

# Vertrauen und Misstrauen in der horizontal arbeitsteiligen Medizin

Erwin Deutsch \*

- I. . Notwendigkeit und Arten der arbeitsteiligen Medizin
  - 1. Notwendigkeit der arbeitsteiligen Medizin
  - 2. Arten der arbeitsteiligen Medizin
- II. Grundsätze der Rechtsprechung bei der horizontalen Arbeitsteilung
  - 1. Vertrauen beim Haftungsgrund
  - 2. Gegenseitiges Vertrauen
  - 3. Unterbrechung des Haftungszusammenhangs
  - 4. Vertrauensschutz bei der Aufklärung
  - 5. Zusammenfassung der Rechtsprechung
- III. Vertrauen als Merkmal des Fahrlässigkeitsbegriffs
  - 1. Fahrlässigkeit als Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt
  - 2. Vertrauen als Merkmal der Sorgfalt
  - 3. Verschuldensprinzip
- IV. Haftung bei doppeltem Fehler
  - 1. Unterbrechung des Kausalzusammenhangs
  - 2. Regress unter Gesamtschuldnern
- V. Fazit

Wladimir Iljitsch Lenin wird der Ausspruch zugeschrieben: “Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.” In der arbeitsteiligen Medizin, insbesondere

---

\* 논문접수: 2010. 3. 5. \* 심사개시: 2010. 5. 10. \* 게재확정: 2010. 6. 10.

\* von Prof. Dr. jur. Dr. jur. h.c. mult. Drs. med. h.c., Universität Göttingen

in der mehr und mehr spezialisierten Medizin, ist ein gewisser Grad des Vertrauens notwendig, schon aus Zeitgründen. Die Wiederholung aller möglichen diagnostischen, aber auch präoperativen Untersuchungen, wäre zeitaufwendig und kostenreich. Es gibt aber auch Verhältnisse, in denen die Kontrolle oder sogar die Wiederholung dieser Tests notwendig ist. Jedenfalls wird man wohl auf einer kursorischen Übersicht bestehen müssen, die auch Anlass zur Nachprüfung geben kann.<sup>1)</sup>

## **I. Notwendigkeit und Arten der arbeitsteiligen Medizin**

### **1. Notwendigkeit der arbeitsteiligen Medizin**

#### **a. Konsiliartätigkeit**

Die Hinzuziehung eines Arztes einer anderen Spezialität zur Beratung ist keine arbeitsteilige Medizin. Vielmehr erteilt der Konsiliar einen selbständigen Rat, den der behandelnde Arzt in seine Behandlung aufzunehmen hat. Natürlich ist auch der Konsiliarius ein Zuarbeiter, er gehört jedoch nicht zu dem Bereich, der herkömmlicherweise als arbeitsteilige Medizin bezeichnet wird.<sup>2)</sup>

#### **b. Zusammenarbeit im Team**

Viele medizinische Maßnahmen erfordern ein Zusammenwirken mehrerer Personen. Dabei kann es sich um Vorgesetzte und

---

1) Vortrag gehalten auf dem Neurologenkongreß in Mannheim am 20.9.2006.

2) Er wird auch niemals bei der arbeitsteiligen Medizin aufgeführt, vgl. Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts<sup>3</sup>, §101 Rn.6ff.; Deutsch/Spickhoff, Arztrecht<sup>5</sup>, Rn.168: ZusammenarbeitsimTeam.

Untergebene handeln, ein besonderes Problem, dass hier nicht behandelt werden soll. Es kann sich aber auch um die Zusammenarbeit verschiedener Ärzte unterschiedlicher Spezialitäten handeln. Dann ist, insbesondere wenn sie in einer gewissen Zeitfolge tätig werden, die Problematik des Vertrauens und Misstrauens angesprochen.

## 2. Arten der arbeitsteiligen Medizin

### a. Grundsätzliche Einteilung

In der Literatur wird deutlich zwischen vertikaler und horizontaler Arbeitsteilung unterschieden.<sup>3)</sup> Die Einteilung in vertikale und horizontale Arbeitsteilung scheint relativ unsicher zu sein. Unter vertikaler Arbeitsteilung wird meistens die Zusammenarbeit zwischen Chef und Assistenten, bzw. zwischen Vorgesetzten und Untergebenen angesehen.<sup>4)</sup> Dabei gibt es aber Abgrenzungsprobleme, wenn sich die Fächer nahe kommen und sich die Verantwortlichkeiten überschneiden.

### b. Vertikale Arbeitsteilung

Mit dem Begriff vertikaler Arbeitsteilung ist meistens die Leitungsebene angesprochen. Es geht also darum, ob ein Arzt einem anderen Weisungen erteilen kann oder nicht.<sup>5)</sup> Hier wird auch von hierarchischem Prinzip gesprochen, das die vertikale Arbeitsteilung

---

3) Rumler/Detzel, Arbeitsteilung und Zusammenarbeit in der Chirurgie, VersR 1994, 254ff.; Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts<sup>3</sup>, §101, Rn.3. Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht<sup>5</sup>, Rn.168 behandeln unter "Arbeitsteilung" nur die horizontale.

4) Vgl. Rumler/Detzel und Laufs/Uhlenbruck, a.a.O.

5) Rumler/Detzel, VersR 1994, 256f.; Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts<sup>3</sup>, § 101, Rn. 10.

trägt.<sup>6)</sup> Es gibt aber auch aneinander stoßende Gebiete, bei denen die Vertikalität vom Fach her gegeben ist, etwa die Neurologie und die Neurochirurgie, die Unfallchirurgie und die Orthopädie. In einzelnen Bereichen wird man hier auch von vertikaler Arbeitsteilung sprechen können.

### **c. Horizontale Arbeitsteilung**

Die wirkliche arbeitsteilige Medizin wird horizontal geleistet. Dabei handelt es sich um selbständig tätige Mediziner, in gleichen oder aneinander stoßenden Gebieten, bei denen man sich auf die Angaben oder die Tätigkeiten des anderen verlassen kann. Die Beispiele sind Legion: die Angaben der klinischen Medizin über Blutgruppen, erhobene Werte von dem Patienten, die bei der Behandlung in der Chirurgie oder Anästhesiologie eine Rolle spielen. Ebenso ist hier zu nennen die Trennung in der Nachsorge zwischen der Anästhesie einerseits, Chirurgie andererseits und Intensivmedizin gleichfalls andererseits. Dabei kommt es sogar vor, dass der Patient von einer Klinik in die andere geschickt wird und die Frage der Aufklärung zur Debatte steht. Auch kann es sein, dass aus einer Arztpraxis der Patient in die Klinik geschickt wird und wieder zur Arztpraxis zurückkehrt, sodass aus der Klinik die notwendigen Mitteilungen erfolgen müssen.<sup>7)</sup>

---

6) So Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts<sup>3</sup>, Rn.10.

7) Vgl. dazu aus der Rechtsprechung BGHZ 89, 263 (Betreuung eines zur Narkose gelegten zentralvenösen Zugangs in der postoperativen Phase); BGHSt NJW 1980, 649 (Abgrenzung der Verantwortlichkeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten hinsichtlich einer Aspirationspneumonie); BGH NJW 1994, 797 (Berichtspflicht eines hinzugezogenen Arztes); BGH NJW 1984, 1403 (Verantwortlichkeit für die Lagerung des Patienten bei der Operation); BGH NJW 1990, 2929 (Aufklärung in erster Klinik hinsichtlich des Eingriffs in der zweiten); BGHSt MedR 1998, 102 (Urlaubsvertreter zur Plausibilitätskontrolle verpflichtet; zahlreiche

## II. Grundsätze der Rechtsprechung bei der horizontalen Arbeitsteilung

### 1. Vertrauen beim Haftungsgrund

Die Rechtsprechung in Zivil- und Strafsachen erlaubt es grundsätzlich, auf die sorgfältige Zuarbeit des anderen Arztes zu vertrauen. So darf der Anästhesist darauf vertrauen, dass das Kind in der Nachsorge des Urologen besonders eng überwacht wird, wenn ein zentralvenös gelegtes Infusionssystem am Ort geblieben ist und die Möglichkeit der Entkoppelung besteht.<sup>8)</sup> Die Anästhesistin darf dem Chirurgen vertrauen, dass dieser den Patienten befragt hat, ob er vor Kurzem etwas gegessen hat, ebenso ist der Anästhesist nicht strafrechtlich verantwortlich, wenn in der postoperativen Phase eine Behandlungsunterlassung vorkommt.<sup>9)</sup> Dieses Vertrauen bezieht auch die Erwartung auf einen Bericht des hinzugezogenen Arztes ein, der über Maßnahmen Mitteilung macht, die über den Überweisungsauftrag hinaus vorgehen sollten, aber wegen Nichterscheins des Patienten nicht mehr geschehen sind. Der entschiedene Fall betraf die Überweisung des Patienten durch einen Augenarzt an eine Klinik zur Tränenwegsspülung mit Glaukomverdacht, der von der Klinik nicht mitgeteilt wurde.<sup>10)</sup>

---

Nachlässigkeiten erlauben kein Vertrauen); OLG Köln, VersR 1993, 1157 (Vertrauen des niedergelassenen Arztes in die Diagnostik des ihm in personeller und apparativer Ausstattung überlegenen Krankenhauses); BGH NJW 1989, 767 (fehlerhaftes Verhalten des zugezogenen und des behandelnden Arztes).

8) BGHZ 89, 263.

9) BGHSt NJW 1980, 649; BGHSt NJW 1980, 650.

10) BGH NJW 1994, 797.

## 2. Gegenseitiges Vertrauen

Das Vertrauen in der arbeitsteiligen Medizin kann auch gegenseitig sein, etwa wenn sowohl der Anästhesist als auch der Operateur die Befunde gleicher Art nicht erhoben haben. In dem entschiedenen Fall ging es um eine Entbindung mittels Kaiserschnitt, bei der Narkose wurde Halothan verwandt. Bei einer erforderlich werdenden Wundrevision wurde wiederum Halothan verwendet. Die Patientin verstarb an Leberversagen. Sowohl der Operateur bei der zweiten Operation als auch der Anästhesist hätten Laboruntersuchungen veranlassen müssen, welche die Leberanfälligkeit der Patientin aufgezeigt hätten. Hier ging es darum, dass sowohl der Anästhesist als auch der Operateur sich aufeinander verlassen haben.<sup>11)</sup> Beide haften als Gesamtschuldner, §§ 840, 426BGB.

## 3. Unterbrechung des Haftungszusammenhangs

Es kann auch sein, dass der Haftungszusammenhang durch einen schweren Fehler des nachbehandelnden Arztes unterbrochen wird, wenn dieser dieselbe Diagnostik betrifft. In einem Beispielsfall ging es um eine Verdachtsdiagnose der Rötelinfection, für welche der Hautarzt haften würde. Jedoch hatte der später die Schwangerschaft betreuende Frauenarzt grob fehlerhaft selbst keine Rötelndiagnostik betrieben.<sup>12)</sup>

---

11) BGH NJW 1987, 2293.

12) OLG Hamm VersR 1989, 1263.

#### 4. Vertrauensschutz bei der Aufklärung

Es kann schließlich auch sein, dass zwei Kliniken zusammenarbeiten. Wenn hier eine Spezialklinik den Patienten untersucht, berät und auf einen Eingriff vorbereitet, der dann von den Ärzten in der Universitätsklinik vorgenommen wird, ist es auch Aufgabe des Arztes der Spezialklinik den Patienten umfassend über Verlauf, Risiken und Erfolgsaussichten des Eingriffs aufzuklären. Hier handelte es sich um die Operation zur Entfernung von Verkalkungen des Herzbeutels, die sogenannte Pericardektomie.<sup>13)</sup>

#### 5. Zusammenfassung der Rechtsprechung

Der Arzt, der von einem anderen Arzt in herkömmlicher Weise Mitteilungen bekommt oder jedenfalls erwarten kann, darf sich grundsätzlich auf den Vertrauensgrundsatz berufen. Das gilt insbesondere, wenn der mitteilende Arzt in einer personell und apparativ überlegen ausgestatteten Klinik tätig ist. Wenn sich allerdings Zweifel an der Richtigkeit der Mitteilung aufdrängen, etwa zahlreiche Nachlässigkeiten vorgekommen sind, ist für Vertrauen kein Platz. Jedenfalls muss eine Plausibilitätskontrolle geschehen.<sup>14)</sup>

---

13) BGH NJW 1990, 2929.

14) Besonders deutlich in OLG Köln VersR 1993, 1157 (Vertrauen so lange sich Zweifel an der Richtigkeit aufdrängen müssen); BGHSt MedR 1998, 102 (Kein Vertrauen, wenn zahlreiche Nachlässigkeiten vorgekommen sind; jedenfalls Plausibilitätskontrolle).

### III. Vertrauen als Merkmal des Fahrlässigkeitsbegriffs

#### 1. Fahrlässigkeit als Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt

Nach § 276 Abs. 2 BGB handelt derjenige fahrlässig, der die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt. Dieser dritte bei der Beratung des BGB gewählte Begriff<sup>15)</sup>, ist auch der gelungenere.

Zunächst wählte man die Sorgfalt des ordentlichen Hausvaters “oder die” übliche Sorgfalt<sup>16)</sup>. Die erforderliche Sorgfalt hat sich durchgesetzt, da der Begriff unvollständig und insbesondere normativ anzupassen, umstandsabhängig und sozialbezogen ist.<sup>17)</sup>

Die Sorgfalt ist normativ zu bestimmen, d.h., dass nicht ein übliches Verhalten, gar etwa ein eingerissener Schlendrian<sup>18)</sup> ausreicht. Gewiss hat der BGH gelegentlich auch die Üblichkeit ausreichen lassen, sofern sie nicht einen Missbrauch darstelle.<sup>19)</sup> Jedoch ist dieser Ausweg auf die Üblichkeit eine seltene Ausnahme geblieben, Regelmäßig wird der Sorgfaltsbegriff von den technischen Möglichkeiten bestimmt.<sup>20)</sup>

Die Umstandsbezogenheit des Sorgfaltsbegriffs wird allgemein anerkannt. Wenn davon gesprochen wird, dass die objektiv-typisierte Sorgfalt zu leisten ist, so wird diese aus den Umständen und Erwartungen des Verkehrs abgeleitet.<sup>21)</sup> Die Sozialbezüglichkeit der

---

15) Zur Geschichte der Fahrlässigkeitsdefinition vgl. Deutsch, Fahrlässigkeit und erforderliche Sorgfalt 2, S. 1, 15 ff. 과실의 정의에 관한 역사에 대하여는 Deutsch, Fahrlässigkeit und erforderliche Sorgfalt 2, S. 1, 15 ff. 참조.

16) Mot. I 279; Prot. I 187, 302 f.; Prot. II 598.

17) Vgl. mit Nachweisen Deutsch, Allgemeines Haftungsrecht 2, Rn. 376 ff.

18) Prot. II 598, 604.

19) BGH, JZ 1971, 63 (Ausfall eines Kommas: 25% anstatt 2,5% in der Differentialdiagnose innerer Krankheiten).

20) Münchner Kommentar/Grundmann 4, § 276 Rn. 159; Bamberger/Roth/Grüneberg, § 276 Rn. 24.

21) Soergel/Spickhoff 13, § 823, Rn. 142; Deutsch, Fahrlässigkeit und erforderliche Sorgfalt 2, 93 ff.



erforderlichen Sorgfalt wird dadurch hervorgehoben, dass davon gesprochen wird, sie sei "im Verkehr erforderlich". Daraus ist auch im Ausland geschlossen worden, dass nicht auf eine abstrakte Person, sondern auf die äußere Umstände des Handelnden abgestellt werde. Damit sei auch der soziale Charakter hervorgehoben.<sup>22)</sup> Bei der Röntgenreihenuntersuchung im Keller eines aus gebombten Hauses durch die Universität Kiel im Jahre 1948 durften keine hohen Anforderun ggestellt werden.<sup>23)</sup>

## 2. Vertrauen als Merkmal der Sorgfalt

Die Umstände müssen auf das Vertrauen und seine Anerkennung hinweisen, etwa dass man sich wegen der Zusammenarbeit und der Fächerverschiedenheit auf die Mitteilung des anderen verlässt. Die Umstände dürfen auch nicht dagegen sprechen, etwa wenn früher zahlreiche Nachlässigkeiten vorgekommen sind.<sup>24)</sup> Die Umstände bestimmen auch die Normativität, etwa wenn neue Diagnosemethoden auf den Markt kommen oder alte sich als untauglich herausgestellt haben, so ist sofort auf die neuen umzuschalten. Das gilt jedenfalls bis zur Grenze des finanziell Möglichen. Ist es finanziell unmöglich, dann wird man ohnehin kein Vertrauen haben dürfen.<sup>25)</sup>

---

22) Vgl. Dazu: Mazeaud-Tunc, Responsabilité civile I, Nr. 442: "Elle ne fit que gagner en profondeur et en précision, car, en parlant du soin exigible im Verkehr, on mit en lumière le caractère social de la responsabilité et on marqua que le type de comparaison n'était pas une pure abstraction, une entité, mais qu'il y avait lieu de le placer dans les circonstances externes où se trouvait l'auteur du dommage".

23) BGH NJW 1961, 600.

24) OLG Köln VersR 1993, 1157; BGHSt MedR 1998, 102.

25) Vgl. BGH NJW 1989, 2321 (Dosisleistungsmessgerät für Strahlentherapie); Deutsch/Spickhoff, Medizinrecht<sup>5</sup>, Rn.166; Deutsch, VersR 1998, 261ff.

Die Sozialbezogenheit des Vertrauens ergibt sich aus den Erwartungen des Verkehrs. Wenn § 276 Abs. 2 BGB davon spricht, dass es sich um die “im Verkehr” erforderliche Sorgfalt handelt, ist mit dem “Verkehr” der normale, positive Umgang unter den einzelnen Disziplinen gemeint.

Insoweit kann man sich “grundsätzlich” auf die Mitteilung aus einer anderen Disziplin verlassen, wenn nicht Umstände vorhanden sind, die einen zum Nachprüfen veranlassen müssen. Die kursorische Nachprüfung bleibt ohnehin noch erhalten.<sup>26)</sup>

### 3. Verschuldensprinzip

Das Schuldrecht wird vom Verschuldensprinzip beherrscht. Dies bedeutet, dass man zwar grundsätzlich für Verschulden, also für Vorsatz und Fahrlässigkeit einzustehen hat, aber auch nicht ohne Verschulden einstehen muss. Das beinhaltet, dass vom Recht auch zugefügte Verluste hingenommen werden, bei denen kein Verschulden mitgewirkt hat. Die Reichtagskommission zur Beratung des BGB hat dies ausgedrückt dadurch, dass mit dem Verschuldensprinzip “die Freiheit zum Handeln” gewahrt werden solle.<sup>27)</sup> Die Handlungsfreiheit wird durch das verkehrsmäßige Vertrauen gewahrt. Demnach ist das normale Vertrauen unter dem Vorbehalt einer kursorischen Nachprüfung Ausdruck des Verschuldensprinzips.

---

26) BGHSt MedR 1998, 102 (Plausibilitätskontrolle).

27) Bericht der RT-Kommission 98.

## IV. Haftung bei doppeltem Fehler

### 1. Unterbrechung des Kausalzusammenhangs

Von der Unterbrechung des Kausalzusammenhangs oder noch genauer der Unterbrechung des Haftungszusammenhangs spricht man dann, wenn ein späteres Ereignis derart den ersten Haftungsgrund überlagert, dass er verdrängt wird. Es muss sich um einen novus actus interveniens handeln.<sup>28)</sup> Normalerweise haftet der fahrlässig Handelnde auch für den Schaden, der durch einen weiteren Fehler eines anderen verursacht wird. Mit der "normalen Fahrlässigkeit" des späteren, insbesondere des behandelnden oder des nachbehandelnden Arztes hat der Täter zu rechnen, zumindest wird es ihm zugerechnet.<sup>29)</sup> Nur wenn das spätere Verschulden so erheblich und verdrängend ist, dass die erste Fahrlässigkeit kaum noch Bedeutung hat, wird der Haftungszusammenhang unterbrochen. In den USA ist der Fall entschieden worden, dass ein Patient wegen einer Schulterverletzung in die Notaufnahme kommt und nur Valium erhält, aber nicht weiter bewacht wird. Er hat dann das Hospital verlassen und seine Frau erschossen. Arzt und Krankenhaus sind dafür nicht haftbar, denn ihr Fehlverhalten ist zu entfernt, um zu einer Haftung zu führen.<sup>30)</sup>

---

28) So der Ausdruck im englischen Recht. Vgl. *Overseas Tankship v. Morts Dock & Engineering Company* (1961) A.C. 417.

29) BGH NJW 1989, 767 (Fehlerhafte Einrichtung eines Bruchs und spätere fehlerhafte Korrekturoperation); Deutsch, Allg. Haftungsrecht 2, Rn.155ff.

30) *Strickland v. DeKalb Hospital* 397 S. E.2d 577 (Georgia 1990).

## 2. Regress unter Gesamtschuldnern

Begehen zwei Ärzte eine fahrlässige Verletzung des Patienten, so sind sie als Gesamtschuldner haftbar, § 840 BGB. Die Gesamtschuldnerschaft heißt, dass jeder für den ganzen Schaden verantwortlich ist, im Innenverhältnis aber ein Ausgleich nach den §§ 426, 254 BGB erfolgt. Dieser Regress spielt auch bei den behandelnden und nachbehandelnden Ärzten eine Rolle. Der BGH hat bei der unterlassenen Berichterstattung über den hinzugezogenen Arzt diese Frage behandelt. Es ging um einen Augenarzt, der ein Kind zur Tränenwegsspülung in die Augenklinik eingewiesen hatte. Dort wurde diese durchgeführt, zu gleicher Zeit aber der Verdacht geäußert, dass ein Glaukom vorliegen könne. Dieser Verdacht wurde dem einweisenden Augenarzt nicht mitgeteilt, der selbst daran schuldhaft nicht gedacht hatte. Nach Ansicht des BGH findet zwischen beiden, nämlich dem behandelnden Arzt und dem nicht berichtenden Klinikarzt ein Gesamtschuldnerausgleich statt.<sup>31)</sup> Bei der Abwägung in analoger Anwendung des § 254BGB<sup>32)</sup> über das Mitverschulden ist auch das Vertrauen oder die Misstrauensnotwendigkeit des hauptbehandelnden Arztes wichtig. Deswegen wird es im Allgemeinen zu einer prozentualen Schadensteilung kommen.

---

31) BGH NJW 1994, 797.

32) zuerst RGZ 75, 251.

## V. Fazit

Den letztbehandelnden Arzt beißen nicht die Hunde. Nach geltendem Recht können sie ihn nur beißen, wenn er gar nicht an Hunde gedacht hat oder die Anzeichen der Verfolgung nicht beachtet oder beherzigt hat. Jenseits dieses Wortspiels heißt es: In der horizontalen arbeitsteiligen Medizin darf grundsätzlich auf die sorgfältige Tätigkeit des anderen Arztes vertraut werden. Allerdings ist eine cursorische Prüfung erforderlich. Eine völlige Überprüfung ist erforderlich, wenn die Umstände dies notwendig machen. Im Vordergrund steht aber das Vertrauen. Dieses ist Ausdruck der "Freiheit zum Handeln", die im Verschuldensprinzip des geltenden Rechts ausgedrückt ist.

**Keyword: Vertikale Arbeitsteilung, Horizontale Arbeitsteilung, Freiheit zum Handeln, prozentuale Schadensteilung**

## 수평적 분업의료에 있어서 신뢰와 불신

에르빈 도이치

독일 괴팅겐 대학 교수(법학박사)

### =국문초록=

현재의 의료 영역은 고도로 전문화되어 있고 더불어 의료의 분업화도 활발히 이뤄지고 있다. 의료의 분업화 과정에는 특히 서로 상이한 전문을 가진 의사들 간의 신뢰와 불신의 문제가 제기되는데 이러한 분업적 의료는 일반적으로 수직적 분업과 수평적 분업으로 구분할 수 있다. 수평적 분업의료에서는 원칙적으로 다른 의사의 주의깊은 행위에 대한 신뢰가 허용된다. 물론 그렇다고 하여 의사에게 검사 내지 재검사의 의무가 없는 것은 아니고 이를 필요로 하는 상황에서는 반드시 재검사가 이뤄져야 한다. 신뢰는 현행법의 과책원칙을 나타내는 '행위에 대한 자유'의 표현이며 의사에게 부주의한 행위가 있는 경우에는 신뢰가 인정될 여지가 없기 때문이다. 결국 재검사를 하여야 할 사정이 존재하지 않는 때에는 다른 영역으로부터의 보고를 원칙적으로 신뢰할 수 있다. 이처럼 본 연구에서는 지속적으로 전문화 및 분업화가 이뤄지고 있는 의료영역에서의 신뢰와 불신에 대한 개관을 통해 이를 재검토하고자 하였다.

주제어 : 수직적 분업, 수평적 분업, 과책원칙, 행위에 대한 자유, 비율적 손해분담