unkundig hinsichtlich des gesetzlich vorgeschriebenen Einwilligungsalters für ärztliche Eingriffe.¹⁸⁷ Ebenso hatten nur 11 % der Assistenzärzte und keiner der Ärzte im Praktikum Kenntnis von dem „Bolam principle“¹⁸⁸, einem aus dem englischen Deliktsrecht stammenden Verfahren zur Beurteilung von Fahrlässigkeit.

Eine weitere britische Studie untersuchte den Kenntnisstand von Notaufnahmearzten und -krankenschwestern sowie Polizeibeamten hinsichtlich der rechtlichen Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen bei psychiatrischen Erkrankungen.¹⁸⁹ Insgesamt zeigten sich sowohl bei dem Notaufnahmepersonal wie auch der Polizei mangelhafte Kenntnisse in Bezug auf diese komplexe Rechtsthematik, so dass Handlungsbedarf für eine Verbesserung der Ausbildung gesehen wurde.¹⁹⁰ Nur 10,3 % des Notaufnahmepersonals gaben an, überhaupt im Umgang mit dieser Materie geschult worden zu sein. Bei den Polizeibediensteten lag die Quote bei 22,8 %.¹⁹¹

Ein ähnliches Ergebnis zeigte eine australische Befragung von Notaufnahmepersonal (Ärzte und Pflegekräfte) zum Umgang mit psychisch kranken Patienten.¹⁹² Eine große Zahl der Befragten äußerte sich besorgt aufgrund vorhandener Wissensmängel und einer unzureichenden Schulung zu den gesetzlichen Vorschriften. Dabei kam erschwerend die in den einzelnen Bundesstaaten und Territorien vorherrschende unterschiedliche Gesetzgebung oder die fehlende Präzisierung von Rechtsvorschriften hinzu.¹⁹³

¹⁸⁶ Ashtekar/Hande/Stallard/Tuthill, How much do junior staff know about common legal situations in paediatrics? *Child Care Health and Development* 2007, Vol. 33 (5), S. 631 ff.

¹⁸⁷ Ashtekar/Hande/Stallard/Tuthill, How much do junior staff know about common legal situations in paediatrics? *Child Care Health and Development*, 2007, Vol. 33 (5), S. 631 ff.

¹⁸⁸ Ashtekar/Hande/Stallard/Tuthill, How much do junior staff know about common legal situations in paediatrics? *Child Care Health and Development*, 2007, Vol. 33 (5), S. 631 ff.

¹⁸⁹ Lynch/Simpson/Higson/Grout, Section 136, The mental health Act 1983; levels of knowledge among accident and emergency doctor, senior nurses, and police constables, *Emergency Medicine Journal* 2002, Vol. 19 (4), S. 295 ff.

¹⁹⁰ Lynch/Simpson/Higson/Grout, Section 136, The mental health Act 1983; levels of knowledge among accident and emergency doctor, senior nurses, and police constables, *Emergency Medicine Journal* 2002, Vol. 19 (4), S. 295 (299).

¹⁹¹ Lynch/Simpson/Higson/Grout, Section 136, The mental health Act 1983; levels of knowledge among accident and emergency doctor, senior nurses, and police constables, *Emergency Medicine Journal* 2002, Vol. 19 (4), S. 295 (297).

¹⁹² Jelinek/Mackinlay/Weiland/Hill/Gerdztz, Barriers to the operation of mental health legislation in Australian Emergency Departments: a quantitative analysis, *Journal of Law and Medicine* 2011, Vol. 18 (4), S. 716 ff.

¹⁹³ Jelinek/Mackinlay/Weiland/Hill/Gerdztz, Barriers to the operation of mental health legislation in Australian Emergency Departments: a quantitative analysis, *Journal of Law and Medicine* 2011, Vol. 18 (4), S. 716 ff.

Eine dreiteilige australische Befragung von medizinischem Fachpersonal bezüglich Entscheidungen hinsichtlich lebensbeendender oder lebenserhaltender Maßnahmen in den Staaten Victoria, Queensland und New South Wales zeigte ebenfalls das Vorliegen unzureichender Rechtskenntnisse, so dass als Konsequenz eine verbesserte Ausbildung als notwendig erachtet wurde.¹⁹⁴ Zugleich wurde angemahnt, dass eine offensichtliche Unübersichtlichkeit des Rechts es für Mediziner schwierig gestalte, sich die für ihr Fachgebiet erforderlichen Rechtskenntnisse anzueignen.¹⁹⁵

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei der Betrachtung von Untersuchungen ab, in denen evaluiert wurde, wie Studenten, den ihnen zu Teil gewordenen Unterricht im Medizinrecht wahrnehmen. In einer im Jahr 1997 vorgestellten kanadischen Studie, stuften 69 % in der Weiterbildung befindliche Ärzte den erhaltenen Unterricht im Medizinrecht als mangelhaft oder unakzeptabel ein.¹⁹⁶ Das Ergebnis der hiesigen Befragung deutscher Medizinstudierender zeigt damit eine ähnliche Bewertung wie diese bereits vor über 20 Jahren durchgeführte Untersuchung. Denn über die Hälfte der in Deutschland befragten Studierenden war mit dem medizinrechtlichen Unterricht wie er gegenwärtig im Medizinstudium kaum oder gar nicht zufrieden (Abbildung 14). Ebenso zeigte sich eine Parallele was die Beurteilung der Bedeutung medizinrechtlicher Kenntnisse für die ärztliche Berufsausübung angeht. In der kanadischen Untersuchung zeigten sich 89 % der Befragten als interessiert bzw. sehr interessiert an einer Vermittlung von Wissen zu medizinrechtlichen Themen.¹⁹⁷ Ebenso gaben 89 % an, dass Kenntnisse im Medizinrecht wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich hilfreich seien, rechtliche Probleme zu erkennen und zu vermeiden. Die Kenntnis medizinrechtlicher Grundsätze als Voraussetzung für eine gute Patientenversorgung wurde von 71 % in einem Bereich von mäßig bis sehr wichtig eingestuft. Zu einer ähnlichen Einschätzung kamen auch die Studierenden in Deutschland.

¹⁹⁴ White/Willmott/Trowse/Parker/Cartwright, The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 1 (New South Wales), *Journal of Law and Medicine* 2011 Vol. 18 (3), S. 498 ff.; Willmott/White/Parker/Cartwright, The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 2 (Queensland), *Journal of Law and Medicine* 2011, Vol. 18 (3), S. 523 ff; Willmott/White/Parker/Cartwright, The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 3 (Victoria), *Journal of Law and Medicine* 2011, Vol. 18 (4), S. 773 ff.

¹⁹⁵ White/Willmott/Trowse/Parker/Cartwright, The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 1 (New South Wales), *Journal of Law and Medicine* 2011, Vol 18 (3), S. 498 ff.

¹⁹⁶ Saltstone/Saltstone/Rowe, Knowledge of medical-legal issues, *Canadian Family Physician* 1997, Vol. 43, S. 669 (672).

¹⁹⁷ Saltstone/Saltstone/Rowe, Knowledge of medical-legal issues, *Canadian Family Physician* 1997, Vol. 43, S. 669 (672).

Hier befand sogar eine Mehrheit von 97,6 % die Vermittlung von Rechtskenntnissen für außerordentlich oder ziemlich wichtig (Abbildung 13). Auf die Frage, an wen sie sich bei einer Unsicherheit hinsichtlich einer medizinrechtlichen Frage wenden würden, gaben 47 % der kanadischen Studierenden an, Hilfe bei der CMPA (Canadian Medical Protective Association) zu suchen, während 27 % einen erfahreneren Arzt fragen würden. Andere wiederum sprachen sich für die Konsultation eines Anwalts bzw. eine Literaturrecherche aus.¹⁹⁸ Hinsichtlich der Gestaltung medizinrechtlichen Unterrichtes sprach sich eine Mehrheit von 60 % für eine interaktive Unterrichtsform in Form eines Seminars aus. Weitere 24 % der Befragten befürworteten eine Kombination aus Vorlesung, schriftlichem Unterrichtsmaterial und interaktivem Seminar.¹⁹⁹

Für die Vereinigten Staaten von Amerika wird berichtet, dass im Jahre 2007 nur 37 % der Medical Schools Kurse angeboten hatten, die sich mit rechtlichen Themen in der Medizin befassten.²⁰⁰ Einige Schulen integrierten Rechtsprechung zum Medizinrecht in andere Kurse, vornehmlich in solche der Ethik oder Gesundheitsökonomie. Zugleich gab aber eine deutliche Mehrheit von 82 % der Studenten an, dass sie sich einen Kurs wünschten, der „rechtliche Fallstricke“ behandle.²⁰¹

Eine systematische Auswertung von 31 empirischen Quellen und 11 Konzeptpapieren zur medizinrechtlichen Ausbildung von Medizinstudierenden erfolgte durch *Preston-Shoot und McKimm* für die Jahre 1985 bis 2009.²⁰² Es wurde evaluiert, wie Medizinstudierende, das für ihre ärztliche Berufsausübung erforderliche Rechtsverständnis erwerben und wie es um ihre Fähigkeiten bestellt ist, rechtliche Regelungen in komplizierten klinischen Fällen anzuwenden.²⁰³ Auch hier war eine wesentliche Schlussfolgerung, dass bei

¹⁹⁸ Saltstone/Saltstone/Rowe, Knowledge of medical-legal issues, *Canadian Family Physician* 1997, Vol. 43, S. 669 (672).

¹⁹⁹ Saltstone/Saltstone/Rowe, Knowledge of medical-legal issues, *Canadian Family Physician* 1997, Vol. 43, S. 669 (672).

²⁰⁰ Nirav/Shah, The teaching of Law in Medical Education, *American Medical Association Journal of Ethics*, 2008, Vol. 10 (5), S. 332 (333).

²⁰¹ Nirav/Shah, The teaching of Law in Medical Education, *American Medical Association Journal of Ethics*, 2008, Vol. 10 (5), S. 332 (333).

²⁰² Preston-Shoot/McKimm, Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education, *Medical Education* 2011, Vol. 45, S. 339 ff.

²⁰³ Preston-Shoot/McKimm, Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education, *Medical Education* 2011, Vol. 45, S. 339.

Medizinstudierenden ein rechtliches Interesse vorhanden sei und dass Rechtskenntnisse für die ärztliche Berufsausübung als praxisrelevant eingestuft würden.²⁰⁴

Zugleich offenbarte sich aber auch, dass hinsichtlich der Ausbildungsinhalte sowohl international wie auch national deutliche Unterschiede bestehen. So würden beispielsweise in Australien und Neuseeland die Ausbildungsstandards verlangen, dass die Studierenden Kenntnisse hinsichtlich der rechtlichen Verantwortlichkeiten eines Arztes erlangten und ein Bewusstsein dafür entwickelten, dass die ärztliche Berufsausübung durch das Recht reguliert werde, wohingegen sich in den USA und Kanada kein Verweis bezüglich einer konkreten Unterweisung im Recht fände.²⁰⁵ Auch wurde darauf verwiesen, dass oftmals nur eine sporadische oder nicht flächendeckende Unterrichtung im Medizinrecht durch die Medical Schools erfolge oder der medizinrechtlichen Ausbildung gegenüber dem Erwerb medizinischer Fertigkeiten ein untergeordneter Rang eingeräumt werde.²⁰⁶ Weitere Untersuchungen offenbarten, dass Medizinrecht häufig nicht als eigenständiges Fach unterrichtet, sondern in andere Unterrichtsveranstaltungen, insbesondere der Medizinethik²⁰⁷ oder Gesundheitsökonomie integriert werde.²⁰⁸ Damit findet sich eine Parallele zu der Situation in Deutschland, da auch hier keine für alle medizinischen Fakultäten verbindlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Inhalt und Umfang des medizinrechtlichen Unterrichtes bestehen und sich damit das Niveau der Kenntnisse im Medizinrecht je nach Studienort unterscheiden kann. Ebenso wird deutlich, dass dem Medizinrecht sowohl international wie auch in Deutschland als eigenständige Lehrveranstaltung nur eine untergeordnete Bedeutung zukommt, sondern vornehmlich in andere Fächer integriert wird. Für eine wie in Deutschland üblicherweise praktizierte Verortung im Fach der Rechtsmedizin, finden sich in den berücksichtigten internationalen Publikationen keine expliziten Angaben.

²⁰⁴ Preston-Shoot/McKimm, Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education, *Medical Education* 2011, Vol. 45, S. 339 (344).

²⁰⁵ Preston-Shoot/McKimm, Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education, *Medical Education* 2011, Vol. 45, S. 339 (340).

²⁰⁶ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, *Journal of Academic Ethics* 2013, Vol. 11, S. 121.

²⁰⁷ Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2017, Vol. 56, S. 325 (326).

²⁰⁸ Nirav/Shah, The teaching of Law in Medical Education, *American Medical Association Journal of Ethics* 2008, Vol. 10 (5), S. 332 (333).

Die Autoren einer anderen Untersuchung kritisieren zudem, dass die Unterrichtsveranstaltungen große Teilnehmerzahlen aufweisen würden und im Hinblick auf die Förderung von Diskussionen schlecht organisiert seien.²⁰⁹ Diesen Einwand gilt es auch in Deutschland zu bedenken, zumindest dann, wenn die Erörterung medizinrechtlicher Fragestellungen auf die Vorlesung der Rechtsmedizin beschränkt ist.

Ein weiteres Problem in Bezug auf medizinrechtlichen Unterricht wird in der Schwierigkeit gesehen, qualifizierte Dozenten zu finden, die in der Lage sind, Medizinrecht unterrichten könnten.²¹⁰ Dies wird vor allem damit begründet, dass es sich um ein sehr spezielles Rechtsgebiet handelt und nur wenig Juristen zur Verfügung stehen, die das Interesse hätten und zudem die fachliche Eignung besitzen, an medizinischen Fakultäten zu unterrichten.²¹¹ Ähnlich weist auch das britische *General Medical Council* darauf hin, dass Befragungen von Studierenden an Medical Schools, die einen umfangreicheren und systematisch gegliederten Unterricht angeboten hätten, mit vergleichsweise positiven Bewertungen ausgefallen seien.²¹²

4.2.2.2. Beispiele für Programme zur Verbesserung der medizinrechtlichen Ausbildung

In Anbetracht dieser durch Untersuchungen offenkundig gewordenen Defizite sind Ausbildungskonzepte entwickelt worden, deren Zielsetzung es war, die medizinrechtliche Ausbildung von Medizinstudierenden zu verbessern. Im Folgenden sollen exemplarisch in Großbritannien und Australien entwickelte Strategien vorgestellt und auf deren Bewertung eingegangen werden.

In Großbritannien wurde der Unterricht im Medizinrecht und in der Medizinethik durch das *General Medical Council* zu einem Kernbestandteil des medizinischen Curriculums

²⁰⁹ Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2017, Vol. 56, S. 325 (326).

²¹⁰ Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2017, Vol. 56, S. 325 (326).

²¹¹ Nirav/Shah, The teaching of Law in Medical Education, *American Medical Association Journal of Ethics* 2008, Vol. 10 (5), S. 332 (333).

²¹² Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol. 24, S. 188.

erklärt. In einer Konsensvereinbarung haben Akademiker, die landesweit Medizinrecht und -ethik an Medical Schools unterrichten, die Lernziele und Unterrichtsinhalte festgelegt.²¹³ Grund hierfür war die Feststellung, dass der Unterricht in Recht und Ethik in den traditionellen medizinischen Curricula zumeist freiwillig und spärlich erfolge. Im günstigen Falle würden Studenten während ihres gesamten klinischen Studiums in beiden Fächern einige Unterrichtsstunden erhalten, manchmal sogar mit begleitender Diskussionsmöglichkeit in kleinen Gruppen. Die Dozenten seien oftmals unqualifiziert und der Unterricht sei im Gegensatz zu anderen Fächern vielfach nicht in einen Stundenplan integriert. Als Folge hiervon, seien die Unterrichtsveranstaltungen nur schlecht besucht.²¹⁴ Zielsetzung des Curriculums sei daher eine ausgewogene, kontinuierliche und streng akademische Darstellung beider Fächer sowie der Beziehungen und Spannungsverhältnisse zwischen ihnen.²¹⁵ Damit würden auch die grundlegenden Ziele der medizinischen Ausbildung gestärkt, was insgesamt zu einer besseren medizinischen Fürsorge führe. Um diese Ziele zu erreichen werden verschiedene Punkte aufgeführt. Genannt werden die Sicherstellung des Verständnisses ethischer Prinzipien und Werte durch die Studenten als Grundlage einer guten Medizin, die Fähigkeit zum kritischen Denken über ethische Angelegenheiten sowie das Verstehen und Anerkennen abweichender Meinungen einschließlich der Befähigung zur Argumentation und Diskussion, die Kenntnis der beruflichen Verpflichtungen eines Arztes in Großbritannien sowie der Institutionen des Gesundheitswesens.²¹⁶ Als weitere Ziele werden die Vermittlung von Wissen über rechtliche Verfahren und rechtliche Verpflichtungen, die sich im Zusammenhang mit der Tätigkeit als Arzt ergeben sowie das Erlernen der Befähigung zu einer effektiven und risikoarmen Berufsausübung angeführt. Die Studenten sollen dabei befähigt werden ihr rechtliches und ethisches Wissen in alltäglichen Situationen anwenden zu können. Inhaltlich nennt das Curriculum zwölf Themengebiete, die durch den Unterricht abgedeckt werden sollen (I. Informed Consent and Refusal of Treatment, II. The Clinical Relationship -

²¹³ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol 24, S. 188 ff.

²¹⁴ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol 24, S. 188.

²¹⁵ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol 24, S. 188.

²¹⁶ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol. 24, S. 188 (189 ff.).

Truthfulness, Trust and Good Communication, III. Confidentially and Good clinical Practice, IV. Medical Research, V. Human Reproduction, VI. The „New“ Genetics, VII. Children, VIII. Mental Disorders and Disabilities, IX. Life, Death, Dying and Killing, X. Vulnerabilities created by the duties of Doctors and Medical Students, XI. Ressource Allocation, XII. Rights). Für jedes Thema werden Lernziele als Unterpunkte formuliert. Der Unterricht soll sich dabei über das gesamte Studium erstrecken mit Beginn in einem frühen Stadium und einer zunehmenden Intensivierung während des Studiums. Als Unterrichtsform wird eine Mischung aus Groß- und Kleingruppenveranstaltungen mit fallbeispielorientiertem Lernen befürwortet.²¹⁷

Nach einem bereits im Jahre 2006 begonnenen Diskussionsprozess wurde 2009 eine überarbeitete Version des Consensus Statement veröffentlicht. Unter Beibehaltung der 1998 genannten Zielvorgaben sah man sich veranlasst, mit Blick auf die Ärzte der Zukunft einen erforderlichen Kern an Wissen, Fähigkeiten, mentaler Einstellung und Verhalten zu definieren.²¹⁸ Durch den Unterricht im Medizinrecht und der Medizinethik sollen die Studierenden u.a. dazu befähigt werden, ein Bewusstsein und Verständnis bezüglich als Student oder Arzt benötigter ethischer, rechtlicher und berufsspezifischer Kompetenzen zu entwickeln und das erforderliche Wissen erlangen, um ethische Entscheidungen oder klinische Einschätzungen zu treffen, die einer moralischen, rechtlichen und standesrechtlichen Rechtfertigung standhalten. Ebenso solle erlernt werden, neuen Herausforderungen, die sich für Ärzte im Zusammenhang mit neuen Entwicklungen in der wissenschaftlichen Forschung oder sozialen Veränderungen stellen, angemessen zu begegnen.²¹⁹ Die überarbeiteten Unterrichtsinhalte wurden wie folgt definiert: Foundations of Medical Ethics and Law - Professionalism: „Good Medical Practice“ - Patients: Their values, Narratives, Rights and Responsibilities - Informed Decision-Making and Valid Consent/Refusal - Capacity and Incapacity - Confidentiality - Justice and Public Health - Children and Young People - Mental Health - Beginning of Life - Towards the End of Life - Medical Research and Audit - Genetic Competencies.²²⁰ Zudem wird eine Verknüpfung des

²¹⁷ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol. 24, S. 188 (191).

²¹⁸ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55 (56).

²¹⁹ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55 (57).

²²⁰ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55 (57 ff).

Unterrichts in Medizinrecht und -ethik mit anderen ergänzenden Fächern wie z.B. der klinischen Kommunikation vorgesehen. Betont wird auch, dass es in der Verantwortung der Medical Schools liege, für eine geeignete Infrastruktur (z.B. Ausbildungsressourcen) zu sorgen und dass mindestens ein in Vollzeit tätiger in Medizinrecht- und -ethik ausgebildeter akademischer Lehrer zur Verfügung stehe.²²¹

Betont wird auch, dass jeder Arzt, der an der Ausbildung von Medizinstudierenden beteiligt sei, sich seiner Vorbildrolle hinsichtlich eines angemessenen Umgangs mit Patienten, Kollegen oder anderen Personen bewusst sein müsse.²²² So dürfe insbesondere die Wirkung von Faktoren außerhalb eines formalen Lehrplans nicht unterschätzt werden.²²³ Im Sinne eines sogenannten „Silent Curriculum“ könnten schlechte Vorbilder schädliche Auswirkungen auf die Entwicklung von Medizinstudierenden und jungen Ärzten haben.²²⁴ Denn gerade Studierende würden dazu neigen, unangemessene Angewohnheiten und Einstellungen durch Beobachtung zu übernehmen und damit medizinisches Fehlverhalten fälschlicherweise zur eigenen Norm machen.²²⁵ Deshalb obliege es den Ausbildern, ihren Studenten dabei zu helfen, ihre beruflichen Verantwortlichkeiten zu verstehen und sich charakterlich entsprechend zu verhalten.²²⁶

Im Jahre 2009 wurde in Großbritannien eine Untersuchung durchgeführt, deren Zielsetzung darin bestand, mit Blick auf die Empfehlungen des *Consensus Statement* zu evaluieren, wo und in welcher Form Rechtsunterricht in den Medical Schools erfolgt und wie dieser als Teil der medizinischen Ausbildung von den Studierenden und den durchführenden Institutionen bewertet wird.²²⁷ Die Befragung wurde an 31 britische Medical Schools gerichtet und enthielt u.a. Fragen zum Inhalt des Unterrichtes, zur unterrichtenden Person, zur Ansiedlung im Lernplan, der Struktur des Unterrichtes sowie den

²²¹ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55 (59).

²²² Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55.

²²³ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55.

²²⁴ Stirrat/Johnston/Gillon/Boyd, Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 55.

²²⁵ Rhodes, Rosamond/Cohen, Devra S., Understanding, Being, and Doing: Medical Ethics in Medical Education, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003, Vol. 12, S. 39 (50).

²²⁶ Rhodes, Rosamond/Cohen, Devra S., Understanding, Being, and Doing: Medical Ethics in Medical Education, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2003, Vol. 12, S. 39 (50).

²²⁷ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 ff.

verwendeten Unterrichtsmethoden. Die meisten der Medical Schools gaben an, dass der Rechtsunterricht gemeinsam mit Ethik, Fragen der Berufsausübung oder klinischen Themen erfolge.²²⁸ Hierdurch würden die Studierenden in die Lage versetzt, Rechtsprinzipien in Zusammenhang mit allen ausbildungsrelevanten Gebieten des Curriculums einschließlich der klinischen Praxis zu erlernen.²²⁹ Zwei Ausbildungsprogramme sahen neben dem in das Curriculum mit Medizinethik integrierten Unterricht, Medizinrecht als zusätzliches Wahlfach vor, da das Curriculum nur wenig Unterrichtszeit für Medizinrecht zur Verfügung stelle.²³⁰

Ferner zeige sich eine deutliche Varianz hinsichtlich der unterrichteten Stundenzahl, wobei der Unterricht überwiegend in einer frühen Phase des Studiums erfolge.²³¹ Im Rahmen des klinischen Unterrichtes sei Medizinrecht in Fächer wie Allgemein- und Sozialmedizin integriert. Im Verlauf des Studiums werde die Möglichkeit angeboten, spezielle Rechtskenntnisse zu Themen wie Psychiatrie oder Kinderheilkunde zu erwerben.²³²

Entsprechend der Empfehlung des Consensus Statement gaben 88 % der Medical Schools an, dass die Verantwortlichkeit für den medizinrechtlichen Unterricht auf mehrere Personen verteilt sei.²³³ Bei den Dozenten handele es sich vorwiegend um Ethiker, Philosophen oder Anwälte.²³⁴ Betont wurde aber auch der nicht zu unterschätzende Wert von Klinikern, die rechtliche Fragen in einen klinischen Kontext setzten.²³⁵ Während einige von ihnen auf Recht und Ethik spezialisiert seien, würden die meisten der Kliniker ihre medizinrechtlichen und -ethischen Kenntnisse in ihre jeweiligen Fachgebiete, zumeist Pädiatrie, Psychiatrie, Gynäkologie/Geburtshilfe oder Allgemeinmedizin, einbringen.²³⁶

²²⁸ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (695).

²²⁹ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (695).

²³⁰ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (695).

²³¹ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (695).

²³² Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (695).

²³³ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (696).

²³⁴ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (696).

²³⁵ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (696).

²³⁶ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (696).

Angemerkt wird allerdings, dass nicht jeder Dozent eine medizinrechtliche bzw. medizinethische Ausbildung absolviert habe oder eine didaktische Qualifikation besitze, was letztlich die Frage nach der Effektivität des Unterrichtes aufwerfe.²³⁷

Die meisten Medical Schools gaben an, eine Kombination aus unterschiedlichen Unterrichtsmethoden zu verwenden. Am häufigsten erfolge der Unterricht anhand von Fallstudien sowie in tutorengeleiteten Seminaren, Vorlesungen oder klinischen Praktika.²³⁸ Die Herstellung eines klinischen Bezugs wurde als wesentliches Kriterium angegeben.²³⁹ Das Lernen in Kleingruppen erweise sich als effektivste Lehrmethode, wobei sich die Umsetzung aufgrund einer begrenzten Unterrichtszeit seitens des Curriculums, fehlender Ressourcen oder eines limitierten Budgets schwierig gestalte.²⁴⁰ Als Rechtsquellen für den Unterricht wurden u.a. Leitlinien, Richtlinien oder Rechtsprechung verwendet.²⁴¹

Auf die Frage, wie die Medical Schools die Rechtskenntnisse ihrer Studierenden mit Blick auf deren weitere Ausbildung einstufen, gaben 26 % an, dass sie ihre Studenten gut vorbereitet ansähen. Dagegen stuften 47 % ihre Studenten als ausreichend vorbereitet und 16 % als unzureichend vorbereitet ein.²⁴² Die Mehrheit von 56 % der Medical Schools war, basierend auf dem Feedback von Studierenden, Dozenten, externen Prüfern und persönlicher Einschätzung, mit dem Rechtsunterricht wie er gegenwärtig erfolgt sowie den vermittelten Rechtskenntnissen sehr oder ziemlich zufrieden.²⁴³

Ein weiteres Beispiel für eine medizinrechtliche Ausbildung von Medizinstudierenden bietet die australische Monash Universität, die im Jahre 2002 ein medical law tutorial program vorstellte, das als Bestandteil des Monash University's five-year undergraduate

²³⁷ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (696).

²³⁸ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (697).

²³⁹ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (697).

²⁴⁰ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (697).

²⁴¹ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (697).

²⁴² Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (698).

²⁴³ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, *Journal of Medical Ethics* 2010, Vol. 36, S. 694 (698).

Bachelor of Medicine/Bachelor of Surgery (MBBS) Studiengangs entwickelt wurde.²⁴⁴ Das Programm ist darauf ausgerichtet, sowohl die im *Australian Curriculum Framework for Junior Doctors* integrierten Inhalte und Ziele ebenso wie Zielvorgaben des *Australian Medical Council* zu reflektieren.²⁴⁵ Die wesentlichen Ziele des Programms werden darin gesehen, ein Bewusstsein für die allgemeinen Rechtsprinzipien und die gesetzlichen Verpflichtungen zu fördern, das einen wesentlichen Bestandteil für die klinische Entscheidungsfindung darstelle. Zudem sollten die Studierenden mit den Funktionen von Ordnungsbehörden, Zivil- und Strafgerichten vertraut gemacht werden und es solle ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, wie diese Institutionen bei klinischen Entscheidungen unterstützend zur Rate gezogen werden könnten.²⁴⁶ Im Mittelpunkt stehe jedoch, die Studierenden darin zu unterstützen, berufliche Verpflichtungen und Verantwortlichkeiten in zehn für die ärztliche Berufsausübung relevanten Rechtsthemen zu erkennen und zu verstehen. Dabei handle es sich um die Themen „An Introduction to Law“, „Doctor-patient communication: Obtaining patient consent“, „Confidentiality in clinical practice: Legal aspects“, „Negligent acts and omissions in clinical practice“, „Information Disclosure in clinical practice“, „Consent to medical Treatment - adult patients who lack decision-making capacity“, „End-of-Life Decision-Making - involving competent and incompetent patients“, „Legal Aspects of Organ and Tissue or Donation, Storage and Use“, „Legal Aspects of Mental Health in Clinical Practice“, „Children and Young Persons as Patients“.²⁴⁷

Eine Absolventenbefragung der Jahre 2007 bis 2009 ergab, dass eine Mehrheit von 86 % die durch das Programm vermittelten Rechtskenntnisse als wichtig für die Gewährleistung eines guten Standards in der Patientenversorgung einstufte.²⁴⁸ Zudem gaben zwei Drittel der Befragten an, durch das Programm adäquat auf die im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit obliegenden rechtlichen Verantwortlichkeiten vorbereitet worden zu sein. Auffällig war hingegen, dass nur 14 % der Befragten der Aussage zustimmten, dass ihr eigenes Zutrauen in die Entscheidungsfindung hinsichtlich rechtlicher Angelegenheiten, die

²⁴⁴ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (382).

²⁴⁵ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (382).

²⁴⁶ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (382).

²⁴⁷ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (385).

²⁴⁸ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (386).

im Zusammenhang mit ihrer klinischen Tätigkeit entstehen, durch das Programm gesteigert worden sei.²⁴⁹ Die Autoren der Untersuchung führen diesen Umstand allerdings weniger auf eine Ineffektivität des Programms zurück, sondern verweisen auf dessen primäre Zielsetzung, ein Bewusstsein für im ärztlichen Entscheidungsprozess relevante Rechtspflichten zu schaffen. Denn es gehe nicht darum, Medizinstudenten ein Wissen zu vermitteln, das vergleichbar mit dem von auf Medizinrecht spezialisierten Juristen sei.²⁵⁰

4.2.2.3. Fazit

Es zeigt sich, dass die Ergebnisse der im Rahmen dieser Arbeit in Deutschland durchgeführten Befragung, Gemeinsamkeiten zu international durchgeführten Untersuchungen aufweisen. Neben der großen Bedeutung, die Kenntnissen im Medizinrecht für die ärztliche Berufsausübung seitens der Studierenden beigemessen wird, zeigten die internationalen Untersuchungen, dass der Unterricht im Medizinrecht grundlegende Defizite aufweist. Durch die Entwicklung neuer Ausbildungskonzepte wird eine Verbesserung der medizinrechtlichen Ausbildung von Medizinstudierenden angestrebt. Inwieweit sich hierdurch eine Verbesserung des medizinrechtlichen Unterrichtes bzw. der Kenntnisse der Studierenden im Medizinrecht erreichen lässt, wird Gegenstand weiterer Forschung sein müssen.

4.3. Optimierung der Ausbildung im Medizinrecht in Deutschland

Die durchgeführte Befragung der PJ-Studierenden wie auch die Auswertung von Untersuchungen auf internationaler Ebene hat gezeigt, dass die Ausbildung von Medizinstudierenden im Medizinrecht der zunehmenden Bedeutung des Faches für die ärztliche Berufsausübung nicht gerecht wird. Vor diesem Hintergrund sollen Ansätze diskutiert werden, die zu einer Optimierung der medizinrechtlichen Ausbildung geeignet erscheinen.²⁵¹

²⁴⁹ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (387).

²⁵⁰ Koehler/McMenamin, How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates' perspective, *Journal of Law and Medicine* 2012, Vol. 20, S. 380 (387).

²⁵¹ Siehe auch Neuser/Birngruber/Dettmeyer, *Medizinrecht im Medizinstudium - Umfrage unter Studierenden im praktischen Jahr. Rechtsmedizin* 2018, Band 29 (6), S. 477 ff.

4.3.1. Etablierung des Medizinrechts als festen Bestandteil eines Curriculums

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung medizinrechtlicher Themen bei der ärztlichen Berufsausübung erscheint es notwendig, Medizinrecht als festen Bestandteil in das Ausbildungscurriculum zu integrieren. Diese Einschätzung wird von 83,3 % der Befragten geteilt, die sich eine Vermittlung von Rechtskenntnissen in einer eigenständigen Lehrveranstaltung (z.B. mit dem Titel Medizinrecht) wünschten (Abbildung 15). Die Approbationsordnung für Ärzte in ihrer aktuellen Fassung trägt diesem Umstand durch die unscharfe Formulierung „Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung“ nur unzureichend Rechnung. Der Unterricht medizinrechtlicher Themen im Fach Rechtsmedizin ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, wird jedoch der Bedeutung des Medizinrechts für den Arztberuf nicht gerecht, da sich der Unterricht aufgrund einer zeitlichen und personellen Limitierung auf eine Auswahl an Rechtsthemen beschränkt, die gewöhnlich einen unmittelbaren Bezug zur Rechtsmedizin aufweisen. Seitens der Studierenden besteht jedoch, wie sich aus der Bewertung der im Fragebogen aufgeführten Rechtsthemen ergibt, ein Interesse bezüglich des Unterrichtes zu Rechtsfragen aus dem gesamten Spektrum des Medizinrechts (Abbildungen 23a bis 23d).

4.3.1.1. Medizinrecht als Bestandteil der Ausbildung in anderen Berufen

Bei der Diskussion um eine eigenständige Verankerung des Medizinrechts als Unterrichtsbestandteil des Medizinstudiums, erscheint ein Blick auf andere Ausbildungsberufe vor allem des Gesundheitswesens für sinnvoll, um zu eruieren, ob hier berufsspezifische Rechtskenntnisse überhaupt vermittelt wurden und wie gegebenenfalls die Art und Weise der Vermittlung bewertet wurde. Gegenstand des Frageborgens war daher auch die Frage nach dem Vorhandensein medizinrechtlicher Vorkenntnisse, die im Rahmen eines vorherigen Studiums oder einer anderweitigen Ausbildung erworben wurden (Abbildung 2). Hierbei wurde insbesondere für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege wie auch des Rettungsdienstes von allen, die diese Frage beantwortet hatten, die Vermittlung von Rechtskenntnissen attestiert. Hinsichtlich der Zufriedenheit waren von den Angehörigen der Krankenpflege immerhin 50 % außerordentlich bzw. ziemlich zufrieden und seitens des Rettungsdienstes sogar 66,7 % mit der Art und Weise wie Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte zufrieden (s. Abbildung 3). Der Unterricht im Rettungsdienst erfolgte überwiegend als eigenständiges Fach oder Blockseminar und wurde von Juristen

durchgeführt. Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV)²⁵² führt in Nr. 6 der Anlage 1 (zu § 1 Abs. 1 Nr. 1) die zu erwerbenden rechtlichen Fähigkeiten auf:

Handeln im Rettungsdienst an Qualitätskriterien auszurichten, die an rechtlichen, wirtschaftlichen und ökologischen Rahmenbedingungen orientiert sind

Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen:

- a) das eigene Handeln an den Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes einschließlich der für seine Organisation und Durchführung relevanten Vorschriften der Landesrettungsgesetze sowie des Katastrophenschutzes auszurichten,
- b) bei der medizinischen Behandlung die rechtlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen,
- c) das eigene Handeln an relevanten Rechtsvorschriften aus dem Straf- und Zivilrecht, aus dem Straßenverkehrsrecht sowie aus anderen einschlägigen Rechtsgebieten, insbesondere dem Arbeits- und Arbeitsschutzrecht auszurichten
- d) (...)

Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung legt somit fest, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen für das Handeln im Rettungsdienst Bestandteil der Ausbildung sind. Dieser zunächst unbestimmte Rechtsbegriff wird durch die nachfolgend genannten Punkte a bis c näher konkretisiert, indem aufgeführt wird zu welchen Themengebieten Rechtskenntnissen erlangt werden sollen.

Von den Befragten, die eine Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege absolviert haben, gaben 50 % an, dass der Unterricht im Medizinrecht als eigenständiges Fach erfolgt sei. Dabei war knapp die Hälfte mit der erfolgten Vermittlung von Rechtskenntnissen ziemlich bzw. außerordentlich zufrieden (Abbildung 3). Die Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)²⁵³ vom 10.11.2003 erwähnt in Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 die „prüfungsrelevanten Kenntnisse aus Recht, Politik und Wirtschaft“ als zu erwerbende Wissensgrundlage. Explizit genannt werden das Selbstbestimmungsrecht der zu pflegenden Person (Nr. 5) und die Befähigung ärztlich veranlasste Maßnahmen im Pflegekontext eigenständig durchzuführen und dabei die relevanten rechtlichen Aspekte zu berücksichtigen (Nr. 8).

²⁵² Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV) vom 16. Dezember 2013 (BGBl. I S. 4280), zuletzt geändert durch Artikel 41 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307).

²⁵³ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 10.11.2003 (BGBl. I S. 2263), zuletzt geändert durch Artikel 33 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886).

Im Rahmen Neustrukturierung der Pflegeausbildung zur Pflegefachfrau bzw. Pflegefachmann wird die bisherige Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) zum 01.01.2020 aufgehoben. Die neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV)²⁵⁴ vom 02.10.2018 definiert in Anlage 1 zu (§ 7 S. 2) die für die Zwischenprüfung von den Auszubildenden zu erwerbenden rechtlichen Kenntnisse:

IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien zu reflektieren und begründen

1. (...)

2. Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.

Die Auszubildenden

- a) üben den Beruf unter Aufsicht und Anleitung von Pflegefachpersonen aus und reflektieren hierbei die gesetzlichen Vorgaben sowie ihre ausbildungs- und berufsbezogenen Rechte und Pflichten
- b) (...)
- c) Verfügen über grundlegendes Wissen zur Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich
- d) verfügen über grundlegendes Wissen zu rechtlichen Zuständigkeiten und unterschiedlichen Abrechnungssystemen für stationäre, Teilstationäre und ambulante Pflegesektoren
- e) (...)

Anhand dieser Beispiele aus der Gesundheits- und Krankenpflege sowie dem Rettungsdienst wird deutlich, dass Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen anderer Berufe des Gesundheitswesens durchaus konkretere Vorgaben zum Unterricht im Medizinrecht enthalten als dies in der gegenwärtigen Fassung der Approbationsordnung für Ärzte der Fall ist. Zwar werden auch hier die zu unterrichtenden Rechtsthemen nicht abschließend aufgeführt, jedoch werden zumindest die Grundzüge für den medizinrechtlichen Unterricht umrissen. Die konkrete Ausgestaltung dagegen obliegt dann den ausbildenden Institutionen. Auch wenn unvermeidlich ein Auslegungsspielraum verbleibt, ist positiv zu bewerten, dass die Ausbildungsstätten mit dem Auftrag konfrontiert werden, medizinrechtliche Fragen in den Unterricht zu integrieren. Dass dieser Auftrag offensichtlich auch wahrgenommen wird, deutet zumindest die Tatsache an, wonach der Unterricht im Medizinrecht nach Angaben der Befragten größtenteils als eigenständiges Fach oder im Rahmen der Rettungsdienstausbildung auch als Blockveranstaltung und sogar von Juristen

²⁵⁴ Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - PflAP) vom 2. Oktober 2018 (BGBl. I S. 1572).

durchgeführt wurde. Insofern verwundet es nicht, dass die Art und Weise wie medizinrechtliche Kenntnisse vermittelt wurden, im Vergleich zum Medizinstudium deutlich besser bewertet wurde.

4.3.1.2. Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM)

Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin nennt in Kapitel 18 neben der Ethik und Geschichte auch das Recht der Medizin. Unter den Punkten 18.1 bis 18.5. werden Lernziele beschrieben, welche die ethischen und rechtlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten definieren, die den Medizinstudierenden im Verlauf ihres Studiums vermittelt werden sollen:

18.1: Die Absolventin und der Absolvent sind mit den Grundlagen von Recht und Ethik vertraut. Sie können:

- 18.1.1.1. wichtige ethische Grundbegriffe in ihrer Bedeutung und Funktion für die Medizin verstehen*
- 18.1.1.2. die Aufgaben der Ethik und das Verhältnis von Moral, Ethik, Politik und Recht beurteilen*
- 18.1.1.3. die historische, kulturelle und gesellschaftliche Bedingtheit und Veränderlichkeit von Werten und medizinethischen Normen einschätzen*
- 18.1.1.4. unterschiedliche Ebenen ethischer Entscheidungsfindung differenzieren*
- 18.1.1.5. wichtige berufsethische und rechtliche Vorgaben in ihrer praktischen Bedeutung einschätzen*
- 18.1.1.6. die Genese und praktische Bedeutung relevanter medizinethischer Kodizes reflektieren*

18.2.: Die Absolventin und der Absolvent verfügen über grundlegende ethische Fähigkeiten und Fertigkeiten

- 18.2.1. Sie haben ihre Fähigkeit zur Selbstreflexion weiterentwickelt. Sie können:*
 - 18.2.1.1. die eigene moralische Position reflektieren, weiterentwickeln und argumentativ vertreten*
- 18.2.2. Sie verfügen über eine Sensibilität für die moralischen Dimensionen ihres Handelns. Sie können:*
 - 18.2.2.1 die ethischen Implikationen ihres Handelns erkennen*
 - 18.2.2.2 die von einem ethischen Konflikt Betroffenen identifizieren*
 - 18.2.2.3. die Sichtweisen der Betroffenen erkennen und bei der Entscheidungsfindung angemessen berücksichtigen*
- 18.2.3. Sie haben ihre moralische Urteilsfähigkeit für den medizinischen Bereich weiterentwickelt. Sie können:*
 - 18.2.3.1. ethische Grundprinzipien ärztlichen Handelns zur Beantwortung konkreter ethischer Problemstellungen anwenden*
 - 18.2.3.2. unterschiedliche ethische Argumentationsstrategien begründen*
 - 18.2.3.3. medizinische Entscheidungen ethisch begründen*

18.2.4. Sie verfügen über die erforderliche Diskursfähigkeit zum Umgang mit ethischen Herausforderungen in ihrer Praxis. Sie können:

18.2.4.1. im Konfliktfall zur Vermittlung zwischen unterschiedlichen ethischen Positionen beitragen

18.3. Die Absolventin und der Absolvent sind mit ethischen und rechtlichen Fragen der Patientenversorgung vertraut

18.3.1. Sie respektieren in angemessener Weise die Patientenautonomie. Sie können:

18.3.1.1. die philosophischen und rechtlichen Grundlagen sowie die historische und soziokulturelle Variabilität des Verständnisses von Patientenrechten beurteilen

18.3.1.2. die Erfordernisse der informierten Einwilligung in der Praxis erfüllen

18.3.1.3. die besonderen ethischen und rechtlichen Herausforderungen von Patientenwünschen einschätzen, die nicht primär an gesundheitlichen Zwecken orientiert sind

18.3.1.4. ethische Herausforderungen der stellvertretenden Einschätzung bei nicht (mehr) einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten einschätzen

18.3.1.5. die Regelung der rechtlichen Vertretung von Patientinnen und Patienten in der Praxis anwenden

18.3.1.6. die rechtlichen Voraussetzungen der Entscheidungsfindung bei Verlust der Einwilligungsfähigkeit anwenden

18.3.1.7. die ethischen und rechtlichen Voraussetzungen für ärztliche Zwangsmaßnahmen anwenden

18.3.2. Sie pflegen angemessene Beziehungen zu Patientinnen und Patienten, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen, Pflegenden und anderen Berufsgruppen. Sie können:

18.3.2.1. unterschiedliche Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung sowie deren historische und soziokulturelle Variabilität reflektieren

18.3.2.2. Verantwortungsbewusstsein, Empathie, Wahrhaftigkeit, Verschwiegenheit und Vertrauenswürdigkeit begründen und in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten zeigen

18.3.2.3. die ethischen und rechtlichen Anforderungen zur Schweigeflicht umsetzen

18.3.3. Sie kennen die Grundlagen klinischer Ethikberatung und klinischer Ethikkomitees. Sie können

18.3.3.1. Ziele, Aufgaben und Methoden der klinischen Ethikberatung benennen

18.3.3.2. Strukturen und Arbeitsweise klinischer Ethikkomitees reflektieren

18.3.4. Sie sind mit den ethischen Herausforderungen am Lebensende vertraut. Sie können:

18.3.4.1 die Kultur und Zeitgebundenheit sowie die weltanschaulich bedingten Unterschiede des Umgangs mit Sterben und Todreflektieren

18.3.4.2. unterschiedliche Todesdefinitionen in ihren Implikationen für medizinische Entscheidungen beurteilen

18.3.4.3. die historische Entwicklung der Sterbehilfedefinition in deren Bedeutung für die aktuelle Debatten einschätzen

18.3.4.4. die verschiedenen Formen der Handlungen am Lebensende (sogenannte „Sterbehilfe“) differenzieren

- 18.3.4.5. *die ethischen und rechtlichen Grundlagen der Therapiezieländerung und -begrenzung, einschließlich künstlicher Ernährung und Flüssigkeitsgabe in der Praxis anwenden*
- 18.3.4.6. *die ethischen und rechtlichen Grundlagen bei der Durchführung leidenslindernder Maßnahmen mit potentiell lebensverkürzender Wirkung in der Praxis anwenden*
- 18.3.4.7. *die ethischen Argumente für und wider Tötung auf Verlangen, einschlägige Regelungen sowie die internationalen Diskussionen reflektieren*
- 18.3.4.8. *die ethischen Argumente für und wider ärztliche Suizidhilfe, einschlägige Regelungen sowie die internationalen Diskussionen reflektieren*
- 18.3.5. *Sie kennen wesentliche ethische Herausforderungen aus den Bereichen Reproduktion und Schwangerschaft. Sie können:*
- 18.3.5.1. *die historische und soziokulturelle Variabilität der der Einstellung zu und des Umgangs mit Fortpflanzung und vorgeburtlichem Leben einschätzen*
- 18.3.5.2. *die gegenwärtigen ethischen und rechtlichen Kontroversen zum moralischen Status vorgeburtlichen menschlichen Lebens reflektieren*
- 18.3.5.3. *die ethischen Herausforderungen und rechtliche Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nach Pränataldiagnostik, der Präimplantationsdiagnostik, der assistierten Reproduktion und dem Umgang mit embryonalen Stammzellen einschätzen*
- 18.3.6. *Sie kennen wesentliche ethische Herausforderungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Sie können:*
- 18.3.6.1. *die ethischen und rechtlichen Voraussetzungen von und (stellvertretender) Einwilligung bei Minderjährigen anwenden*
- 18.3.6.2. *verantwortlich mit Fragen der Therapiebegrenzung bei Minderjährigen allgemein und insbesondere in der Neonatologie umgehen*
- 18.3.7. *Sie kennen wesentliche ethische Herausforderungen im Bereich der Humangenetik. Sie können:*
- 18.3.7.1. *die historischen Ursprünge der Humangenetik, einschließlich der Eugenetik beurteilen*
- 18.3.7.2. *Nutzen und Risiken genetischer Tests und Screenings einschätzen und mit den resultierenden ethischen Herausforderungen angemessen umgehen*
- 18.3.7.3. *die einschlägigen rechtlichen Rahmenbedingungen der genetischen Diagnostik benennen*
- 18.3.7.4. *die ethischen Grundsätze und Herausforderungen der genetischen Beratung einschätzen*
- 18.3.7.5. *die ethischen Herausforderungen der somatischen Gentherapie und Keimbahntherapie reflektieren*
- 18.3.8. *Sie kennen wesentliche ethische Herausforderungen im Bereich psychischer Erkrankungen und geistiger Behinderungen. Sie können:*
- 18.3.8.1. *die Besonderheiten psychischer Erkrankungen im Grenzbereich zwischen Gesundheit und Krankheit einschätzen*
- 18.3.8.2. *psychiatrische Krankheitskonzeptionen in ihrem historischen und theoretischen Wandel reflektieren*
- 18.3.8.3. *mit der phasenweise eingeschränkten Geschäfts- und Einwilligungsfähigkeit psychisch Kranker angemessen umgehen*

18.3.8.4. die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine Behandlung bei Selbst- und Fremdgefährdung benennen und eine angemessene ethische Abwägung treffen

18.3.9. Sie kennen die wesentlichen ethischen Herausforderungen im Bereich der Transplantationsmedizin. Sie können:

18.3.9.1. die ethischen und rechtlichen Voraussetzungen der Organ- und Gewebeentnahme benennen

18.3.9.2. die ethischen Herausforderungen bei der Verteilung knapper Spenderorgane und die Grundsätze der Organverteilung auf nationaler und internationaler Ebene reflektieren

18.3.9.3. Strategien zur Verringerung des Organmangels kennen und diese ethisch beurteilen

18.4. Die Absolventin und der Absolvent sind mit ethischen und juristischen Fragen der medizinischen Forschung vertraut

18.4.1. Sie kennen die ethischen und rechtlichen Grundlagen der Forschung am Menschen. Sie können:

18.4.1.1. die unterschiedlichen Zielsetzungen und Anforderungen ärztlicher Behandlung und medizinischer Forschung reflektieren

18.4.1.2. den ethischen Grundkonflikt der Forschung am Menschen reflektieren

18.4.1.3. die verschiedenen historisch gewachsenen Formen der Forschung am Menschen einschließlich ihrer rechtlichen Rahmenbedingungen in ihrer ethischen Relevanz einschätzen

18.4.1.4. historische Beispiele ärztlichen Fehlverhaltens in der Forschung benennen und ihre ethischen Implikationen im jeweiligen Kontext differenzieren

18.4.2. Sie sind mit der ethischen und rechtlichen Regulierung der Forschung am Menschen vertraut. Sie können:

18.4.2.1. die wesentlichen ethischen und rechtlichen Vorgaben für die Forschung am Menschen benennen

18.4.2.2. die historischen Hintergründe der ethischen und rechtlichen Regulierung der Forschung am Menschen in Deutschland und internationale einschätzen

18.4.3. Sie kennen die besonderen ethischen Herausforderungen der Forschung mit vulnerablen Versuchspersonen. Sie können:

18.4.3.1. die besondere ethische und rechtliche Problematik der Forschung mit vulnerablen Versuchspersonen und Bevölkerungsgruppen in Deutschland und global einschätzen

18.4.4. Sie kennen die Rolle der Ethikkommissionen bei der Forschung am Menschen. Sie können:

18.4.4.1. Ziele, Aufgaben und Arbeitsweise von Ethikkommissionen zur Begutachtung von Forschung am Menschen benennen und in ihrer ethischen Bedeutung einschätzen

18.5. Die Absolventin und der Absolvent sind mit wesentlichen ethischen und rechtlichen Fragen im Gesundheitswesen und Public Health vertraut

18.5.1. Sie kennen die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. Sie können:

18.5.1.1. die historischen, demographischen, medizinischen, rehabilitativen, gesundheitssystemischen, ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland beurteilen

- 18.5.1.2. die sozio-ökonomischen Einflussfaktoren auf Gesundheit und die daraus resultierenden Ungleichheiten im Gesundheitszustand von Bevölkerungsgruppen sowie im Zugang zur Gesundheitsversorgung reflektieren*
- 18.5.1.3. ethisch relevante Unterschiede verschiedener Gesundheitssysteme einschätzen*
- 18.5.2. Sie kennen verschiedene Ebenen der Allokation. Sie können:*
 - 18.5.2.1. unterschiedliche Ebenen der Allokation differenzieren und die Grundlagen der Allokationsentscheidungen auf den verschiedenen Ebenen einschätzen*
- 18.5.3. Sie sind mit Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitswesen vertraut. Sie können:*
 - 18.5.3.1. die gesundheitsethische Relevanz von Gesundheit und Gesundheitsversorgung einschätzen*
 - 18.5.3.2. formale und materiale Kriterien für eine gerechte Gesundheitsversorgung benennen*
- 18.5.4. Sie kennen unterschiedliche Strategien zum Umgang mit begrenzten Mitteln im Gesundheitswesen. Sie können:*
 - 18.5.4.1. die medizinischen, ethischen, rechtlichen und ökonomischen Implikationen dieser Strategien einschätzen*
 - 18.5.4.2. explizite und implizite Leistungsbegrenzungen (Rationierungen) unterscheiden und in ihren ethischen Vor- und Nachteilen beurteilen*
- 18.5.5. Sie kennen die wesentlichen Aspekte der Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung. Sie können:*
 - 18.5.5.1. Formen, Ebenen und Methoden der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen differenzieren*
 - 18.5.5.2. wesentliche internationale Erfahrungen mit der Prioritätensetzung im Gesundheitswesen reflektieren*
- 18.5.6. Sie sind mit wichtigen ethischen Fragen von Public Health-Maßnahmen vertraut. Sie können:*
 - 18.5.6.1. wichtige ethische Aspekte bevölkerungsbezogener Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Krankheitsbekämpfung reflektieren*

Der NKLM definiert damit detailliert die zu erwerbenden Kompetenzen und Lernziele. Daneben werden aber auch Anwendungsbeispiele genannt, die eine weitere Konkretisierung bieten und es erfolgt eine Differenzierung zwischen Grundlagen- und Basiskenntnissen. Neben den Grundlagen von Recht und Ethik wird insbesondere den rechtlichen und ethischen Aspekten zu den in der Praxis bedeutsamen Themen der informierten Einwilligung, der Bevollmächtigung (Vorsorgevollmacht) und Betreuung (Betreuungsverfügung), dem mutmaßlichen Patientenwillen, der Schweigepflicht, der Sterbe- und Suizidbeihilfe, oder dem Schwangerschaftsabbruch Bedeutung beigemessen. Die durch den NKLM getroffene Auswahl an Themen deckt sich insoweit mit der durch die befragten Studierenden geäußerten Einschätzung besonders relevanter Rechtsthemen (Abbildung 23a). Darüber hinaus fordert der NKLM aber auch den Erwerb von Wissen und Kompetenzen in rechtlichen und ethischen Fragen zu spezielleren Themen, die von den

Studierenden als weniger wichtig eingestuft wurden. Diese beinhalten beispielsweise kosmetische Eingriffe, Humangenetik, psychiatrische Erkrankungen, Transplantation und Gewebeentnahme, medizinische Forschung oder Ethikkommissionen. Allerdings stellt der NKLM aktuell nur eine Auslegungshilfe für die Fakultäten bei der Gestaltung ihrer Ausbildungscurricula dar und entfaltet daher keine Bindungswirkung.²⁵⁵ Den Fakultäten steht somit frei, ob und in welchem Umfang die Lernziele und -inhalte des NKLM übernommen werden.

Im Sinne einer Vereinheitlichung der Unterrichtsinhalte und damit der Schaffung eines weitestgehend einheitlichen Niveaus in Bezug auf den Erwerb medizinrechtlicher Kenntnisse zwischen den medizinischen Fakultäten ist es zu begrüßen, dass der Masterplan Medizinstudium 2020 vorsieht, den in Weiterentwicklung befindlichen NKLM als verbindlichen Bestandteil in die Approbationsordnung aufzunehmen²⁵⁶, wodurch das Medizinrecht in der ärztlichen Ausbildung aufgewertet wird.²⁵⁷ In § 5 Abs. 4 eines vom Bundesministerium für Gesundheit am 29.11.2019 vorgelegten Arbeitsentwurfes zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO) soll sich der Inhalt des Studiums unter Beachtung der Vorgaben der § 19, § 20, § 21, § 22 und § 24 nach dem vom Medizinischen Fakultätentag verabschiedeten Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin richten.²⁵⁸ Die Forderung nach einer verbindlichen Festschreibung medizinrechtlichen Unterrichts in der Approbationsordnung wird von den befragten Studierenden geteilt. Denn von denjenigen, die sich für eine Etablierung einer eigenständigen medizinrechtlichen Unterrichtsveranstaltung aussprachen, erachtete eine deutliche Mehrheit von 74,2 % eine verbindliche Anordnung durch die Approbationsordnung für sinnvoll (Abbildung 16).

²⁵⁵ Siehe Seite 11.

²⁵⁶ Bundesministerium für Bildung und Forschung, Masterplan Medizinstudium 2020, S. 4.

²⁵⁷ Neuser/Birngruber/Dettmeyer, Medizinrecht im Studium, Deutsches Ärzteblatt Medizin Studieren WS 2019/20, S. 16.

²⁵⁸ Zitiert nach der Synopse Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) aktuelle Fassung - Arbeitsentwurf Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 27.01.2020. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/AEApprO_Arbeitsentwurf_SN-BAEK_Synopse_final_24012020.pdf (Stand 24.04.2020).

4.3.2. Das Verhältnis von Medizinrecht und Medizinethik

Bei Betrachtung der Lernziele und -inhalte des NKLM fällt auf, dass eine enge Verknüpfung von Recht und Ethik gewählt wird. Wie bereits gezeigt wurde, erfolgt auch in anderen Ländern der Unterricht im Medizinrecht zumeist gemeinsam mit der Medizinethik. Die Frage, ob sich die Kombination beider Fächer als didaktisch sinnvoll erweist wird zumeist nicht thematisiert. Unbestritten ist, dass rechtliche und ethische Fragen oftmals einander bedingen. Während die Medizinethik danach fragt, „was getan werden sollte“, geht es im Medizinrecht um die Frage, „was getan werden muss“.²⁵⁹ „Sollen“ und „Müssen“ beeinflussen sich aber oftmals gegenseitig, woran deutlich wird, dass zwischen Recht und Ethik Überschneidungen bestehen.²⁶⁰ Da die Ethik vornehmlich durch Kultur, Gewohnheit, Moral oder Tradition geprägt wird, kann sie als die moralische Grundlage von Handeln begriffen werden.²⁶¹ Auf die Medizin übertragen, sind unter Medizinethik damit die Prinzipien zusammenzufassen, die das Handeln von im medizinischen Bereich tätigen Personen bestimmen.²⁶² Als die fundamentalen vier Prinzipien werden das Selbstbestimmungsrecht des Patienten (respect für autonomy), die Schadensvermeidung (non-maleficence), das Patientenwohl (beneficence) und die soziale Gerechtigkeit (justice) genannt.²⁶³ Allerdings besteht bei einem gemeinsamen Unterricht von Recht und Ethik die Gefahr, dass die Studierenden beide Fächer als Synonym wahrnehmen.²⁶⁴ Hierdurch entsteht eine Harmonie zwischen beiden Disziplinen mit der Folge, dass der Blick für die Komplexität und das Spannungsverhältnis beider Fächer zueinander verloren geht. Denn rechtmäßiges Handeln muss nicht zwangsläufig auch als ethisch wahrgenommen werden, während etwas, das als ethisch betrachtet wird, durchaus unrechtmäßig sein kann.²⁶⁵ Im Rahmen der klinischen Entscheidungsfindung sind regelmäßig zwei Aspekte zu berücksichtigen, nämlich die medizinische Entscheidung in Bezug auf die beste mögliche Behandlung des Patienten, zum anderen aber auch die moralische Komponente, die verlangt,

²⁵⁹ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, Journal of Academic Ethics 2013, Vol. 11, S. 121 (122).

²⁶⁰ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, Journal of Academic Ethics 2013, Vol. 11, S. 121 (122).

²⁶¹ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, Journal of Academic Ethics 2013, Vol. 11, S. 121 (122).

²⁶² Beauchamp/Childness, Principles of Biomedical Ethics, S. 6.

²⁶³ Beauchamp/Childness, Principles of Biomedical Ethics, S. 101 ff.

²⁶⁴ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, Journal of Medical Ethics 2010, Vol. 36, S. 694 (698).

²⁶⁵ Preston-Shoot/McKimm, Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools, Journal of Medical Ethics 2010, Vol. 36, S. 694 (698).

dass die unter medizinischen Gesichtspunkten getroffene Entscheidung moralisch gerechtfertigt ist.²⁶⁶ Dasselbe gilt für das Recht, das verlangt, dass eine medizinische Entscheidung rechtskonform ist.²⁶⁷ Die große Herausforderung des Unterrichts von Recht und Ethik resultiert daraus, dass eine ethisch angemessene Entscheidung nicht notwendigerweise durch das Recht unterstützt wird.²⁶⁸ Das zentrale Anliegen des medizinrechtlichen und -ethischen Unterrichtes muss folglich darin gesehen werden, eine Brücke von der Ethik zum Recht zu schlagen und den Studenten das dogmatische Werkzeug an die Hand zu geben, die Lücke zwischen beiden Fächern zu schließen.²⁶⁹ Insoweit erscheint es sinnvoll, dass die Studierenden zu Beginn eine getrennte Einführung in das Recht und die Ethik erhalten, um ein Verständnis hinsichtlich der unterschiedlichen Rollen, die beide Fächer einnehmen, zu entwickeln.²⁷⁰ Dagegen kann es sich im weiteren Verlauf des Studiums als vorteilhaft erweisen, den Unterricht beider Fächer in Kombination fortzuführen.

4.3.3. Organisation des medizinrechtlichen Unterrichts im Medizinstudium

Sofern der Unterricht im Medizinrecht als notwendiger Bestandteil des Medizinstudiums anerkannt wird, stellt sich die Frage wie dieser in den Ablauf des Studiums integriert werden kann. Dies betrifft sowohl den zeitlichen Aspekt, in welcher Phase des Studiums Medizinrecht unterrichtet werden sollte, wie auch die Form des Unterrichts.

4.3.3.1. Zeitpunkt des medizinrechtlichen Unterrichts während des Medizinstudiums

Der NKLM betont zurecht, dass sich der Erwerb einer qualifizierten rechtlich-moralischen Urteilsbildung, nicht zu einem Zeitpunkt erlernen, sondern als studienbegleitender

²⁶⁶ Olick, It's Ethical, but is it legal? Teaching Ethics and Law in the Medical School Curriculum, The Anatomical Record 2001, Vol. 265, S. 5 (8).

²⁶⁷ Olick, It's Ethical, but is it legal? Teaching Ethics and Law in the Medical School Curriculum, The Anatomical Record 2001, Vol. 265, S. 5 (8).

²⁶⁸ Olick, It's Ethical, but is it legal? Teaching Ethics and Law in the Medical School Curriculum, The Anatomical Record 2001, Vol. 265, S. 5 (7).

²⁶⁹ Olick, It's Ethical, but is it legal? Teaching Ethics and Law in the Medical School Curriculum, The Anatomical Record 2001, Vol. 265, S. 5 (7).

²⁷⁰ Wong/Balasingam, Teaching Medical Law in Medical Education, Journal of Academic Ethics 2013, Vol. 11, S. 121 (136).

Prozess angesehen werden muss.²⁷¹ Daher sollte medizinrechtlicher Unterricht als kontinuierlicher Prozess während des gesamten klinischen Studienverlaufs und nicht ausschließlich im Rahmen einer einzelnen Lehrveranstaltung erörtert werden.

Es hat sich gezeigt, dass Studierende grundsätzlich eine höhere Lernmotivation aufweisen, wenn der Unterricht zu einem Zeitpunkt erfolgt, in dem bereits klinische Erfahrungen gesammelt werden konnten.²⁷² Dies erscheint nachvollziehbar, da die Studierenden in den ersten Abschnitten des Studiums in der Regel keinen oder nur wenig Kontakt zu Patienten haben und daher zumeist noch kein Bewusstsein für rechtliche Fragestellungen vorhanden ist. Diese Einschätzung wird durch die Befragung belegt. Denn nur eine geringe Anzahl von 4,5 % der Befragten sprach sich für eine Verortung medizinrechtlichen Unterrichts im vorklinischen Studienabschnitt aus (Abbildung 17). Den meisten Zuspruch erhielt der klinische Studienabschnitt mit 51,8 % gefolgt vom Praktischen Jahr, das immerhin noch 43,7 % favorisierten. Damit zeigt sich eine deutliche Tendenz, dass die Studierenden die Vermittlung medizinrechtlicher als Begleitung ihrer klinischen Ausbildung für sinnvoll erachten. Zugunsten des klinischen Studienabschnitt spricht dabei ein offensichtlicher Profit von bereits erworbenen Rechtskenntnissen im Praktischen Jahr. Denn wie bereits erörtert, kommen Studierende während des Praktischen Jahres bereits mit Rechtsfragen, sei es in Form einer Kenntnisnahme oder Selbstbetroffenheit in Berührung. Noch deutlicher zeigt sich dies daran, dass 62,6 % der Befragten einräumten, dass ihnen die Vermittlung von Rechtskenntnissen sowohl im Studium wie auch im Praktischen Jahr bereits geholfen habe (Abbildung 10). Die Vermittlung medizinrechtlicher Kenntnisse sollte daher vor allem als Vorbereitung auf das Praktische Jahr und eine spätere ärztliche Tätigkeit verstanden werden. Überdies erscheint es aus organisatorischen Gründen einfacher, Medizinrecht als Fach in dem durch viele andere Lehrveranstaltungen geprägten klinischen Stundenplan zu integrieren als im Praktischen Jahr, das viele Studierende außerhalb der Universitätsklinik in Lehrkrankenhäusern absolvieren.

Allerdings gilt zu bedenken, dass Medizinstudierende, sofern nicht bereits eine anderweitige Berufsausbildung erfolgt ist, in der Regel keine medizinrechtlichen Vorkenntnisse

²⁷¹ Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V., Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015, S. 234.

²⁷² Preston-Shoot/McKimm, Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education, *Medical Education* 2011, Vol. 45, S. 339 (342).

besitzen. Aus diesem Grund erscheint es notwendig, grundlegende Rechtsprinzipien sowie Gegenstand und Grundlagen des Medizinrechts in einer einführenden Lehrveranstaltung während einer frühen Phase des klinischen Studienabschnittes zu lehren. Den Studierenden sollten hierbei insbesondere die rechtlichen Verpflichtungen des Arztes im Umgang mit Patienten, wie beispielsweise die Schweigepflicht oder das Aufklärungs- und Einwilligungserfordernis als Ausdruck des Allgemeinen Persönlichkeitsrechts vermittelt werden.

Dies gilt aber auch für Rechtsfragen, die sich aus dem Ausbildungsstatus der Studierenden, etwa im Rahmen von Famulaturen oder Praktika, vor allem aber im Praktischen Jahr ergeben. Denn die Befragung offenbarte, dass sich 80,5 % der Studierenden unzureichend darüber informiert fühlten, welche ärztlichen Tätigkeiten ihnen zu Ausbildungszwecken im Praktischen Jahr übertragen werden dürfen (Abbildung 11). Explizit erwähnt wurden Fragen des Tätigkeitsbereiches bzw. der Tätigkeitsgrenzen von PJ-Studierenden, der Haftung bei durch PJ-Studierende verursachten Schäden oder der Zulässigkeit bzw. den Konsequenzen bei Verweigerung eines Arbeitsauftrages. Damit lässt auf ein Informationsdefizit der Studierenden über ihren rechtlichen Status im Ausbildungsabschnitt des Praktischen Jahres schließen. Die Approbationsordnung enthält keine detaillierten Regelungen zum Rechtsstatus von Studierenden im Praktischen Jahr. In § 3 Abs. 4 S. 3 ÄAppO findet sich lediglich, dass Studierende im Praktischen Jahr entsprechend ihres Ausbildungsstandes unter Anleitung, Aufsicht und Verantwortung des ausbildenden Arztes ihnen zugewiesene ärztliche Verrichtungen durchführen sollen. Die konkreten Tätigkeiten, die an PJ-Studierende delegiert werden dürfen, werden nicht genannt. Teilweise existieren Richtlinien oder spezielle Curricula der Universitäten, welche die Ausbildungsstandards der Universitätskliniken und deren Lehrkrankenhäuser festlegen.²⁷³ Oftmals bewegen sich Ausbilder und Auszubildende in einer rechtlichen Grauzone.²⁷⁴ Im Schadensfall können sowohl dem anleitenden Arzt, der die Entscheidung trifft, ob der auszubildenden Person die Ausführung der Tätigkeit zugetraut werden kann wie auch den Studierenden rechtliche Konsequenzen drohen.²⁷⁵ Aber auch Studierende während des klinischen

²⁷³ Franke, Packungsbeilage PJ - Was dürfen Famulanten und PJler? Via medici online, Artikel vom 05.12.2014.

²⁷⁴ Franke, Packungsbeilage PJ - Was dürfen Famulanten und PJler? Via medici online, Artikel vom 05.12.2014.

²⁷⁵ Stauer, Was Studierende im Praktischen Jahr dürfen - und was nicht, Deutsches Ärzteblatt 2018, Jg. 115, Heft 40, S. 2.

Studiums vor dem Praktischen Jahr verrichten, z.B. in Famulaturen, auf Anweisung der Ausbilder Tätigkeiten an Patienten. Damit können sich vor allem im Falle eines Schadenereignisses rechtliche Fragen ergeben. Dass insbesondere die Delegation ärztlicher Aufgaben an Medizinstudierende oder andere Ärzte von den Studierenden als relevante Problematik wahrgenommen wird, verdeutlicht sich daran, dass 87,3 % der Befragten diese als außerordentlich bzw. ziemlich wichtig einstufen (Abbildung 23a).

Auch wenn regelmäßig der Krankenhausträger Adressat haftungsrechtlicher Forderungen ist²⁷⁶, sollten Studierende Kenntnisse darüber haben, unter welchen Voraussetzungen ihnen eine persönliche Rechts- bzw. Haftungsverantwortung drohen kann, wie beispielsweise bei vorsätzlichem Handeln, groben Behandlungsfehlern oder der unerlaubten Überschreitung von Kompetenzen.²⁷⁷ Denn bei gravierenden Verstößen kann sogar eine strafrechtliche Verantwortlichkeit im Sinne einer fahrlässigen Tötung (§ 222 StGB) oder fahrlässigen Körperverletzung (§ 230 StGB) in Betracht kommen. Durch Kenntnis der rechtlichen Gegebenheiten werden die Studierenden sensibilisiert, zu hinterfragen, ob die eigenen Fähigkeiten zur Verrichtung einer übertragenen Tätigkeit im Einzelfall dem geforderten Facharztstandard genügen.²⁷⁸ Insbesondere sollten sich Studierende darüber bewusst sein, dass es rechtliche Konsequenzen haben kann, wenn der zugewiesene Aufgabenbereich eigenmächtig überschritten wird. Da somit in jeder Phase des klinischen Studienabschnitts Studierende Tätigkeiten an Patienten verrichten, sprechen gute Gründe dafür, den Studierenden bereits in einer frühen Phase der klinischen Ausbildung entsprechende Rechtskenntnisse zu vermitteln. In Bezug auf das Praktische Jahr bietet es sich an, vor dessen Beginn eine Lehrveranstaltung durchzuführen, die Rechtsfragen behandelt, mit denen die Studierenden typischerweise im Rahmen ihrer praktischen Ausbildung konfrontiert werden können.

Im weiteren Verlauf des klinischen Studiums sollten dann, aufbauend auf den erworbenen medizinrechtlichen Kenntnissen, Lehrveranstaltungen im Mittelpunkt stehen, die sich auf die Betrachtung praktischer Fälle konzentrieren. Der Nutzen praxisorientierten Lernens

²⁷⁶ Franke, Packungsbeilage PJ - Was dürfen Famulanten und PJler? Via medici online, Artikel vom 05.12.2014.

²⁷⁷ Elsenhans, Rechte und Pflichten im PJ, Via medici online, Artikel vom 23.02.2016; Franke, Packungsbeilage PJ - Was dürfen Famulanten und PJler? Via medici online, Artikel vom 05.12.2014.

²⁷⁸ Staufer, Was Studierende im Praktischen Jahr dürfen - und was nicht, Deutsches Ärzteblatt 2018, Jg. 115, Heft 40, S 2.

wird offensichtlich aber auch im Rahmen des gegenwärtigen medizinrechtlichen Unterrichtes gesehen, da 60 % der Befragten angaben, dass die Vermittlung von Rechtskenntnissen anhand konkreter Fälle erfolgt sei (Abbildung 7). Eine Fokussierung auf praxisrelevante Fälle, welche die Lebenswirklichkeit widerspiegeln, stellt ein wesentliches Kriterium dafür dar, den vom NKLM geforderten medizinrechtlichen Lernprozess bis zum Abschluss des Studiums kontinuierlich weiterzuentwickeln.

4.3.3.2. Unterrichtsformen zur Vermittlung medizinrechtlicher Kenntnisse

Begreift man den Unterricht im Medizinrecht als kontinuierlichen Lernprozess während des gesamten klinischen Studiums, erfordert dies die Auswahl geeigneter Unterrichtsformen. Dabei bietet sich dabei eine Kombination aus Groß- und Kleingruppenveranstaltungen an.²⁷⁹

Für die Vermittlung medizinrechtlichen Grundlagenwissens in der frühen Phase des klinischen Studiums erscheint ein Frontalunterricht, beispielsweise im Rahmen einer Vorlesung zweckmäßig. Auf diese Weise ist es möglich, elementare Unterrichtsinhalte schnell und effizient zu vermitteln, so dass sich die Lernenden diese nicht durch ein mühsames Selbststudium aneignen müssen.²⁸⁰ Die Studierenden werden hierdurch in die Lage versetzt, sich im weiteren Verlauf ihres Studiums mit komplexen medizinrechtlichen Fragen auseinanderzusetzen.

Als Unterrichtsform für weiterführende Lehrveranstaltungen sind Kleingruppen wie beispielsweise Seminare oder Workshops zu bevorzugen.²⁸¹ Als vorteilhaft erweist sich das Konzept des problemorientierten Lernens (PBL = Problem Based Learning), das eine aktive Auseinandersetzung der Lernenden mit Fällen oder Problemen aus dem beruflichen Alltag in den Mittelpunkt stellt.²⁸² Auf diese Weise findet eine praxisorientierte

²⁷⁹ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, Journal of Medical Ethics 1998, Vol 24, S. 188 (191).

²⁸⁰ Schulz, Gruppenarbeit oder Frontalunterricht, S. 4.

²⁸¹ Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools, Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum, Journal of Medical Ethics 1998, Vol. 24, S. 188 (191); Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 2017, Vol. 56, S. 325 (330).

²⁸² Oelkers/Kraus, Problembasiertes Lernen in der rechtswissenschaftlichen Lehre, Zeitschrift für Didaktik der Rechtswissenschaft 2014, S. 142.

Vermittlung von Wissen statt, wobei zugleich auch eigene Problemlösungsstrategien und soziale Kompetenzen gefördert werden.²⁸³ Die Studierenden lernen in vorgegebenen Arbeitsschritten ein Problem zu analysieren sowie geeignete Informationsquellen zu finden und auszuwerten, um schließlich individuelle Lösungswege zu vergleichen und zu Ende zu führen.²⁸⁴ Im Bereich des Gesundheitswesens wurde problemorientiertes Lernen mit dem Grundgedanken lebenslanges und autonomes Lernen zu fördern, bereits vor über 40 Jahren in Nordamerika etabliert. Es wurde dabei als Strategie entwickelt, den zunehmend größer werdenden Unterrichtsgruppen entgegenzuwirken und hat sich als effektives Instrument zur Vermittlung medizinischen Wissens im Unterricht Studierender entwickelt.²⁸⁵ Für den Unterricht im Medizinrecht bietet sich die Möglichkeit, rechtliche Fragestellungen, die sich anhand eines konkreten klinischen Falls ergeben, aufzuwerfen und diese aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu diskutieren sowie mögliche Lösungsansätze zu entwickeln. Im Rahmen dieses Lernprozesses besteht für die Studierenden die Möglichkeit zur Vorbereitung auf Gespräche mit Patienten, Angehörigen oder rechtlichen Institutionen die Entwicklung von Argumentationsstrategien zu trainieren.

4.3.3.4. Rekrutierung geeigneten Lehrpersonals

Neben einer hinreichend konkretisierten und verbindlichen Festlegung der Unterrichtsinhalte kommt auch dem Lehrpersonal entscheidende Bedeutung zu. Denn die Qualität des Unterrichts und der hiermit einhergehende Profit für die Studierenden wird maßgeblich durch die Qualifikation der Lehrenden beeinflusst. Im Regelfall erfolgt der medizinrechtliche Unterricht durch Mediziner, die im günstigen Fall ein Interesse an medizinrechtlichen Fragestellungen haben und aufgrund ihrer Berufspraxis einen entsprechenden Erfahrungsschatz besitzen, im Regelfall jedoch keine juristische Ausbildung genossen haben. Daher wäre die Etablierung eines Lehrbeauftragten für Medizinrecht wünschenswert, der in enger Kooperation mit Juristen steht, die sich thematisch mit dem Medizinrecht befassen. Ebenso wäre es denkbar, wie beispielsweise in der rettungsdienstlichen Ausbildung praktiziert, Lehraufträge an Juristen mit medizinrechtlicher Expertise zu

²⁸³ Oelkers/Kraus, Problembasiertes Lernen in der rechtswissenschaftlichen Lehre, Zeitschrift für Didaktik der Rechtswissenschaft 2014, S. 142.

²⁸⁴ Oelkers/Kraus, Problembasiertes Lernen in der rechtswissenschaftlichen Lehre, Zeitschrift für Didaktik der Rechtswissenschaft, S. 142 (143).

²⁸⁵ Chang/Wang/Ko/Yu/Lin/Tsai, The effectiveness of clinical problem-based learning model of medico-jurisprudence education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 2017, Vol. 56, S. 325 (326).

vergeben, die in der juristischen Ausbildung tätig sind oder zumindest über eine didaktische Kompetenz verfügen.

4.4. Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse der durchgeführten Umfrage zeigen, dass Kenntnisse im Medizinrecht von den Studierenden als wichtig für die ärztliche Berufsausübung wahrgenommen werden und ein Interesse an medizinrechtlichen Fragestellungen auf einem weiten Spektrum des Medizinrechts besteht. Durch die überarbeiteten Ausbildungsinhalte seitens des NKLM werden nun erstmals konkrete inhaltliche Vorgaben für den Unterricht im Medizinrecht festgelegt. Dem Medizinrecht wird damit in seiner Bedeutung allmählich ein etwas höherer Stellenwert eingeräumt. Eine wesentliche Herausforderung wird darin bestehen, wie medizinrechtlicher Unterricht sinnvoll in das Ausbildungscurriculum integriert und praktiziert werden kann, um den sich gegenwärtig offenbarenden Defiziten entgegenzuwirken.

Um zu evaluieren, ob sich die abzeichnende Tendenz zu einer höheren Anerkennung des Medizinrechts als Bestandteil des Medizinstudiums fortsetzt, bietet es sich an, eine erneute Umfrage mit dem dieser Arbeit zugrundeliegenden Fragebogen in unveränderter Form nach ungefähr zehn Jahren durchzuführen. In Anbetracht der Fülle an rechtlichen Obliegenheiten, mit denen sich Ärztinnen und Ärzte bei ihrer Berufsausübung konfrontiert sehen, wäre eine weitere Stärkung des Medizinrechts als Bestandteil des Medizinstudiums wünschenswert.

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, anhand eines standardisierten Fragebogens zu evaluieren, wie Studierende im Praktischen Jahr die Bedeutung des Medizinrechts im Rahmen der ärztlichen Ausbildung insgesamt und zu medizinrechtlichen Einzelthemen einschätzen. Ebenso sollte untersucht werden, ob die Studierenden während ihres Medizinstudiums Unterricht im Medizinrecht erhalten haben und wie dieser qualitativ bewertet wurde.

Es konnte gezeigt werden, dass die Bedeutung von Fragen des Medizinrechts von den PJ-Studierenden in Deutschland ganz überwiegend als außerordentlich bis ziemlich bedeutsam eingestuft wird. Obwohl die ganz überwiegende Mehrheit der Befragten angab, Unterricht im Medizinrecht erhalten zu haben, wurden die Art und Weise wie der Unterricht erfolgte und der zu erwartende Profit für eine spätere ärztliche Berufsausübung kritisch gesehen. Die Vorlesung der Rechtsmedizin, in der hauptsächlich medizinrechtlicher Unterricht erfolgt, kann aus Kapazitätsgründen das Spektrum an bedeutsamen Rechtsthemen nicht abdecken und muss sich zumeist auf solche Rechtsfragen beschränken, die einen unmittelbaren Bezug zur Rechtsmedizin aufweisen. Mehrheitlich wird von den Befragten eine institutionalisierte Lehre zum Medizinrecht mit einer verbindlichen Verankerung in der ÄAppO gewünscht.

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer Aufwertung des Medizinrechts in der medizinischen Ausbildung. Die Approbationsordnung für Ärzte deklariert in ihrer aktuellen Fassung Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung zwar als Gegenstand des Zweiten Teils der Ärztlichen Prüfung, äußert sich jedoch weder zu Umfang noch Inhalt medizinrechtlichen Unterrichtes. Ob und in welcher Form Medizinrecht unterrichtet wird, liegt damit im Ermessen der medizinischen Fakultäten bzw. der Lehrenden. Ein einheitlicher Kenntnisstand von Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums im Medizinrecht kann daher nicht gewährleistet werden. Zu begrüßen ist, dass der NKLM die im Medizinrecht zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten detailliert festlegt. Dieser entfaltet jedoch keine Bindungswirkung gegenüber den medizinischen Fakultäten, sondern stellt nur eine Orientierungshilfe für die Ausgestaltung der Curricula dar. Daher wäre es wünschenswert, wenn der NKLM wie Masterplan Medizinstudium 2020 beabsichtigt und nun

auch in einem Arbeitsentwurf zur Änderung der Approbationsordnung vorgesehen, verbindlicher Bestandteil der ärztlichen Approbationsordnung wird.

Da der Erwerb medizinrechtlicher Kenntnisse und Fähigkeiten nicht zu einem einzelnen Zeitpunkt erfolgt, sondern vielmehr als Prozess zu sehen ist, der sich über das gesamte klinische Studium erstreckt, erscheint es sinnvoll Medizinrecht sowohl in Groß- wie auch Kleingruppenveranstaltungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten zu unterrichten. Zum Erwerb von Grund- und Basiskenntnissen bietet sich eine Lehrveranstaltung zu Beginn des klinischen Studiums an. Im weiteren Studienverlauf sollte bei zunehmenden Patientenkontakt seitens der Studierenden eine Verlagerung zum Kleingruppenunterricht im Sinne eines problemorientierten Lernens erfolgen, da sich hier die Möglichkeit bietet, praxisrelevante Fälle und Themen aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu diskutieren und die Studierenden die Entwicklung von Argumentationsstrategien trainieren können. Wünschenswert ist die Etablierung eines Lehrbeauftragten für Medizinrecht an den medizinischen Fakultäten, der eine Expertise im Medizinrecht besitzt. Idealerweise sollte eine Kooperation mit auf Medizinrecht spezialisierten Juristen erfolgen.

Aus der Befragung geht hervor, dass die Studierenden die Vermittlung von Kenntnissen zu den wichtigsten Kernthemen des Medizinrechts erwarten. Hierzu zählen v.a. die Themen Aufklärung und Einwilligung, Dokumentationspflichten und ärztliches Schweigerecht. Aber auch andere Themen werden in unterschiedlichem Maße als wichtig angesehen, so etwa die Bedeutung einer Patientenverfügung, Fragen zur Sterbehilfeproblematik, Haftungsfragen, rechtliche Probleme bei der Delegation von Tätigkeiten oder Rechtsfragen der Organtransplantation. Überdies zeigte sich eine deutliche Unsicherheit der Studierenden in Bezug auf Rechtsfragen, die ihren Ausbildungsstatus im Praktischen Jahr des Studiums betreffen.

Um einerseits dem Interesse der Studierenden an medizinrechtlichen Fragen, andererseits aber auch der Bedeutung des Medizinrechts für die ärztliche Berufsausübung gerecht zu werden, erscheint eine Optimierung der medizinrechtlichen Ausbildung im Medizinstudium erforderlich. Der derzeit im Gang befindliche Reformprozess zur Neustrukturierung des Medizinstudiums bietet die Chance hierzu.

6. Literaturverzeichnis

Alhawari, Y.; Verhoff, MA.; Parzeller, M.: Hirntod, Organtransplantation und Obduktion aus der Sicht der Weltreligionen. Teil 1 und Teil 2. Rechtsmedizin 2018, Band 28, Heft 3, S. 182 - 190, Heft 4, S 272 - 279.

Arnade, Johannis: Kostendruck und Standard, Zu den Auswirkungen finanzieller Zwänge auf den Standard sozialversicherungsrechtlicher Leistungen und den haftungsrechtlichen Behandlungsstandard, Springer; Heidelberg 2010.

Ashtekar C.S.; Hande A.; Stallard E.; Tuthill D.: How much do junior staff know about common legal situations in paediatrics? Child Care Health and Development 2007, Vol. 33 (5), S. 631 - 634.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen: Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, Erkennen und Handeln. Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte (2012), Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/LeitfadenKinderschutzBay201203.pdf (Stand 24.05.2021).

Beauchamp, Tom L.; Childness, James F.: Principles of Biomedical Ethics, Seventh Edition, Oxford 2013.

Bergdolt, Klaus: Götter, Kranke und Gelehrte - Das komplizierte Verhältnis von Ärzten und Patienten. In: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, herausgegeben von Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard, Freiburg i. Br. 2006, S. 20 - 35.

Bergmair, Thomas: Defensive Medizin. Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2014 (4), S. 92 - 108.

Bock, Rolf-Werner: Ärztliche Behandlungsfehler aus der Sicht des Juristen. In: Arzt und Patient: Eine Beziehung im Wandel. Beiträge des Symposiums vom 15. Bis 18. September 2005 in Cadenabbia, herausgegeben von Schumpelick, Volker; Vogel, Bernhard, Freiburg i. Br. 2006, S. 414 - 427.

Bohrer, Thomas; Schmidt, Michael; Rüter, Gernot; Königshausen, Johann-Heinrich: Medizinstudium: Die Schwester der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt 2010, Jg. 107, Heft (51-52), A-2591 bis A-2592.

Borchardt, Werner: Ambulante kardiologische Rehabilitation im Schnittpunkt von Medizin, Gesundheits- und Alterswissenschaften. Internationale Hochschulschriften, Münster 1998.

Borck, Cornelius: Medizinphilosophie zur Einführung. Junius; Hamburg 2016.

Bundesärztekammer: Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Behandlungsfehler/Behandlungsfehler-Statistik_2018.pdf (Stand 26.10.2019)

Bundesministerium für Bildung und Forschung: Masterplan Medizinstudium 2020. Online unter: https://www.bmbf.de/files/2017-03-31_Masterplan%20Beschlusstext.pdf (Stand 26.10.2019).

Büssow, Robert: Wie Gesetze zur Defensivmedizin führen, Ärzte Zeitung vom 07.04.2014. Online unter: https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/858404/inflation-paragrafen-gesetze-defensivmedizin-fuehren.html (Stand 26.10.2019).

Carrese, Joseph A.; Malek, Janet; Watson, Katie; Lehmann, Lisa Soleymani; Green, Michael; McCullough, Laurence B. et al.: The Essential Role of Medical Ethics Education in Achieving Professionalism: The Romanell Report. *Academic Medicine* 2015 Vol. 90 (6), S. 744 - 752.

Chang, Hui-Chin; Wang; Ning-Yen; Ko, Wen-Ru; Yu, You-Tsz; Lin, Long-Yau; Tsai, Hui-Fang: The effectiveness of clinical problem-based learning model of medicolaw education on general law knowledge for Obstetrics/Gynecological interns, *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2017, Vol. 56, S. 325 - 330.

Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools: Teaching medical ethics and law within medical education: A model for the UK core curriculum. *Journal of Medical Ethics* 1998, Vol. 24, S. 188 - 192.

Crusius, Andreas: Fehlerhäufigkeiten und Fehlerursachen in der Medizin, Pressekonferenz der Bundesärztekammer am 04.04.2018 in Berlin. Online unter: <https://www.bun- desaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/2018/crusius/> (Stand 26.10.2019).

Culver, Charles M.; Clouser, Danner K.; Gert, Bernard; Brody, Howard et al.: Basic curricular Goals in Medical Ethics. *New England Journal of Medicine* 1985, Vol. 312 (4), S. 253 - 356.

Dettmeyer, Reinhard B.: *Medizin & Recht, Rechtliche Sicherheit für den Arzt*, 2. Auflage, Heidelberg, Springer 2006.

Dettmeyer, Reinhard B.; Veit, Florian; Verhoff, Marcel: *Rechtsmedizin*. 3. Auflage, Heidelberg; Springer 2019.

Deutsch Erwin; Spickhoff, Andreas: *Medizinrecht*. 7. Aufl., Heidelberg; Springer 2014.

Di Gregorio, V.; Ferriero, A.M.; Specchia, M.L.; Caizzi, S.; Damiani, G.; Ricciardi, W.: Defensive medicine in Europe: Which Solutions)? Vincenza Di Gregorio. *European Journal of Public Health* 2015, Vol. 25 (Issue suppl_3), ckv171.043, S. 145.

Elger B.S.; Grabherr S.: Assistierter Suizid und Sterbehilfe in einer alternden Gesellschaft. *Rechtsmedizin* 2018, Band 28, Heft 2, S. 87 - 93.

Elsenhans, Ines: Rechte und Pflichten im PJ. *Via medici* vom 23.02.2016. Online unter: <https://m.thieme.de/viamedici/pj-infos-zum-pj-1553/a/rechte-und-pflichten-im-pj-31220.htm> (Stand 26.10.2019).

Franke, Karin Maria: Packungsbeilage PJ - Was dürfen Famulanten und PJler? Via medici vom 05.12.2014. Online unter: <https://m.thieme.de/viamedici/pj-infos-zum-pj-1553/a/was-duerfen-famulanten-und-pjler-24712.htm> (Stand 26.10.2019).

Giesen, Dieter: Arzthaftungsrecht im Umbruch (II) - Die ärztliche Aufklärungspflicht in der Rechtsprechung seit 1974. JuristenZeitung 1982, S. 391 - 403.

Gillon, Raanan: Thinking about a medical school core curriculum for medical ethics and law. Journal of medical ethics 1996, Vol. 22, S. 323 - 324.

Harig, Georg; Schneck, Peter: Geschichte der Medizin. Verlag Gesundheit GmbH, Berlin 1990.

Hibbeler, Birgit: Ökonomisierung der Medizin: Die Macht der Manager. Deutsches Ärzteblatt Studieren.de 2012, Heft 3, S. 22 - 23.

Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert, Kritische Studien zur Geisteswissenschaft, Band 68, herausgegeben von Berding, Helmut; Kocka, Jürgen, Wehler, Hans-Ulrich, Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen 1985.

Institut für medizinische und pharmakologische Prüfungsfragen: IMPP-Gegenstandskatalog (IMPP GK-2) für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, 4. Auflage, Dezember 2013. Online unter: <https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html> (Stand 26.10. 2019).

Jelinek, George A.; Mackinlay, Claire; Weiland, Tracey Joy; Hill, Nicole Shawna; Gerdtz, Marie: Barriers to the operation of mental health legislation in Australian Emergency Departments: a quantitative analysis. Journal of Law and Medicine 2011, Vol. 18 (4), S. 716 - 723.

Katzenmeier, Christian: Verrechtlichung der Medizin. In: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert, herausgegeben von Katzenmeier, Christian; Bergdolt, Klaus, Springer; Berlin 2009.

Koehler, Nicole; McMenamin, Christine: How relevant is undergraduate medical law teaching to clinical practice? A graduates` perspective. Journal of Law and Medicine 2012, Vol. 20, S. 380 - 390.

Landesärztekammer Baden-Württemberg: Gewalt gegen Kinder, Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte, 2013. Online unter: https://www.aerztekammer-bw.de/news/2013/2013_12/GgK-broschuere/leitfaden.pdf (Stand: 24.05.2021).

Laufs, Adolf; Kern, Bernd-Rüdiger: Handbuch des Arztrechtes, 5. Auflage, Beck; München 2010.

Lee, Shuh Shing; Kulenthran Arumugam; Sim, Hiong Joong: First year Medical Students` perceptions towards Integration of Medical Law in the Medical Curriculum: a Pilot Study. Journal of Academic Ethics 2016, Vol. 14, S. 169-173.

Luchner, Katharina: Philiatroi, Studien zum Thema der Krankheit in der griechischen Literatur der Kaiserzeit, Vandenhoeck & Ruprecht; Göttingen 2004.

Lynch, Richard M.; Simpson, M.; Higson, M.; Grout, P.: Section 136, The Mental Health Act 1983; Levels of knowledge among accident and emergency doctor, senior nurses, and police constables. *Emergency Medicine Journal* 2002, Vol. 19 (4), S. 295 - 300.

Maio, Giovanni: Gesundheitswesen: Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? *Deutsches Ärzteblatt* 2012, Jg. 109, Heft 16, A-804 bis A-807.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung der Krankenversicherung (MDK): Behandlungsfehler-Begutachtung, Jahresstatistik 2018. Online unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Pressemitteilungen/2019/2019_05_16/2019-08-12_Behandlungsfehlerbegutachtung_Jahresstatistik_2018_PDF_UA.pdf (Stand 26.10.2019).

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung der Krankenversicherung (MDK): Behandlungsfehler-Begutachtung, Jahresstatistik 2018. Online unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/bilder/Infografiken/BHF-Statistik_2009_2018_300dpi.png (Stand 26.10.2019).

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V.: Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin 2015. Online unter: http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf (Stand 26.10.2019).

Mello, Michelle M.; Chandra, Amitabh; Gawande, Atul A.; Studdert, David M.: National Cost of the Medical Liability System. *Health Affairs* 2010, Vol. 29 (9), S. 1569 - 1577.

Narr, H. (Begründer), fortgeführt von Hess, R.; Schirmer, H.D.; Nösser, G.; Halbe, B.; Berner, B.; Hübner, M.; Schröder, J.: *Ärztliches Berufsrecht, Ausbildung, Weiterbildung, Berufsausübung*, Band 1, Auflage, 18. Ergänzungs-lieferung, Stand September 2017.

Neuser, Markus: Medizinrecht im Medizinstudium - Umfrage unter PJ-Studenten. Vortrag am 15.09.2018 auf der 97. Jahrestagung der Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)/42. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) vom 12. - 15.09.2018 in Halle/Saale.

Neuser, Markus; Birngruber, Christoph; Dettmeyer, Reinhard B.: Medizinrecht im Medizinstudium - Umfrage unter Studierenden im praktischen Jahr. *Rechtsmedizin* 2018, Band 29, Heft 6, S. 477 - 483.

Neuser, Markus; Birngruber, Christoph; Dettmeyer, Reinhard B.: Medizinrecht im Studium. *Deutsches Ärzteblatt Medizin Studieren* WS 2019/20, S. 16. Online unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209989/Umfrage-Medizinrecht-im-Studium> (Stand 09.01.2010).

Neller, Katja: Kooperation und Verweigerung: eine Non-Response-Studie. *ZUMA Nachrichten* 2005, 29 (57), S. 9 - 36.

Nirav D; Shah J.D: The teaching of law in medical education. Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics 2008, Vol. 10 (5), S. 332 - 337.

Oelkers Janine; Kraus Phillip Alexander: Problembasiertes Lernen (PDL) in der rechtswissenschaftlichen Lehre. Zeitschrift für Didaktik der Rechtswissenschaft 2014, S. 142 - 149.

Ohne Verfasser.: How much does defensive medicine cost? Medical Economics vom 9. August 2013. Online unter: <https://www.medicaleconomics.com/health-law-policy/how-much-does-defensive-medicine-cost> (Stand: 26.10.2019).

Olick, Robert S.: It`s ethical, but is it legal? Teaching ethics and law in die medical school curriculum. The Anatomical Record 2001, Vol. 265, S. 5 (7), S. 5 - 9

Ortashi, Osman; Virdee, Jaspal; Hassan, Rudaina; Mutrynowski, Tomasz/Fikri, Abu-Zidan: The practice of defensive medicine among hospital doctors in die United Kingdom, BMC Medical Ethics 2013, Vol 14, Art. 42, S. 1 - 6.

Palandt, Otto (Begr.): Bürgerliches Gesetzbuch, Kommentar, 77. Auflage, Beck; München 2017.

Papenfuß, Matthias: Die personellen Grenzen der Autonomie öffentlich-rechtlicher Körperschaften, Duncker & Humblot; Berlin 1989.

Pötschke, Manuela: Potentiale von Online-Befragungen: Erfahrungen aus der Hochschulforschung. In: Sozialforschung im Internet, Methodologie und Praxis der Online-Befragung, herausgegeben von Jakob, Nikolaus; Schoen, Harald; Zerback Thomas, Wiesbaden 2009, S. 79 – 89.

Porst, Rolf: Fragebogen, Ein Arbeitsbuch, 2. Auflage, Springer; Wiesbaden 2009.

Preston-Shoot, Michael; McKimm, Judy: Prepared for practice? Law teaching and assessment in UK medical schools. Journal of Medical Ethics 2010, Vol. 36, S. 694 - 699.

Preston-Shoot, Michael; McKimm, Judy: Towards effective outcomes in teaching, learning and assessment of law in medical education. Medical Education 2011, Vol. 45, S. 339 – 346.

Quaas, Michael; Zuck, Rüdiger; Clemens, Thomas: Medizinrecht, 4. Auflage, Beck; München 2018.

Raab-Steiner, Elisabeth; Benesch, Michael: Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung, 4. Auflage, UTB; Stuttgart 2015.

Rentschler, Hans E.: Die Praxisphase im Medizinstudium: Die geschichtliche Entwicklung der klinischen Ausbildung mit der Fallmethode, Springer; Heidelberg 1987.

Rhodes, Rosamond; Cohen, Devra S.: Understanding, Being, and Doing: Medical Ethics in Medical Education. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2003, Vol. 12, S.39 - 53.

Richter-Kuhlmann, Eva: Lernzielkatalog Medizin: Mehr als Faktenwissen, in Deutsches Ärzteblatt 2015, Jg. 112, Heft 33-34, A 1366 - A 1367.

Richter-Kuhlmann, Eva: Praktisches Jahr: Kein rechtsfreier Raum. Deutsches Ärzteblatt Medizin Studieren, 1/2016, S. 10 - 12.

Saltstone, Scot P.; Saltstone Robert; Rowe, Brian H.: Knowledge of medical-legal issues - Survey of Ontario family medicine residents. Canadian Family Physician 1997, Vol. 43, S. 669 - 673.

Schulz, Andrea: Gruppenarbeit oder Frontalunterricht? Eine vergleichende Betrachtung, Bildungsstudio.de. Online unter: http://www.bildungsstudio.de/geuting/bildungsstudio/inhalt/9.%20arbeiten_von_studierenden/Gruppenarbeit_Frontalunterricht.pdf (Stand 26. 10.2019).

Schumm-Draeger P.M.; Kapitza T.; Mann K.; Fölsch U.; Müller-Wieland D.: Ökonomisierung in der Medizin: Rückhalt für ärztliches Handeln. Deutsches Ärzteblatt 2017, Jg. 114, Heft 49, A 2338 bis A 2340.

Siraisi, Nancy: Die medizinische Fakultät, in: Geschichte der Universität in Europa, hrsg. v. Walter Rugg, Band I Mittelalter, Beck; München 1993, S. 321 bis 341.

Spickhoff, Andreas: Ärzte und Juristen. In: Rescriptum, Münchener Studentische Rechtszeitschrift Ausgabe 9: Medizinrecht 2016/2. Online unter: http://www.rescriptum.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/2016_2_161_Spickhoff.pdf (Stand 26.10.2019).

Staufer, Andreas: Was Studierende im Praktischen Jahr dürfen - und was nicht, Deutsches Ärzteblatt 2018, Jg. 115, Heft 40, S. 2 - 4.

Stirrat G.M.; Johnston C.; Gillon R.; Boyd K.: Medical Ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated. Journal of Medical Ethics 2010, Vol. 36, S. 55 - 60.

Studdert, D.M.; Mello, M.M.; Sage, W.M.; DesRoches, C.M.; Peugh, J.; Zapert, K.; Brennan T.A.: Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. Journal of the American Medical Association 2005, Vol 293 (21), S. 2609 - 2617.

Stüwe, Heinz: Medizin und Recht: Arzt - Der durchnormierte Beruf. Deutsches Ärzteblatt 2009, Jg. 106, Heft 13, A 593 - A 594.

Tebano, Gianpiero; Dyar, Oliver J.; Beovic, Bojana; Béraud, Guillaume; Thilly, Nathalie; Pulcini, Céline on behalf of the ESCMID Study Group for Antimicrobial stewardship (ESGAP): Defensive medicine among antibiotic stewards: the international ESCMID AntibioLegalMap survey, Journal of Antimicrobial Chemotherapy 2018 Vol. 73, S. 1989 - 1996.

Teubner, Andreas: Die juristische Fallbearbeitung: Ein Leitfaden für Gesundheitsberufe (Methodenbücher), 1. Auflage, 2013, Apollon University press; Bremen 2013.

Trivedi, Amal: Ursachen der hohen Kosten im Gesundheitswesen, MSD Manual. Online unter: <https://www.msmanuals.com/de-de/profi/spezielle-fachgebiete/finanzielle-aspekte-der-gesundheitsversorgung/ursachen-der-hohen-kosten-im-gesundheitswesen> (Stand: 26.10.2016).

Vento, Sandro; Cainelli, Francesca; Vallone, Alfredo: Defensive Medicine: It is time to finally slow down an epidemic. World Journal of Clinical Cases 2018, Vol. 6 (11), S 406 – 409.

Von Berg, Monika: Der informierte Patient: Fluch oder Segen? Der Hausarzt 02/2017, S. 1.

Weissauer, W.: Recht und Risiko in der Medizin. In: Medizin und Recht, Festschrift für Wolfgang Spann, herausgegeben von Eisenmenger, Wolfgang; Liebhardt, Erich; Schuck, Manfred, Springer; Berlin 1986.

White, Ben; Willmott, Lindy; Trowse, Pip; Parker, Malcolm; Cartwright, Colleen: The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 1 (New South Wales). Journal of Law and Medicine 2011 Vol. 18 (3), S. 498 - 522.

Willmott, Lindy; White, Ben; Parker, Malcolm; Cartwright, Colleen: The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 3 (Victoria), Journal of Law and Medicine 2011, Vol. 18 (4), S. 773 - 797.

Willmott, Lindy; White, Ben; Parker, Malcolm; Cartwright, Collen: The legal role of medical professionals in decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatment: Part 2 (Queensland). Journal of Law and Medicine 2011, Vol. 18 (3), S. 523 - 444.

Wong, Rebecca S. Y.; Balasingam, Usharani: Teaching Medical Law in Medical Education. Journal of Academic Ethics 2013, Vol. 11, S. 121 - 138.

Zeller, Jan-Maximilian: Verhaltensleitlinien bei Ermittlungsverfahren: „Schweigen ist Gold“, Deutsches Ärzteblatt 2014, Jg. 111, Heft 9, Supplement Praxis, S. 10 - 12.

7. Anhang

Fragebogen

**Fragebogen für PJ-Studentinnen und -Studenten
im Fach Humanmedizin
an medizinischen Fakultäten in Deutschland**

Sehr geehrte PJ-Studentinnen und -Studenten,

wie kaum in einem anderen Beruf sehen sich Ärztinnen und Ärzte einer Vielzahl von Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien oder Leitlinien sowie umfangreicher Sorgfalts- und Dokumentationspflichten ausgesetzt. Daher werden auch Sie als zukünftige Mediziner in Ihrem Berufsleben unvermeidlich mit rechtlichen Fragestellungen konfrontiert werden. Das Spektrum relevanter Rechtsthemen ist vielfältig und kann Fragen aufwerfen, die Ihr ärztliches Handeln unmittelbar beeinflussen oder sich als Konsequenz ihres Handelns darstellen.

In der aktuell geltenden Approbationsordnung ist der Unterricht von Rechtsthemen, die für die ärztliche Berufsausübung relevant sind, in einer eigenständigen Lehrveranstaltung nicht vorgesehen. Die Vermittlung berufsbezogener Rechtskenntnisse ist daher zumeist auf das Fach der Rechtsmedizin beschränkt.

Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie um Ihre Hilfe und Unterstützung bitten:

Wie beurteilen Sie aus Ihrer Sicht und Ihren Erfahrungen die Notwendigkeit und den Umfang der Vermittlung von Rechtskenntnissen im Rahmen des Medizinstudiums zur Vorbereitung auf Ihre spätere Berufsausübung als Ärztin/Arzt?

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.

Bearbeitungszeit ca. 20 Minuten

1. Angaben zur Person (freiwillig)

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Semsterzahl : _____

Studienort: _____

2. Für wie bedeutsam halten Sie die Vermittlung von Rechtskenntnissen zu folgenden Themen:

		gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	außerordentlich
2.1.	Ärztliche Aufklärung und Einwilligung von Patienten in ärztliche Maßnahmen	<input type="checkbox"/>				
2.2.	Schweigerecht und Schweigepflicht	<input type="checkbox"/>				
2.3.	Dokumentationspflichten des Arztes	<input type="checkbox"/>				
2.4.	Einsichtsrechte des Patienten in seine Krankenunterlagen	<input type="checkbox"/>				
2.5.	Haftung des Arztes bei Behandlungsfehlern	<input type="checkbox"/>				
2.6.	Verhalten von Arzt und Patient bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler	<input type="checkbox"/>				
2.7.	Delegation ärztlicher Aufgaben an Medizin-studenten / andere Ärzte	<input type="checkbox"/>				
2.8.	Delegation ärztlicher Aufgaben an nicht-ärztliche Berufe	<input type="checkbox"/>				
2.9.	Sterbehilfe	<input type="checkbox"/>				
2.10.	Patientenverfügungen / Vorsorgevollmachten	<input type="checkbox"/>				
2.11.	Lebensverlängernde Maßnahmen	<input type="checkbox"/>				
2.12.	Verhalten des Arztes bei Verletzungen als Folge einer Straftat	<input type="checkbox"/>				
2.13.	Verhalten des Arztes bei Verdacht auf Kindesmisshandlung	<input type="checkbox"/>				

		gar nicht	kaum	mittel- mäßig	ziem- lich	außer- ordent- lich
2.14.	Medizinisch gebotene Zwangs- maßnahmen	<input type="checkbox"/>				
2.15.	Unterbringung von Patienten in der Psychiatrie nach landesrechtli- chen Vorschriften	<input type="checkbox"/>				
2.16.	Therapieverweigerung durch den Patienten	<input type="checkbox"/>				
2.17.	Therapieverweigerung durch den Arzt	<input type="checkbox"/>				
2.18.	Leichenschau und Obduktions- recht	<input type="checkbox"/>				
2.19.	Betäubungsmittelrecht	<input type="checkbox"/>				
2.20.	Führen eines Fahrzeugs im Stra- ßenverkehr nach Medikamenten- einnahme	<input type="checkbox"/>				
2.21.	Erkrankungen und Fahrtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>				
2.22.	Schwangerschaftsabbruch	<input type="checkbox"/>				
2.23.	Reproduktionsmedizin (z.B. Sa- men- und Eizellspende, Embryo- nenforschung, Klonen, Präimplan- tationsdiagnostik)	<input type="checkbox"/>				
2.24.	Rechtsfolgen der pränatalen Diag- nostik	<input type="checkbox"/>				
2.25.	Behandlung minderjähriger Pati- enten	<input type="checkbox"/>				
2.26.	Rechtsfragen der Organtransplan- tation	<input type="checkbox"/>				
2.27.	Arzt-Patienten-Vertrag	<input type="checkbox"/>				
2.28.	Rechtsfragen der Niederlassung als Arzt	<input type="checkbox"/>				
2.29.	Ethisch-religiös-weltanschauliche Konflikte im Arzt-Patienten-Ver- hältnis	<input type="checkbox"/>				
2.30.	Asyl- und Flüchtlingsrecht	<input type="checkbox"/>				
2.31.	Aufgaben von Ethikkommissionen	<input type="checkbox"/>				

- | | | | | | | |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.32. | Rechtsfolgen der Alternativ- und Komplementärmedizin | <input type="checkbox"/> |
| 2.33. | Ärztliches Standesrecht | <input type="checkbox"/> |
| 2.34. | Gibt es andere in den Ziffern 2.1. bis 2.33 nicht erwähnte Rechtsthemen, deren Vermittlung Sie für bedeutsam erachten? (<i>Mehrfachnennungen</i>) | <hr/> | | | | |

3. Bewertung der Vermittlung von Rechtskenntnissen im Medizinstudium

- | | | ja | nein |
|------|--|--------------------------|--------------------------|
| 3.1. | Während meines Medizinstudiums wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2. | Die Vermittlung von Rechtskenntnissen erfolgte in der Vorlesung Rechtsmedizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3. | Außer in der Vorlesung Rechtsmedizin wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse auch in anderen Lehrveranstaltungen vermittelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4. | Die Vermittlung von Rechtskenntnissen hat mir im Studium oder PJ bereits geholfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5. | Die Vermittlung der Rechtskenntnisse erfolgte anhand konkreter Fälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6. | In Praktika, Famulaturen etc. habe ich schon einmal von einer rechtlichen Problematik in Bezug auf den Umgang mit einem Patienten Kenntnis erlangt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.7. | Ich wurde bereits in meinem eigenen Handeln gegenüber einem Patienten mit einer rechtlichen Problematik konfrontiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.8. | Ich fühle mich ausreichend darüber informiert, welche ärztlichen Tätigkeiten mir als PJ-Studentin/Student übertragen werden dürfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

		gar nicht	kaum	mittel- mäßig	ziem- lich	außer- or- dentlich
3.9.	Ich werde von den mir im Medizin- studium vermittelten Rechtskennt- nissen als Ärztin/Arzt profitieren können	<input type="checkbox"/>				
3.10.	Die Vermittlung von Rechtskennt- nissen im Medizinstudium erachte ich für wichtig	<input type="checkbox"/>				
3.11.	Ich bin mit der Vermittlung von Rechtskenntnissen wie sie gegen- wärtig im Medizinstudium erfolgt zufrieden	<input type="checkbox"/>				

			ja	nein
3.12.	Die Vermittlung von Rechtskennt- nissen sollte in einer eigenständigen Lehrveranstaltung (z.B. Medi- zinrecht) erfolgen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13.	Falls Sie eine eigenständige Lehr- veranstaltung als sinnvoll erachen- ten, sollte diese verbindlich durch die Approbationsordnung vorge- schrieben werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Vorklinisches Studium	Klinisches Studium	Praktisches Jahr
3.14.	Sofern Sie Frage 3.13. mit ja be- antwortet haben, in welchem Stu- dienabschnitt sollte die Lehrver- anstaltung angesiedelt werden? <i>(Mehrfachantworten sind mög- lich)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Vorkenntnisse

		ja	nein
4.1.	Haben Sie vor Ihrem Medizinstu- dium bereits ein anderes Hoch- schulstudium abgeschlossen oder eine berufliche Ausbildung absol- viert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2.	Um welchen Studiengang oder welche Ausbildung handelte es sich?		

		ja	nein
4.3.	Im Rahmen dieses früheren Studiums oder dieser Ausbildung wurden mir berufsspezifische Rechtskenntnisse vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4.	In welcher Form erfolgte in dem früheren Studium bzw. der Ausbildung die Vermittlung von Rechtskenntnissen (z.B. als eigenständiges Fach, innerhalb eines anderen Faches, Praktika)	_____		
------	---	-------	--	--

		gar nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	außerordentlich
4.5.	Mit der Art und Weise wie die Vermittlung von Rechtskenntnissen in dem früheren Studium bzw. der Ausbildung erfolgte war	<input type="checkbox"/>				

		ja	nein
4.6.	Ich möchte über das Ergebnis der Umfrage nach erfolgter Auswertung informiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Publikationsverzeichnis

Neuser, Markus: Medizinrecht im Medizinstudium - Umfrage unter PJ-Studenten. Vortrag am 15.09.2018 auf der 97. Jahrestagung der Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)/42. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) vom 12. - 15.09.2018 in Halle/Saale.

Neuser, Markus; Birngruber, Christoph; Dettmeyer, Reinhard B.: Medizinrecht im Medizinstudium - Umfrage unter Studierenden im praktischen Jahr. Rechtsmedizin 2018, Band 29, Heft 6, S. 477 - 483.

Neuser, Markus; Birngruber, Christoph; Dettmeyer, Reinhard B.: Medizinrecht im Studium. Deutsches Ärzteblatt Medizin studieren WS 2019/20, S. 16. Online unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/209989/Umfrage-Medizinrecht-im-Studium> (Stand 09.01.2010).

Erklärung zur Dissertation

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten sowie ethische, datenschutzrechtliche und tierschutzrechtliche Grundsätze befolgt. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, oder habe diese nachstehend spezifiziert. Die vorlegte Arbeit wurde weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Promotionsverfahrens vorgelegt. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt oder indirekt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren. Mit der Überprüfung meiner Arbeit durch eine Plagiatserkennungssoftware bzw. ein internetbasiertes Softwareprogramm erkläre ich mich einverstanden.“

Ort, Datum

Unterschrift

9. Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meinem Betreuer Herrn Prof. Dr. Dr. Reinhard Dettmeyer, der diese Umfrage initiierte und für seine wertvolle wissenschaftliche Betreuung. Danken möchte ich auch Herrn Dr. Christoph Birngruber für seine Mitarbeit bei der Datenerhebung.

Ein besonderer Dank gilt auch den Institutsleiterinnen und Institutsleitern der rechtsmedizinischen Institute der Universitäten Bochum, Düsseldorf, Duisburg-Essen, Erlangen, Freiburg, Gießen, Göttingen, Homburg, Kiel, Köln, Lübeck, Mannheim, Marburg, München, Münster, Rostock, Tübingen sowie dem Leiter des Instituts für Medizinrecht der Universität Witten-Herdecke für die wertvolle Unterstützung zur Ermöglichung der Umfrage bei den dortigen Studierenden im Praktischen Jahr.