

Der Einfluss von Haftungsunsicherheit auf den Sorgfaltsstandard

Anja Olbrich¹

Zusammenfassung

Vergütung und Haftung sind zwei Anreizinstrumente, die im Gesundheitssektor aufeinander abgestimmt sein sollten. Im Idealfall regen sie den Arzt zu einer optimalen Ressourcenverwendung und einem angemessenen Sorgfaltsniveau an. In Deutschland kann man in den letzten Jahren eine Abwendung von der Kostenerstattung hin zu Vergütungsformen, die dem einzelnen Arzt mehr Kostenverantwortung übereignen, beobachten. Dies erfolgt mit dem Ziel der Kosteneinsparung und sollte aus vernünftiger Sicht durch einen geeigneten Haftungsanreiz begleitet werden. Ansonsten droht bei aller Einsparung auch eine Senkung des Sorgfaltsniveaus. Im vorliegenden Papier leite ich unter den realistischen Annahmen heterogener Ärzte und Unsicherheit in der Haftungsdrohung einen wohlfahrtsoptimalen Sorgfaltsstandard ab. Dieser entscheidet unter dem geltenden Verschuldensprinzip in zivilrechtlichen Haftungsprozessen über die Verurteilung eines Arztes zu Schadensersatz. Ich zeige, dass der Standard je nach Verteilung der Arzttypen, der Wahrscheinlichkeit von gerichtlichen Fehlentscheidungen und der relativen gesellschaftlichen Belastung durch Fahrlässigkeit und Defensivmedizin ober- oder unterhalb vom gesellschaftlichen Optimum unter Sicherheit liegen sollte. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu Empfehlungen von Experten aus dem medizin-juristischen Bereich, die in Anbetracht eines steigenden Haftungsdrucks eine Absenkung der Sorgfaltsanforderungen vorschlagen.

¹ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMHE), Universität Magdeburg.

1. Einleitung

Mit dem Ziel der Ausgabendämpfung führten die letzten Gesundheitsreformen zu einer Änderung im Vergütungsprinzip. Seither wendet man sich ab von der Kostenerstattung und überwälzt zunehmend Kostenverantwortung auf den Arzt. Dies regt Ärzte zur Einsparung von Ressourcen an, birgt zugleich jedoch die Gefahr einer Absenkung der Versorgungsqualität (vgl. Blomqvist 1991). Das ärztliche Sorgfaltsniveau wird durch die Androhung von Haftung für auftretende Schäden positiv beeinflusst. Ein optimal abgestimmtes Haftungssystem sollte daher den Vergütungswandel flankieren.

Das vorliegende Papier untersucht die Allokationswirkung der in Deutschland angewendeten Verschuldenshaftung unter prospektiver Vergütung. Das Verschuldensprinzip erfordert den Nachweis des kausalen Zusammenhangs zwischen dem eingetretenen Schaden und dem Verstoß gegen einen anerkannten medizinischen Sorgfaltsstandard. Anders als unter Gefährdenschaftung befreit sich ein Arzt durch die Einhaltung des Standards von der Haftung und besitzt dadurch einen starken Anreiz, den Standard einzuhalten. Unter Sicherheit kann darüber ein wohlfahrtsmaximierendes Sorgfaltsniveau bei unterschiedlichen Arzttypen erzwungen werden.

Voraussetzung für den Erfolg der Verschuldenshaftung ist allerdings, dass Gerichte die tatsächlich ausgeübte Sorgfalt eines beklagten Arztes richtig bestimmen. Denn bei zufälligen Fehlentscheidungen werden die ursprünglichen Anreize verfälscht: Ärzte, die als perfekte Sachwalter ihrer Patienten handeln, neigen unter dem Risiko einer falschen Verurteilung zu einer übermäßigen Ausweitung der Sorgfalt (vgl. Danzon 2000). Man bezeichnet dieses Phänomen auch als Defensivmedizin. Auf der anderen Seite bewirkt die Chance eines Freispruchs trotz Fahrlässigkeit bei unperfekten Ärzten einen verstärkten Anreiz zur Fahrlässigkeit.

Empirische Arbeiten aus den USA weisen gerichtliche Fehlentscheidungen beider Art nach (vgl. z.B. Brennan et al. 1996). Aufgrund der Standardergebnisse in der allgemeinen ökonomischen Rechtstheorie über den verzerrenden Einfluss von Haftungsunsicherheit (vgl. Posner 1973), stelle ich in meinem Papier einen Zusammenhang zwischen den Fehlentscheidungen und den praktisch zu beobachtenden Abweichungen der Ärzte vom gesellschaftlichen Optimum her.

Sind manche Ärzte sehr gute und andere eher schlechte Sachwalter ihrer Patienten, folgt schließlich, dass eine Lockerung oder Verstärkung des Haftungsdrucks stets positive und negative Wohlfahrtseffekte verursacht. So impliziert eine Lockerung zwar eine Verringerung der Defensivmedizin aber zugleich auch eine Vermehrung der Fahrlässigkeit.

Unter Unsicherheit empfehle ich daher eine Optimierung des Haftungsdrucks über den Sorgfaltsstandard, bei der gesellschaftliche Kosten und Nutzen Berücksichtigung finden. Unter Idealbedingungen folgt, dass sowohl die Verteilung der Ärzte, die Fehlerrate der Gerichte als auch die relative gesellschaftliche Bedeutung von Fahrlässigkeit oder Defensivmedizin die optimale Höhe des Standards bestimmen. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu einschlägigen Vorschlägen von Experten:

Verschiedene Autoren aus Deutschland weisen in jüngster Zeit auf sich verschärfende Haftungsbedingungen hin (vgl. exemplarisch SVR-KAG 2003) und verweisen auf eine anekdotische Evidenz für Defensivmedizin. Zur Entlastung der Ärzte, die ohnehin schon durch restriktivere Vergütungsformen belastet seien, schlagen sie eine Senkung des Haftungsdrucks vor und erwägen beispielsweise eine Absenkung der haftungsrechtlich relevanten Sorgfaltsstandards (vgl. z.B. Ulsenheimer 1995).

Das Papier gliedert sich wie folgt: Im zweiten Abschnitt entwerfe ich ein Prinzipal-Agenten-Modell, das die Beziehung zwischen risikoneutralen Ärzten und Patienten hinsichtlich Haftung und Vergütung beschreibt. Daraus folgt das wohlfahrtsmaximale Sorgfaltsniveau und die optimale Haftungsregel bei zwei Typen von Ärzten unter Sicherheit. Der dritte Abschnitt geht auf das veränderte Verhalten der Ärzte unter Unsicherheit ein. Es wird angenommen, dass den Gerichten zur Bewertung der Schuld in einem Behandlungsfehlerprozess nur ein verschwommenes Signal der tatsächlichen Sorgfalt zur Verfügung steht. Abschnitt fünf beschreibt den optimalen Sorgfaltsstandard unter Haftungsunsicherheit. Im letzten Teil gebe ich Empfehlungen für die Politik.

2. Optimale Haftung unter Sicherheit

Die Arzt-Patienten-Beziehung stellt man allgemein in einem Prinzipal-Agenten-Modell dar (vgl. grundsätzlich Breyer et al. 2003). Darin wird der Nettonutzen der Patienten, welcher zugleich das Wohlfahrtsniveau beschreibt, durch die Wahl optimaler Vergütungs- sowie Haftungsregeln maximiert unter der Bedingung, dass ein Arzt an einem Behandlungsvertrag interessiert ist. Dies bedeutet, der ärztliche Gewinn darf im Erwartungswert nicht unter Null sinken.

Im vorliegenden Papier steigt die Wohlfahrt mit der Behandlungsqualität, sie sinkt mit den Kosten der Sorgfalt sowie den erwarteten Schäden bei einem bestimmten Sorgfaltsniveau. Zudem anerkennt der Patient die Nutzeneinbußen des Arztes bei der Erreichung eines effizienten Ressourceneinsatzes. Es gilt weiterhin die realistische Annahme, dass sowohl das Sorgfaltsniveau als auch die Bemühungen um einen effizienten Ressourceneinsatz nicht vertraglich festgelegt werden können.

Empirische Untersuchungen, wie von Waters et al. (2003) oder im kürzlich veröffentlichten Schwarzbuch gegen die Gesundheitsreform (BMGS 2004), weisen darauf hin, dass der Ausbildungsstand oder auch die innere Motivation zwischen den Ärzten variieren und sich auf die Fehlerhäufigkeit auswirken. Das Modell berücksichtigt dies und unterscheidet zwischen zwei Typen: perfekte Sachwalter und unperfekte, ausschließlich gewinnorientierte Ärzte. Die erste Gruppe realisiert geringere Grenzkosten der Sorgfalt, da sie den Grenznutzen der Patienten aus der Behandlungsqualität vollständig internalisiert. Die übrigen Ärzte sehen außer der Vermeidung von haftungsrechtlicher Inanspruchnahme keinerlei Nutzen aus der Sorgfalt. Ihre Grenzkosten sind daher höher.

Unter den gegebenen Bedingungen zeigt die Ableitung des Modells, dass ein prospektives Vergütungssystem notwendig ist, um eine effiziente Ressourcenverwendung zu erreichen. Dies impliziert, dass das Sorgfaltsniveau allein durch die Höhe des Haftungsdrucks beeinflusst werden kann. Das optimale Sorgfaltsniveau ist dann erreicht, wenn ein höheres

Niveau nur noch höhere Kosten beim Arzt auslöst als es an Nutzen im Sinn einer Verbesserung der Lebensqualität und einer verringerten erwarteten Schadenssumme für den Patienten erbringt.

Angenommen die Durchsetzung von Haftungsklagen ist kostenlos, führen die alternativen Haftungsregeln Gefährdungs- und Verschuldenshaftung zu unterschiedlichen Ergebnissen. Unter Gefährdenschaftung verursacht jeder Behandlungsfehler eine Klage mit anschließender Verurteilung, so dass allein ein perfekter Sachwalter das Sorgfaltsoptimum erreicht. Ausschließlich gewinnorientierte Ärzte wählen hingegen ein weit niedrigeres Niveau. Vom Wohlfahrtsoptimum ausgehend führt aus ihrer Sicht eine Sorgfaltsreduzierung zu einer derart hohen Kosteneinsparung, dass sie ein höheres Haftungsrisiko in Kauf nehmen und dabei einen positiven Gewinn erwarten.

Die Verschuldenschaftung andererseits belastet ausschließlich Ärzte mit den entstandenen Schäden, die gegen einen gegebenen Sorgfaltsstandard verstoßen. Liegt der Standard im oben beschriebenen Wohlfahrtsoptimum, wählen die perfekten Ärzte genau dieses Sorgfaltsniveau. Die damit verbundene Haftungsbefreiung löst einen derart hohen Anstieg im Erwartungsnutzen aus, dass keinerlei Abweichung davon rational ist.

Um die ausschließlich gewinnorientierten Ärzte zur Einhaltung des Standards zu bringen, kann unter Verschuldenschaftung eine Strafgebühr auf fahrlässiges Verhalten eingesetzt werden. Dieses insbesondere aus dem amerikanischen Rechtsraum unter der Bezeichnung *punitive damage* bekannte Instrument vergrößert die erwartete Schadenssumme so weit, dass der ausschließlich gewinnorientierte Typ den zusätzlichen Nutzen des Patienten internalisiert (vgl. Cooter 1982). In der Folge wählen auch sie das wohlfahrtsoptimierende Sorgfaltsniveau, denn sie erwarten durch Haftungsbefreiung einen starken Anstieg ihres Gewinns auf Null.

Aufgrund der Haftungsbefreiung unter Standarderfüllung weist die Verschuldenschaftung einen weiteren Vorteil auf. Zum Erreichen eines Nullgewinns im Optimum ist die zu zahlende Vergütung an den Arzt geringer als unter Gefährdenschaftung. Denn dort muss die erwartete haftungsrechtliche Inanspruchnahme in jedem Fall gedeckt werden.

3. Optimale Haftung unter Unsicherheit

Wenn Gerichte positive Kosten in der Beweisauswertung besitzen, begehen sie Fehlentscheidungen bei der Beurteilung der ausgeübten Sorgfalt. Aus der Statistik entlehnt unterscheidet man dabei Fehler erster und zweiter Art. Die fälschliche Verurteilung eines perfekten Arztes, der unter Verschuldenschaftung genau den vorgegebenen Standard erfüllt, gilt als Fehler erster Art. Der ungerechtfertigte Freispruch eines unperfekten Sachwalters Arztes, der ohne geeigneten Strafaufschlag fahrlässig handelt, als Fehler zweiter Art.

Diese Fehler verändern die Haftungsdrohung aus Sicht der Ärzte und damit ihr Sorgfaltsniveau. Perfekte Ärzte sehen in der Vermeidung einer Verurteilung einen zusätzlichen Nutzen und steigern das Sorgfaltsniveau über das Optimum aus Patientensicht hinaus. Das Ausmaß der Defensivmedizin ist umso stärker, je höher die Wahrscheinlichkeit einer Fehlverurteilung sowie die damit verbundenen Kosten sind und je effektiver durch eine Sorgfaltsanhebung derartige Fehler vermieden werden können.

Ausschließlich gewinnorientierte Ärzte auf der anderen Seite internalisieren aufgrund der entgangenen Inanspruchnahme weniger Nutzen aus der Sorgfalt und handeln fahrlässig. Dies setzt lediglich voraus, dass sie mit dieser Strategie die Kosten der Sorgfalt, im Vergleich zum ansteigenden Haftungsrisiko, so stark senken, dass sie einen positiven Gewinn erwarten. Dies ist umso eher der Fall, je ausgeprägter die Fehler zweiter Art sind.

Im Hinblick auf die Vergütungsregeln erweist sich ein prospektives Prinzip geeignet, um das Ausmaß der Defensivmedizin gering zu halten. Denn die Erhöhung des Sorgfaltsniveaus reduziert eher den erwarteten Gewinn des Arztes. Auf der anderen Seite unterstützt diese Vergütungsregel fahrlässiges Handeln aufgrund von Fehlentscheidungen. Allerdings steigt auch mit der Haftungsunsicherheit die Vergütungssumme. Dies verhindert einen negativen Erwartungsgewinn für defensiv handelnde Ärzte und sichert ihr Interesse an einem Behandlungsvertrag.

4. Der optimale Sorgfaltsstandard unter Unsicherheit

Die Reaktionen beider Arzttypen auf die Haftungsunsicherheit verringert die Wohlfahrt im Vergleich zum Optimum, welches unter Sicherheit erreichbar wäre. In der Realität sind daher positive Wohlfahrtsverluste zu erwarten.

Man kann jedoch von einem Einfluss des Sorgfaltsstandards auf die Fehlerquote ausgehen: Sehr hohe Standards senken die Wahrscheinlichkeit, einen tatsächlich fahrlässig handelnden Arzt freizusprechen; sie erhöhen auf der anderen Seite jedoch die Fehler erster Art. Bei sehr niedrigen Anforderungen ist umgekehrt das Risiko, einen eigentlich sorgfältig handelnden Arzt zu verurteilen, gering. Als Nachteil erweist sich in dieser Situation allerdings, dass fahrlässige Ärzte ihrer Schadensverantwortung entkommen können.

Über die Beeinflussung der Fehlerwahrscheinlichkeit verändert eine Standardvariation das ausgeübte Sorgfaltsniveau aller Arzttypen. In Abwägung der gesellschaftlichen Kosten durch Fahrlässigkeit und Defensivmedizin kann somit das Wohlfahrtsniveau unter Unsicherheit optimiert werden.

Eine eingehende Analyse charakterisiert die zu beachtende Wechselwirkung in den Wohlfahrtseffekten: Eine Standardsenkung, wie von den Rechtsexperten vorgeschlagen, führt tatsächlich zu einem Gewinn aus verringerter Defensivmedizin. Auf der anderen Seite verursacht sie jedoch einen Verlust durch vermehrte Fahrlässigkeit. Ein Standard sollte daher nur dann sehr niedrig sein, wenn der erwartete Wohlfahrtsgewinn hoch ist.

Aber erst wenn die Mehrheit aller Ärzte Defensivmedizin betreibt und/oder die Fehlerrate der Gerichte zulasten der sorgfältigen Ärzte ausfällt, kann es rational sein, einen Standard unterhalb des optimalen Sorgfaltsniveaus unter Sicherheit zu wählen. Ansonsten ist der optimale Standard unter Unsicherheit sogar größer als das Optimum unter Sicherheit.

5. Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung zeigt unter bestimmten mikroökonomischen Verhaltensannahmen, dass die Verschuldenschaft im Idealfall alle Ärzte zur Einhaltung eines wohlfahrtsoptimalen Sorgfaltsstandards anregt. Dies unterscheidet sie wesentlich von

der Gefährdshaftung, bei der jeder Arzt in Abhängigkeit von seiner persönlichen Kostenstruktur ein anderes Sorgfaltsniveau ausübt.

Kann jedoch unter Verschuldenshaftung keine *optimale Strafgebühr* auf fahrlässiges Verhalten angedroht werden, ergibt sich selbst unter sicheren Haftungsregeln eine Separation in der ausgeübten Sorgfalt: Ärzte, die als perfekte Sachwalter gelten, halten den vorgegebenen Standard ein und haften niemals. Unperfekte, ausschließlich gewinnorientierte Ärzte mit hohen Grenzkosten der Sorgfalt verstoßen systematisch gegen den Standard und haften häufig.

Die realistische Annahme von Unsicherheit in gerichtlichen Entscheidungen verändern die Anreize des Haftungssystems. Dabei reagieren Ärzte wiederum in Abhängigkeit von ihrem Typ. Besitzen sie relativ hohe Grenzkosten in der Ausweitung der Sorgfalt, handeln sie eher fahrlässig. Bei geringen, realisierten Kosten neigen sie zur Defensivmedizin. Beides reduziert die gesellschaftliche Wohlfahrt, da die Ärzte im Vergleich zum Optimum aus Patientensicht entweder zu wenig oder zu viel Sorgfalt praktizieren.

Das Modell zeigt, dass ein optimal gesetzter Standard den resultierenden Wohlfahrtsverlust minimiert. Je nach gesellschaftlicher Belastung durch Fahrlässigkeit und Defensivmedizin sollte dieser Standard ober- oder unterhalb des optimalen Sorgfaltsniveaus aus Patientensicht unter Abwesenheit von Unsicherheit liegen.

Mit diesem Resultat ist vor einer pauschalen *Lockerung der rechtlichen Rahmenbedingungen* in der Arzthaftung zu warnen, denn sie kann Wohlfahrtsverluste durch eine Zunahme der Fahrlässigkeit verursachen. Stattdessen sollte zunächst eine brauchbare Datenbasis erstellt werden, die eine Quantifizierung der Fahrlässigkeit und der Defensivmedizin in Deutschland zulässt. Derzeit existiert für Deutschland überhaupt keine umfassende Datensammlung zu Behandlungsfehlern in der Medizin (vgl. SVR-KAG 2003).

Im Anschluss daran sind die Auswirkungen einer Standardvariation zu bewerten. Erweist sich dabei die Defensivmedizin eher als Randproblem, sollte es im Anbetracht der restriktiver werdenden Vergütung nicht zu einer Lockerung der Sorgfaltsanforderungen kommen.

Die empfohlene Standardanpassung ist in der Praxis durchführbar, denn der medizinische Sorgfaltsstandard folgt in Deutschland aus der allgemeinen Verschuldensdefinition im § 276 BGB. In diesem Paragraphen werden jedoch nur die Minimalanforderungen für eine begründete Sorgfalt beschrieben, die ein ganzes Intervall von zulässigen Standards implizieren (vgl. Ulsenheimer 1998). Hieraus sollten Gerichte eher strenge oder lockere Standards ableiten können.

Aus dem Papier folgt weiterhin, dass *Haftungsunsicherheit* soweit wie möglich reduziert werden sollte. Damit unterstützt man die vorteilhafte Anreizwirkung der Verschuldenshaftung und die Einhaltung eines vorgegebenen Standards durch alle Ärzte. Es ist daher zu empfehlen, die Diskussion um die (mögliche) Divergenz von haftungs- und sozialrechtlichen Standards alsbald zu klären (vgl. Kern 2002). Denn sie verunsichert Ärzte und Patienten gleichermaßen. Darüber hinaus müssen Geschädigte kurze und deutlich vorgezeichnete Klagewege besitzen. Dies hilft gerechtfertigte Ansprüche an den Arzt durchzusetzen und Kosten für illusorische

Klagen zu vermeiden. Die eingeführte Beratungsoption für geschädigte Patienten durch die Krankenkassen geht hierbei bereits den richtigen Weg, jedoch nehmen zivilrechtliche Klagen in Deutschland noch zu viel Zeit in Anspruch.

Die Unterscheidung von perfekten Sachwaltern und ausschließlich gewinnorientierten Ärzten im Papier dient in erster Linie der modelltheoretischen Vereinfachung. Jedoch kann gerade unter Ärzten die innere Motivation zum Heilen und Helfen sehr stark ausgeprägt sein. Wesentlich für die Politik ist jedenfalls, dass sich Ärzte in ihrer Kostenstruktur unterscheiden und dies auf ihr Fehlbehandlungsrisiko einwirkt. *Weiterbildung und die Durchsetzung anderer Qualitätsanforderungen* sind daher geeignet, die gesellschaftlichen Kosten der Fahrlässigkeit zu senken. In der Folge könnte dies auch zu einer Verminderung des Haftungsdrucks führen.

Im Hinblick auf das *Vergütungsvolumen* erweist sich unter Sicherheit die Verschuldenshaftung als eindeutig vorteilhaft. Aufgrund der Haftungsbefreiung erwarten alle Ärzte geringere Kosten der Sorgfalt als unter Gefährdenschaftung und müssen entsprechend weniger kompensiert werden. Mit der Haftungsunsicherheit weitet jedoch ein Teil der Ärzte sein Sorgfaltsniveau aus und praktiziert Defensivmedizin. Damit diese Ärzte auf dem Markt verbleiben, muss das Vergütungsvolumen steigen. Erfolgt dies nicht im ausreichenden Maße, ziehen entweder perfekte Ärzte ihr Behandlungsangebot zurück oder verlegen sich auf die Selektion von weniger ‚klagefreudigen‘ Patientengruppen (vgl. zu einem empirischen Indiz dafür Dubay et al. 1999).

Um die beiden genannten Probleme zu umgehen und zusätzlich den positiven erwarteten Gewinn für die unperfekten Sachwalter auf Null zu reduzieren, wäre es alternativ möglich, anreizkompatible Verträge mit unterschiedlich hoher prospektiver Vergütung anzubieten. Laffont & Tirole (1999) zeigen in einem allgemeinen Regulierungsmodell, dass sich die Agenten entsprechend ihres Typs selbst selektionieren würden und jeweils einen von zwei zulässigen Sorgfaltsstandards erfüllen. Unter dieser Bedingung steigt der erwartete Gewinn der perfekten Ärzte mit den Grenzkosten der gewinnorientierten Typen und sie realisieren eine positive Informationsrente. Eine Voraussetzung für die Durchsetzung dieses Anreizmechanismus ist allerdings, dass Unterschiede in den einforderbaren Standards, die sich auch in den Versicherungsprämien niederschlagen können, gesellschaftliche Akzeptanz finden.

6. Literatur

Blomqvist A. The doctor as double agent: Information asymmetry, health insurance, and medical care. JHE 1991. 10, 411-432.

BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziales). *Schwarzbuch gegen die Gesundheitsreform*. 2004.

Brennan TA et al. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical malpractice litigation. NEJM 1996. 335, 1963-1967.

Breyer F et al. *Gesundheitsökonomie*. Berlin (u.a.): Springer-Verlag. 4. Aufl. 2003.

Cooter RD. Economic analysis of punitive damages. *South Cal Law Rev* 1982. 56, 79-101.

Danzon PM. Liability for medical malpractice. In: Culyer AJ, Newhouse JP, ed. *Handbook of Health Economics*. Elsevier Science B.V. 2000.

Dubay L et al. The impact of malpractice fears on cesarean section rates. *JHE* 1999. 18, 491-522.

Kern BR. Haftungsrechtliche Aspekte bei Abweichung von medizinischen Qualitätsstandards und qualitätssichernden Vorgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. *GesR* 2002. 1, 5-9.

Laffont JJ, Tirole J. *A theory of incentives in procurement and regulation*. Cambridge, Mass. [u.a.]: MIT Press. 1999.

Posner RA. An economic approach to legal procedure and judicial administration. *J Leg Stud* 1973. 2, 399-459.

SVR-KAG (Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen). Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Jahresgutachten 2003.

Ulsenheimer K. Leitlinien, Richtlinien, Standards. *Anaest* 1998. 47, 87-92.

Ulsenheimer K. Qualitätssicherung und Risk-Management im Spannungsverhältnis zwischen Kostendruck und medizinischem Standard. *MedR* 1995. 11, 438-442.

Waters TM et al. Medical school attended as a predictor of medical malpractice claims. *Qual Saf Health Care* 2003. 12, 330-336.