

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Petra Ernstberger,
Lilo Blunck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 13/10701 –

Patientenselbstbestimmung und Patientenschutz bei fehlerhafter medizinischer Behandlung

In der Bundesrepublik Deutschland ist die Position von Patientinnen und Patienten gegenüber den Leistungserbringern im Gesundheitswesen unzureichend. Selbst bei offensichtlichen Behandlungsfehlern ist es für Patientinnen und Patienten schwer, zu ihrem Recht zu kommen und ihre Forderungen durchzusetzen. Darüber hinaus mangelt es an unabhängigen Beratungs- und Vertretungsmöglichkeiten z. B. durch Patientenbeauftragte oder Verbraucherzentralen. Hier besteht ein Regelungsbedarf sowohl im Sinne der Patienten als auch der Ärzte, denn jede Beschuldigung eines Arztes wegen fehlerhafter Behandlung schadet auch seinem Ansehen.

Bei einer ärztlichen Behandlung wird die Rechtsbeziehung zwischen Arzt bzw. Krankenhaus und Patienten durch die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), die Rechtsprechung und durch das Sozialgesetzbuch bestimmt:

Zwischen behandelndem Arzt und Patient besteht ein Dienstleistungsverhältnis. Der Arzt erbringt für den Patienten eine Dienstleistung, die in seinem Bemühen um Hilfe und Heilung besteht. Diese Dienstleistung führt zwar nicht immer zum gewünschten Heilungserfolg, dieser wird vom Arzt auch nicht geschuldet. Der Arzt schuldet dem Patienten vielmehr eine Behandlung nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft, und er hat die Pflicht zur Aufklärung. Der Patient hat im Rahmen dieser Dienstleistung ein Recht auf Aufklärung über seine Erkrankung, über Chancen und Risiken der diagnostischen Verfahren sowie über die Behandlung. Die Behandlung muß Facharztstandard in Anamnese, Diagnostik und Therapie entsprechen. Die Behandlung ist sachgerecht zu organisieren und zu dokumentieren. Dabei steht dem Patienten das Recht auf Wahl der Behandlungsmethode zu. Der Patientenwille hat also Vorrang vor der ärztlichen Therapiefreiheit. Soweit die Theorie.

„Das Verhältnis der Mitglieder einer Gesellschaft untereinander wird durch ungeschriebene und geschriebene Gesetze und Verhaltensanweisungen geregelt.“ Diese Feststellung des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gilt auch für das Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Dieses Verhältnis ist im allgemeinen paternalistisch geprägt. Denn in der Praxis durchschauen die meisten Patienten die Tätigkeit des Arztes kaum. Es besteht die Gefahr, daß die Aufklärung

- a) aufgrund der wenig patientengerechten Fachsprache, derer sich die meisten Ärzte bedienen und
- b) mangels Fachkenntnissen des Patienten (was eine auf die Kenntnisse des Patienten eingestellte, verständliche Sprache und damit größeres Aufklärungsbemühen des Arztes erfordert) unverständlich bleibt.

So willigen Patienten häufig in die vom Arzt vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen ein, ohne ihr Risiko zu erfassen. Der Patient vertraut in dieser Situation dem Arzt häufig gutgläubig. Zwar hat der Patient das Recht, die Zweitmeinung eines anderen Arztes einzuholen, doch ist dieses Recht zu wenig bekannt. Von den Leistungserbringern unabhängige Beratungsmöglichkeiten gibt es nicht. Diese Umstände machen es für die Patienten schwer, ihre Aufklärungs- und Selbstbestimmungsrechte effektiv wahrzunehmen.

Begeht der Arzt bzw. das Krankenhaus einen Fehler und wird der Patient geschädigt, so wird das Prekäre dieses Dienstleistungsverhältnisses besonders deutlich. Der Patient muß sich, will er Wiedergutmachung für den erlittenen Schaden erreichen, auf eine Auseinandersetzung einlassen, in der er in bezug auf Fachwissen, psychische und häufig auch körperliche Verfassung dem Arzt und erst recht dem Krankenhaus von vornherein unterlegen ist. Dies gilt um so mehr, je schwerer der Patient oder die Patientin geschädigt worden ist.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 30. September 1998 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Auf der anderen Seite gibt es auch Fälle, bei denen Ärzte von Patienten einer Falschbehandlung beschuldigt werden, weil die fachgerechte Behandlung nicht zu der vom Patienten und vom Arzt erhofften Heilung oder Besserung geführt hat. Hier muß der Arzt, um einer Schädigung seines Rufes vorzubeugen, ein Interesse an einer zügigen Klärung haben.

Die genaue jährliche Anzahl entschädigungspflichtiger Schadensfälle ist nicht bekannt. Schätzungen aus den 90er Jahren bewegen sich zwischen 15 000 und 30 000 Schadensmeldungen pro Jahr. Zusätzlich gibt es nach Hochrechnungen von Patientenvereinigungen eine erheblich höhere Dunkelziffer nicht gemeldeter Behandlungsschäden.

Zur Klärung und Durchsetzung solcher Ansprüche spielen die außergerichtlichen Verfahren eine entscheidende Rolle. Nach Einschätzung von Arzthaftungsexperten werden 90 % aller gemeldeten Schadensfälle außergerichtlich erledigt. Die restlichen 10 % der Fälle, bei denen der Rechtsweg beschritten wird, werden zumeist mit Vergleichen abgeschlossen. Die Streitbeilegung durch rechtskräftige Urteile macht nur einen verschwindend geringen Prozentsatz aus.

Die Hürden für die Aussicht auf Schadensersatz sind infolge der Rechtslage hoch. Der Patient muß in der Regel – von den von der Rechtsprechung entwickelten Fällen einer Beweiserleichterung oder Beweislastumkehr abgesehen – nicht nur nachweisen, daß der Arzt bzw. das Krankenhaus einen Fehler gemacht hat, sondern auch, daß den Arzt bzw. das Krankenhaus ein Verschulden trifft und daß dieser Fehler Ursache für die gesundheitliche Beeinträchtigung ist (Kausalitätsnachweis). Ist dieser Nachweis gelungen, so ist durchaus nicht gesichert, daß die Haftpflichtversicherung zahlt. Während bei Sachschäden, beispielsweise bei Großbränden, zweistellige Millionenbeträge in verhältnismäßig kurzer Zeit gezahlt werden, lassen Zahlungen bei Personenschäden lange auf sich warten. Die Patienten sehen sich dann vor die Alternative gestellt, entweder einen langwierigen Zivilprozeß zur Durchsetzung ihrer Haftungsansprüche zu führen oder einer für sie oftmals ungünstigen einmaligen Abfindung zuzustimmen. Bei solchen Vergleichen bleibt häufig unberücksichtigt, daß sich der Gesundheitszustand des Geschädigten aufgrund des Behandlungsfehlers in Zukunft verschlechtern kann. Die psychische Zermürbung der Patienten zahlt sich somit in vielen Fällen für die Haftpflichtversicherer aus. Medizinhaftpflichtschäden aber sind häufig Dauerschäden. In Anbetracht des Abbaus von sozialen Leistungen und der zunehmenden Inanspruchnahme von Eigenbeteiligungen durch den Gesetzgeber bekommt die Schadensregulierung, die auch eine nicht absehbare eventuelle Verschlimmerung der Schadensfolgen berücksichtigt, zunehmende Bedeutung.

Einige Behandlungsgeschädigte suchen sich zu ihrer Unterstützung einen Rechtsanwalt. Die Beauftragung eines Anwaltes ist aber, sofern keine Rechtsschutzversicherung besteht, eine besondere Hürde, weil für die Geschädigten zunächst nicht absehbar ist, ob ihnen die damit entstehenden Kosten am Ende ersetzt werden.

Ansonsten fehlt es bei derartigen Auseinandersetzungen an Unterstützung für die Patienten. Zwar kann die gesetzliche Krankenkasse bei Behandlungsfehlern im Wege einer freiwilligen Leistung Unterstützung gewähren. Die Erfahrungen betroffener Menschen mit dieser Kann-Leistung sind aber unterschiedlich. Meist bleiben sie alleingelassen, wenn ihre Krankenversicherung nicht zufällig an einem Modellprojekt zur Unterstützung von Behandlungsgeschädigten nach § 66 SGB V teilnimmt oder wenn sie nicht im Einzugsgebiet einer der ganz wenigen und überlasteten Patientenberatungsstellen wohnen.

Angesichts dieser Lage stellte der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 1992 fest, daß eine spezielle Definition von Patientenrechten im Rahmen der all-

gemein anerkannten Menschenrechte erforderlich sei, da der Patient, „der idealtypisch im Mittelpunkt des für ihn unterhaltenen Gesundheitswesens steht, sich durch Kranksein in einer Position der Schwäche und Abhängigkeit befindet und daher eines besonderen Schutzes bedarf“ (Ziffer 352). Dies gelte insbesondere für ältere Menschen, Pflegebedürftige, Behinderte sowie hinsichtlich der biomedizinischen Forschung am Menschen. Der Patient solle Unterstützung dabei erhalten, seine Rechte durchzusetzen, „z. B. wie in den USA mit Hilfe von Patientenbeauftragten, die dem Patienten rund um die Uhr zur Verfügung stehen. In der Bundesrepublik sollte die Entwicklung die rechtliche Verankerung, eine Implementierung und geeignete Strukturen umfassen. Diese Strukturen sollten folgendes ermöglichen:

- den auf gesetzlich verankerter Grundlage an den einzelnen Institutionen wirkenden Patientenbeauftragten (patients rights advocate),
- Beschwerdeprogramme,
- Schiedsstellen und
- Patientenräte (in erster Linie in Institutionen der Langzeitpflege).“ (Ziffern 389 und 390).

Der Sachverständigenrat empfahl, die bestehenden rechtlichen Vorgaben in einer für Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten zugänglichen Patientencharta zusammenzufassen (Ziffer 358), das Thema Patientenrechte in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen Tätigen zu rücken, um eine breite Diskussion darüber anzuregen und einen Konsens über die Kodifizierung der Patientenrechte in einer Patientenrechts-Charta zu erreichen. Diese sollte neben der Festschreibung der Patientenrechte auch das „Verhältnis zwischen den Leistungserbringern und Patienten regeln sowie verfahrens- und organisationsrechtliche Möglichkeiten zu ihrer Durchsetzung schaffen.“ (Ziffern 395 und 396). Die für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Länder sprachen sich 1996 dafür aus, gemäß den Vorschlägen des Sachverständigenrates Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu ergreifen.

Die 5. Konferenz der Gesundheitsminister der im Europarat vertretenen 40 europäischen Staaten befaßte sich ebenfalls mit dem Thema Patientenschutz. Sie verabschiedete am 8. November 1996 in Warschau eine Erklärung zum Thema „Soziale Herausforderung an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte in Zusammenhang mit Gesundheitsreformen.“ Es sei eine europäische Herausforderung, angesichts der vielfältigen Reformen die Gesundheitsversorgungssysteme der Mitgliedsländer so zu entwickeln, daß sie die in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) und in der Europäischen Sozialcharta formulierten Grundrechte verwirklichen, um damit zu sozialer Gerechtigkeit und politischer Stabilität beizutragen. Die Konferenz forderte u. a. die Definition von Patientenrechten und einen „new social deal“ zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern, mit Hilfe dessen Patientenbelange und -rechte integraler Bestandteil des jeweiligen Gesundheitssystems werden. Bürger- bzw. Patientenvertreter sollten aktiv und verantwortlich in die Gestaltung, Steuerung und Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung einbezogen sein. Dies beinhalte die institutionelle und finanzielle Förderung geeigneter Organisationen zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten und den Aufbau eines effektiven Instrumentariums zum Umgang mit Versorgungsmängeln und Behandlungsfehlern.

In den Jahren zwischen 1986 und 1994 erarbeitete das WHO-Regionalbüro für Europa Prinzipien und Strategien zur Stärkung von Patientenrechten sowie Empfehlungen für eine Patientencharta. Sie wurden als Orientierungshilfe unter dem Titel „Principles of the Rights of Patients in Europe“ im Rahmen einer internationalen Tagung 1994 in Amsterdam von den 36 Teilnehmerstaaten verabschiedet. Im Vordergrund

standen unter anderem Fragen der Patientenaufklärung (Information und Einwilligung), der Vertraulichkeit und des Schutzes der Privatsphäre, des Anspruchs auf Versorgung und Behandlung, der Beziehungen zwischen Gesundheitspersonal und Patienten sowie Fragen der Gesundheitserziehung und soziale Rechte.

Die Empfehlungen der WHO wurden inzwischen in zahlreichen Ländern umgesetzt, u. a. durch Erarbeitung einer Patientencharta und/oder durch die Einführung spezieller Patientenschutzgesetze. Beispielhaft sind hier besonders die österreichischen Patientenanwaltschaften hervorzuheben, die als unabhängige, weisungsungebundene gesetzliche Ombudseinrichtungen geschaffen wurden. Patientenchartas existieren außerdem bereits in San Marino, Großbritannien, Irland, Dänemark und Spanien, aber auch in Indien, Südkorea und Malaysia. Patientenschutzgesetze gibt es bereits in den Niederlanden, in der Schweiz, in Frankreich, Griechenland, Finnland sowie den USA, Israel, Indonesien und Australien.

Angesichts tiefgreifender Veränderungen der Sozialsysteme dürfen die Patientenrechte und die Pflichten der Gesundheitsberufe unter dem Druck wirtschaftlicher Kräfte und Interessen auch in Deutschland nicht verlorengehen.

Einleitende Bemerkungen

Die Gesundheit ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für Lebensfreude und Lebensqualität. Mit einer Vielzahl von Institutionen trägt das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland zur Gesundheit der Bevölkerung bei, fördert sie oder stellt sie wieder her. Zu diesen Institutionen gehören neben dem Bund, den Ländern und Gemeinden als Träger staatlicher Einrichtungen die gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherungen und ihre Selbstverwaltungen, die privaten Krankenversicherungen, freie gemeinnützige Organisationen, Selbsthilfegruppen und die Beschäftigten im Gesundheitswesen. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu. Daneben besteht der Heilauftrag des Arztes. Arzt und Patient müssen im partnerschaftlichen Vertrauen zusammenwirken. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland steht insgesamt und im Bereich der ärztlichen Behandlung auf einem anerkannt hohen Niveau. Neben der qualifizierten medizinischen Ausbildung der Ärzteschaft wird auf die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung großer Wert gelegt. Das ärztliche Berufsrecht enthält die Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung sowie zur Durchführung der von den Ärztekammern eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit. Trotzdem lassen sich Behandlungsfehler und Fehldiagnosen im Einzelfall leider nie ganz vermeiden. Andererseits besteht auch bei einer Behandlung, die unter Wahrung der erforderlichen ärztlichen Sorgfaltspflicht erfolgt, kein Heilungsanspruch. Und nicht immer dann, wenn der gewünschte Behandlungserfolg ausbleibt, liegt ein verschuldeter ärztlicher Behandlungsfehler vor.

Die der Großen Anfrage offensichtlich zugrundeliegende Einschätzung, daß in der Bundesrepublik Deutschland die Position von Patienten gegenüber den Leistungserbringern im Gesundheitswesen unzureichend sei, ist nicht zutreffend. Gesetzgebung und Rechtsprechung haben in einem sich fortentwickelnden Prozeß die Rechtsstellung des Patienten prä-

zisiert und verbessert und die ärztlichen Pflichten immer genauer werdend beschrieben, um ein gleichberechtigtes und partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient zu ermöglichen. Die Bundesregierung verfolgt jedoch selbstverständlich die Entwicklung in diesem wichtigen Bereich, insbesondere auch international, unter dem Aspekt, ob sich Änderungen oder Ergänzungen des geltenden Rechts als zweckmäßig und erforderlich erweisen können.

Zu einzelnen Fragen der Großen Anfrage war eine aktuelle und vollständige Aufarbeitung in der Kürze der zur Verfügung stehenden Bearbeitungs- und Beantwortungszeit nicht möglich. So mußten etwa entsprechende Auskünfte aus den Bundesländern und von den Kommunalen Spitzenverbänden eingeholt werden, die wiederum ihnen nachgeordnete Behörden einzubeziehen hatten. Entsprechende Fragen müssen daher zum Teil auf der Basis unvollständiger Angaben beantwortet werden. Die Angaben aus den Ländern mußten weitgehend ohne erneute Prüf- oder Rückfragemöglichkeit und ohne die Möglichkeit, sie so abzustimmen, daß die Antworten umfassend den Fragen gerecht werden, übernommen werden. Von den Städten und den Kreisen als Träger der Sozialhilfe sind nur teilweise Stellungnahmen eingegangen.

Entsprechend der Fragestellung wurde auf den Bereich der Selbstverwaltung der Zahnärzte nicht eingegangen.

I. Transparenz medizinischer Tätigkeit

1. Wie sollen Menschen in einem Gesundheitswesen, dem zunehmend Elemente des Wettbewerbs auferlegt werden, die notwendige Übersicht über die Qualität seiner Leistungen erhalten?

Wettbewerb zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen führt nicht dazu, daß die Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungen eingeschränkt wird. Wettbewerb kann auch in der sozialen Krankenversicherung Effizienz und Qualität der Versorgung verbessern; Wettbewerb ist insbesondere da zu befürworten, wo er sich zum Nutzen des Patienten und Versicherten auswirkt.

Im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), insbesondere in den §§ 2, 12 und 70 ist geregelt, welche Anforderungen an Leistungen gestellt werden. Danach hat die Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Mit den Vorschriften zur Qualitätssicherung im SGB V, insbesondere den §§ 115 b, 135 bis 137, sind darüber hinaus die notwendigen Voraussetzungen geschaffen worden, eine Transparenz hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung zu erreichen. Danach ist es Aufgabe der Anbieter von Gesundheitsleistungen, diese Transparenz herzustellen.

Insbesondere Maßnahmen der externen Qualitätssicherung setzen den Anbieter von Gesundheitsleistungen in die Lage zu erkennen, wo er hinsichtlich seines eigenen Qualitätsniveaus im Vergleich zu anderen steht. Ergänzend zu entsprechenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung bedarf es auch unterschiedlicher Anstrengungen, durch interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere durch Qualitätsmanagement, die eigene Qualität zu halten und, so weit möglich, zu verbessern.

Im Rahmen der auch durch das Bundesministerium für Gesundheit geförderten Einführung von Qualitätsmanagement im Krankenhaus erstellen Krankenhäuser beispielsweise verstärkt Qualitätsberichte, über die sie die Öffentlichkeit über den Stand ihrer jeweiligen Bemühungen, zu einer höheren Qualität zu kommen, unterrichten.

Auf Grundlage der gesetzlichen Verpflichtung zur Qualitätssicherung wurde Ende Juni 1997 eine Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. geschlossen mit dem Ziel, gemeinsam Möglichkeiten des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern sowie deren Zertifizierung zu untersuchen und zu entwickeln. Auf diese Weise soll erreicht werden, daß sich künftig Patienten und einweisende Ärzte besser über die für den jeweiligen Fall optimale Versorgung informieren können. Letztlich ermöglichen die Zertifikate eine valide Außendarstellung der Krankenhäuser. Für das Zertifizierungsverfahren werden fachübergreifende, das gesamte Krankenhaus betreffende Qualitätsindikatoren ebenso entwickelt wie fachspezifische Qualitätsindikatoren.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß es vielfältige Anstrengungen der dafür zuständigen Selbstverwaltungspartner gibt, die Qualität der Leistungserbringer transparenter zu machen. Dies erfolgt, ohne daß der Staat dabei ständig eingreifen muß.

2. Welche Möglichkeiten haben Patienten, sich vor der Arztwahl zu informieren über die in Frage kommenden Leistungsanbieter?

Der Patient kann sich durch Einsichtnahme in amtliche Verzeichnisse oder sog. Sonderverzeichnisse ohne werbenden Charakter über die in Frage kommenden Ärzte informieren. Amtliche Verzeichnisse sind solche Anschriftensammlungen, die von einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben herausgegeben werden, wie z. B. Ärzteadreßbücher, Verzeichnisse der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen oder das Fernsprechbuch. Die Ärztekammern können auf Anfrage Namen von Ärzten benennen, sofern sich die Frage auf eine Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung bezieht und der Kammer bestimmte Angaben bekannt sind. Außerdem kann der Patient sich an einzelne Patientenberatungsinitiativen oder -verbände wenden. Diese können dem Patienten Beratung und Hilfestellung im Vorfeld einer Behandlung geben.

3. Welche Möglichkeiten haben Patienten, die Diagnose und Indikation des behandelnden Arztes vor Beginn einer Behandlungsmaßnahme zu kontrollieren?

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung wurde in § 137 SGB V i. V. m. § 112 SGB V der Selbstverwaltung die Möglichkeit eingeräumt, die Einholung von Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen vertraglich zu vereinbaren.

Außerdem hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Aufgabe, die Krankenkasse bei der Beratung der Versicherten zu unterstützen (§ 275 Abs. 4 SGB V). Der MDK verfügt über das qualifizierte medizinische Personal und das Know-how, um zu Fragen der Diagnose und Indikation vor Beginn einer Behandlung zu beraten. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen können auf diesem Wege eine unabhängige „Zweitmeinung“ im entsprechenden Fachgebiet einholen. Von dieser Möglichkeit wird, wenn auch derzeit noch in geringem Umfang, bereits Gebrauch gemacht.

Versicherte der privaten Krankenversicherung haben bei größeren operativen Eingriffen ebenfalls die Möglichkeit, eine Zweitmeinung einzuholen. Zudem informieren die Unternehmen der privaten Krankenversicherung ihre Versicherten über zweckmäßige Behandlungsmaßnahmen und stellen Beratungsleistungen bereit.

4. Bestehen in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend Verträge, die die gesetzliche Vorschrift des § 137 Satz 5 SGB V umsetzen, wonach in diesen Verträgen auch zu regeln ist, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind?

Wenn nein, wo nicht, und warum nicht?

Mit der Aufnahme des § 137 Satz 5 SGB V hat die Bundesregierung der Selbstverwaltung die Möglichkeit eingeräumt, die Einholung von Zweitmeinungen vertraglich zu vereinbaren. Die Entscheidung darüber, diese Möglichkeit zu nutzen, ist den Selbstverwaltungspartnern überlassen. Bisher wurde von dieser Möglichkeit kein Gebrauch gemacht. Nach Kenntnis der Bundesregierung bestehen die wesentlichen Hinderungsgründe darin, daß die Selbstverwaltungspartner bisher nicht ausreichend davon überzeugt sind, daß das Einholen einer Zweitmeinung in Hinblick auf den Kosten-Nutzen-Aspekt angemessen ist.

5. Wie wird die Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten definiert?

Ist der Arzt in diesem Rahmen verpflichtet, über Alternativen zu der von ihm vorgeschlagenen Behandlung sowie über den Stand der ihm zur Verfügung stehenden medizinischen Technik aufzuklären?

Der Arzt hat den Patienten über Art und Umfang der Behandlungsmaßnahmen und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken aufzuklären und die Einwilligung des Patienten dazu einzuholen sowie diese Aufklärung und die einzelnen Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren. Eine wirksame Einwilligung setzt eine so umfassende Aufklärung des Patienten voraus, daß dieser aufgrund seiner persönlichen Fähigkeiten in der Lage ist, Art, Umfang und Tragweite der Maßnahme und der damit verbundenen gesundheitlichen Risiken zu ermessen und sich entsprechend zu entscheiden. Der Arzt hat in gleicher Weise auch über alle ernsthaft in Betracht kommenden Behandlungsalternativen (siehe unten) unter Darlegung der damit jeweils verbundenen Risiken aufzuklären.

Diese Pflicht umfaßt neben der Eingriffsaufklärung auch die zur Gefahrenabwehr für den Gesundheitszustand des Patienten gebotene therapeutische Aufklärung. Danach hat der Arzt den Patienten unter anderem über mögliche Folgen und Nebenwirkungen einer Behandlung zu unterrichten und zu deren rechtzeitiger Mitteilung aufzufordern. In den von der Bundesärztekammer herausgegebenen Empfehlungen zur Patientenaufklärung von 1990 (abgedruckt im Deutschen Ärzteblatt, Heft 16 vom 19. April 1990, S. B – 940) wird darauf (zu Nr. 3) ausdrücklich hingewiesen. Die Information des Patienten über Risiken und Chancen der vorgesehenen Behandlung und über die Behandlungsalternativen darf sich nicht auf eine abstrakte Risikobeschreibung beschränken, sondern muß die konkreten Risikolagen im Zusammenhang mit der Behandlung, z. B. auch Auswirkungen auf das persönliche Umfeld, die Familie u. ä. benennen.

Im übrigen trifft auch den Patienten die selbstverständliche Pflicht, dann nachzufragen, wenn er von den Erklärungen etwas nicht verstanden hat.

Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs muß der Arzt dem Patienten im allgemeinen nicht ungefragt erläutern, welche unterschiedlichen Behandlungsmethoden theoretisch in Betracht kommen und was für und gegen die eine oder andere Methode spricht (BGHZ 102, 17, 22; BHG NStZ 1996, 34).

Von dem Grundsatz, daß die Wahl der Behandlungsmethode somit primär Sache des Arztes ist, hat der Bundesgerichtshof jedoch zahlreiche Ausnahmen erklärt. Insbesondere ist dann, wenn der Patient eine sog. echte Wahlmöglichkeit hat, über Behandlungsalternativen aufzuklären. Die Aufklärung über Behandlungsalternativen kann z. B. erforderlich sein, wenn diese zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten (BGH NStZ 1996, 34; BGHZ 102, 17, 22, m. w. N.). Auch wenn die angewendete Therapie nicht dem medizinischen Standard entspricht oder ernsthaft umstritten ist, muß nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ungefragt über Behandlungsalternativen informiert werden (BGHZ 102, 17, 22).

Der Bundesgerichtshof hat in einem Fall entschieden, daß der Patient nicht darüber aufzuklären sei, daß die konkrete Behandlung in einer anderen Klinik mit bes-

seren personellen und apparativen Mitteln und mit etwas geringerem Komplikationsrisiko möglich ist, solange die konkrete Behandlung dem zu fordernden medizinischen Standard genügt. Etwas anderes gelte, sobald neue Verfahren sich weitgehend durchgesetzt haben und dem Patienten entscheidende Vorteile bieten (BGHZ 102, 17, 24 ff.).

Erkundigt sich der Patient beim Arzt nach neuen und überlegenen Behandlungsmethoden, besteht aber in jedem Fall ein Anspruch auf vollständige und wahrheitsgetreue Auskunft.

6. Welche Chancen räumt die Bundesregierung der Einführung einer umfassenden Behandlerdatenbank ein, in der im Hinblick auf eine Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung die Veröffentlichung und systematische Verfügbarkeit sowohl der Schlichtungsverfahren als auch der gerichtlichen Verfahren wegen Behandlungsfehlern vorzusehen ist, wobei zwar die Patientendaten, nicht aber die Behandlerangaben anonymisiert werden?

Um eine effektive Qualitätssicherung der medizinischen Behandlung durchzuführen, ist eine umfassende Behandlerdatenbank, die Schlichtungsverfahren und gerichtliche Verfahren wegen Behandlungsfehlern enthält, nicht erforderlich.

7. Welche Vorschriften, beispielsweise des Datenschutzes und des Wettbewerbsrechtes, stehen u. a. der Schaffung einer größeren qualitätsbezogenen Transparenz im Wege?

Zu dem Verhältnis von Datenschutz und qualitätsbezogener Transparenz wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Abgeordneten Klaus Kirschner, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Ingrid Becker-Inglau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD – Drucksache 13/9825 – in der Drucksache 13/10982 verwiesen (insbesondere Abschnitt „Struktur- und Steuerungsprobleme versus Qualität“, Antwort zu den Fragen 1 und 5, Abschnitt „Transparenz und Qualität“ sowie Abschnitt „Qualität im Krankenhaus“, Antworten auf die Fragen 16 ff.).

Hinsichtlich des Wettbewerbsrechtes ist darauf hinzuweisen, daß das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen als Teil des Wettbewerbsrechtes der Schaffung einer größeren qualitätsbezogenen Transparenz im medizinischen Bereich grundsätzlich nicht im Wege steht. Es ist nicht ersichtlich, daß zur Erreichung dieses Ziels wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen zwischen den leistungserbringenden Unternehmen erforderlich wären oder daß solche Unternehmen durch die Bekanntgabe wahrer, aktueller und verallgemeinerungsfähiger Informationen unbillig behindert würden. Denn nur Behinderungen von Unternehmen durch Unternehmen oder wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen zwischen Unternehmen fallen in den Anwendungsbereich des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen.

8. Was bewertet die Bundesregierung in diesem Bereich höher: Transparenz über Angebote von Behandlungsmethoden und Profile unterschiedlicher Leistungserbringer oder das Wettbewerbs- und das Datenschutzrecht?

Transparenz über Angebote von Behandlungsmethoden und Profile unterschiedlicher Leistungserbringer können in Übereinstimmung mit dem Wettbewerbsrecht und dem Datenschutzrecht erreicht werden. Siehe auch Beantwortung der Frage 7.

9. Liegt der Bundesregierung eine Übersicht über und Auswertung von Verfahren aller Schiedsstellen und Gerichte wegen Behandlungsfehlern vor?

Welche Erkenntnisse ergeben sich aus dieser Auswertung in bezug auf

- Häufungen bei bestimmten Fachgebieten?
- die Anwendung der Apparatediagnostik?
- die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachgebiete?
- die Aus- und Weiterbildung von Ärzten?
- die Aus- und Fortbildung der zugeordneten nichtärztlichen Tätigkeiten?
- eine gründliche Aufklärung vor zwingend notwendigen, wie auch vor nicht zwingend erforderlichen Eingriffen?
- die Anamnese und auf die Beachtung der Beschwerden des Patienten?
- die Auswertung von Röntgenaufnahmen?
- weitere Untersuchungen vor der Gabe von Schmerzmitteln bei anhaltenden Schmerzzuständen?

(Bitte gesondert nach Regionen darlegen.)

Welche Schlußfolgerungen wurden aus einer solchen Auswertung gezogen, und welche Maßnahmen wurden ergriffen?

Eine derartige Übersicht bzw. Auswertung wird bei der Bundesregierung nicht geführt, da es sich hierbei um Fragen der ärztlichen Berufsausübung handelt, für die die Zuständigkeit bei den Ländern und dort insbesondere bei den Kammern liegt. Auf Anfrage hat jedoch die Bundesärztekammer die jährlich in ihren Tätigkeitsberichten veröffentlichten Statistiken über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen aus den Jahren 1981 bis 1996 (Anhang 1) übersandt. In der bei der Bundesärztekammer gebildeten Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen werden diese Statistiken jährlich erörtert und auf Besonderheiten hin überprüft. Erfahrungen aus der Tätigkeit dieser Gremien werden bei der ärztlichen Fortbildung verwendet. So beabsichtigt nach Auskunft der Bundesärztekammer z. B. die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein für dieses Jahr Fortbildungsveranstaltungen zu den Themen Radiusfrakturen, Diagnostik des Mammacarcinoms, Laparoskopische Cholezystektomie und Kom-

plikationen bei proktologischen Eingriffen durchzuführen.

In bezug auf die Ausbildung von Ärzten ergeben sich keine unmittelbaren Konsequenzen, da die Ausbildung zum Arzt Grundlagenwissen vermitteln soll, aufgrund dessen die Ausübung der Heilkunde am Menschen unter der Bezeichnung „Arzt“ gestattet wird, die Weiterbildung und die Fortbildung hingegen eine Form der Spezialisierung und Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung darstellen, für die die Zuständigkeit bei den Ländern liegt. So dient die in den Berufsordnungen der Landesärztekammern verankerte Pflicht, sich beruflich fortzubilden, in erster Linie dem Schutz des Patienten vor Behandlungsfehlern, so daß auch vorwiegend im Bereich der ärztlichen Fortbildung auf die sich aus der Auswertung von Übersichten über Behandlungsfehler ergebenden Erkenntnisse reagiert werden muß. Sollten jedoch zu irgend einem Zeitpunkt Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß gehäuft auftretende Behandlungsfehler auf Mängel in der ärztlichen Ausbildung zurückzuführen sind, muß der Bundesgesetzgeber hierauf selbstverständlich reagieren. Entsprechende Anhaltspunkte liegen bisher jedoch nicht vor.

10. Beabsichtigt die Bundesregierung, künftig eine jährliche Berichterstattung über Behandlungsfehler in der Bundesrepublik Deutschland zu geben?

Die Bundesregierung beabsichtigt nicht, künftig eine jährliche Berichterstattung über Behandlungsfehler in der Bundesrepublik Deutschland zu geben.

11. Verfügt die Bundesregierung über eine vergleichende europäische oder internationale Übersicht über Behandlungsfehler?

Das Bundesministerium für Gesundheit hat 1996 ein Gutachten über den Patientenschutz und Patientenrechte im Europäischen Rechtsvergleich erstellen lassen, in dem das Recht in den verschiedensten europäischen Ländern untersucht worden ist. Eine vergleichende europäische oder internationale Übersicht über Behandlungsfehler steht der Bundesregierung nicht zur Verfügung.

II. Modelle eines Patientenschutzes

12. Welche Einrichtungen gibt es in der Bundesrepublik Deutschland, die – unabhängig von den Leistungserbringern des Gesundheitswesens – professionelle Patientenberatung anbieten?

Wie sind diese Einrichtungen personell/stellenmäßig ausgestattet?

Wie stellt sich das Angebot an Patientenberatung pro Kopf der Bevölkerung dar?

Als unabhängige Gutachter bieten die Ärzte des Medizinischen Dienstes die Voraussetzung für eine pro-

fessionelle Patientenberatung. Durch umfassende und kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird sichergestellt, daß die Fachkompetenz der MDK-Ärzte auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft gehalten wird.

Daneben wurde von den Bundesländern folgendes mitgeteilt:

Berlin:

Von der Verbraucherzentrale Berlin, die mit einer Juristin und einer Ärztin (Dreiviertelstelle) besetzt sei, würden 2 000 Anfragen pro Jahr bearbeitet.

Brandenburg:

In einigen Verbraucherberatungsstellen wurde zeitweise eine professionelle Patientenberatung angeboten. Aus finanziellen Gründen konnte dieses Angebot nicht aufrechterhalten werden, obwohl der Bedarf an Patientenberatung nach wie vor bestehe. Patienten, die eine Beratung benötigen, werden von Verbraucherberatungsstellen des Landes Brandenburg zur Verbraucherzentrale Berlin verwiesen.

Bremen:

Als Einrichtung existiert die Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e. V. Träger des Vereins, der im Juli 1997 gegründet wurde, sind mit der Bremer Krankenhausgesellschaft, den Krankenkassen, der Ärztekammer Bremen und dem Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz vier wichtige Einrichtungen des Gesundheitswesens. Der Verein wird von den vier Trägern zu gleichen Anteilen finanziert. Die Geschäftsführung wird von der Ärztekammer wahrgenommen. Die unabhängige Patientenberatung wird hauptamtlich von zwei Fachleuten mit je einer halben Stelle durchgeführt. Die Unabhängige Patientenberatungsstelle hat am 1. Januar 1998 ihre Tätigkeit aufgenommen. Durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, unterstützt durch die Medien sowie die Träger, sei es in kurzer Zeit gelungen, die Einrichtung bekanntzumachen. Zwischenzeitlich würden sich – mit steigender Tendenz – zahlreiche Personen an die Beratungsstelle wenden. Im Zuge der Etablierung lasse sich die qualitative sowie die quantitative Beanspruchung der Einrichtung jedoch noch nicht eindeutig beurteilen. Die wissenschaftliche Begleitung des Aufbauprozesses wird vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert.

Hamburg:

Es bieten drei Patientenberatungsstellen eine Beratung für die Bevölkerung an, nämlich die Patientenberatungsstelle der Verbraucherzentrale, die „Patienteninitiative e. V.“ und die „Gesundheitslotsen“ bei der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Die Patientenberatungsstelle bei der Verbraucherzentrale Hamburg e. V. verfügt über ungefähr 3,5 Personalstellen. Die Finanzierung wird durch Gebühreneinnahmen der Verbraucherzentrale (ca. 10 000 DM/Jahr) sowie eine jährliche Zuwendung der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1998 voraussichtlich in Höhe von 471 225 DM, sichergestellt. Sie gilt als

größte Patientenberatungsstelle in der Bundesrepublik Deutschland. 1997 wurden neben anderen Leistungen 4 135 telefonische oder persönliche Patientenberatungen vorgenommen.

Hessen:

Durch § 7 des Hessischen Krankenhausgesetzes vom 18. Dezember 1989 wurde die Institution des „Patientenfürsprechers“ geschaffen. Der Patientenfürsprecher prüft die Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertritt deren Anliegen. Er kann sich mit Einverständnis der betroffenen Patienten jederzeit und unmittelbar an die zuständigen Stellen wenden. Beschäftigte der Krankenhausträger des Versorgungsgebietes oder Mitglieder ihrer Organe sind nicht wählbar.

Mecklenburg-Vorpommern:

Nach § 13 des Landeskrankenhausgesetzes für das Land Mecklenburg-Vorpommern vom 8. Dezember 1993 sind bei den Landkreisen und kreisfreien Städten für die Krankenhäuser ihres Gebietes Patientenbeschwerdestellen einzurichten. Die Mitglieder dieser Beschwerdestellen werden von dem Kreistag oder der Stadtverordnetenversammlung gewählt, wobei Bedienstete der jeweiligen Krankenhäuser oder ihrer Träger nicht wählbar sind. Die Patientenbeschwerdestellen brauchen Anregungen und Beschwerden der Patienten und vertreten deren Anliegen. Sie können sich mit Einverständnis der Betroffenen jederzeit und unmittelbar an die zuständigen Stellen wenden. Die Verwaltungspraxis zeige, daß die Patientenbeschwerdestellen nur vereinzelt in Anspruch genommen werden.

Nordrhein-Westfalen:

Einzelne Initiativen, die Patientenberatung anbieten, werden von der Landesregierung nicht systematisch erfaßt, da es hierzu keine Rechtsgrundlage gebe. Zu den bekannten Initiativen würden der „Gesundheitsladen Köln“ oder der „Gesundheitsladen Bielefeld“ zählen.

Schleswig-Holstein:

Eine entsprechende Beratung wird vom Verein „Patienten-Ombudsmann/-frau in Schleswig-Holstein“ angeboten. Der Verein wird gemeinsam getragen von der Verbraucherzentrale, der AOK Schleswig-Holstein sowie der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Er beschäftigt drei Ombudsleute auf ehrenamtlicher Grundlage.

Unabhängig von den Leistungserbringern des Gesundheitswesens arbeiten im übrigen die neun Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern.

13. Welche Selbsthilfegruppen gibt es, die auf ehrenamtlicher Grundlage Patientenberatung betreiben?
Wie sind diese Gruppen materiell ausgestattet?

Die Bundesländer haben folgendes mitgeteilt:

Baden-Württemberg:

Es gibt Interessengruppen, in denen sich vorwiegend Menschen organisiert haben, die „Medizinschäden“ erlitten haben. Eine Förderung dieser Interessengruppen aus Haushaltsmitteln des Landes erfolgt nicht.

Brandenburg:

Es gibt eine Vielzahl von Selbsthilfeverbänden und -gruppen, über deren regionales Angebot die 18 Selbsthilfekontaktstellen in den Kreisen und den kreisfreien Städten Informationen geben können. Selbsthilfeverbände und -gruppen werden teilweise über das Land, die Kreise, die kreisfreien Städte und die Krankenkassen jährlich gefördert.

Bremen:

Bis Oktober 1997 wurde eine „Unabhängige PatientInnenstelle“ im Gesundheitsladen Bremen aus dem Erlösanteil von Wett- und Lottomitteln gefördert. Einrichtungsinterne und Akzeptanzprobleme sowie die gesundheitspolitische Entscheidung für die Einrichtung einer finanziell abgesicherten trägerübergreifenden unabhängigen Patientenberatungsstelle haben in Bremen zu der Entscheidung geführt, die finanzielle Förderung der PatientInnenstelle zu beenden.

Darüber hinaus werden in Bremen zahlreiche Selbsthilfegruppen sowie mehrere Selbsthilfeunterstützerstellen im Bereich „Gesundheit und Behinderung“ finanziell gefördert. Diese Einrichtungen erfüllen zwar nicht den Anspruch einer globalen Patientenberatung, führen jedoch bezogen auf einzelne Krankheitsbilder und Behinderungen für die Betroffenen u. a. auch eine gezielte Beratung durch.

Hamburg:

Es betreiben zwei Selbsthilfegruppen ehrenamtlich Patientenberatung, nämlich die Patienteninitiative e. V. und KISS (Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen).

Niedersachsen:

Nach Schätzungen bestehen etwa 7 000 Selbsthilfegruppen im sozialen und gesundheitlichen Bereich. Insbesondere bei den größeren Gruppierungen schließen Beratung und Austausch zu den jeweiligen krankheitsspezifischen Problemen auch Fragen der Patientenberatung mit ein. Die materielle Ausstattung der Selbsthilfegruppen ist nicht bekannt.

Nordrhein-Westfalen:

Es gibt 12 000 bis 15 000 Selbsthilfegruppen, zu denen je nach Definition etwa zwei Drittel bis drei Viertel zum gesundheitlichen Bereich zu zählen sind. Ein Großteil dieser Gruppen ist für Außenstehende offen und leistet freiwillig und unentgeltlich Patientenberatung. Kleinere finanzielle Zuschüsse erhalten diese Gruppen gelegentlich von Krankenkassen oder von Kommunen. Den Selbsthilfegruppen wird mit 20 Kontakt- und Informationsstellen eine infrastrukturelle Unterstützung

geboten, die auch für „ehrenamtliche“ Patientenberatung genutzt wird.

Sachsen:

Es sind drei Selbsthilfegruppen bekannt.

Sachsen-Anhalt:

Die Zahl der Selbsthilfegruppen wird auf ca. 700 geschätzt, wovon der größte Teil dem Bereich chronischer Erkrankungen zuzuordnen ist. Die Gruppen sind im wesentlichen auf die materielle Unterstützung von Krankenkassen, Kommunen und Sponsoren angewiesen. Das Land fördert 1998 die Arbeit von ca. 300 Selbsthilfegruppen durch Sachkostenzuschüsse für bestimmte Projekte. Auch werden die Zusammenschlüsse von Selbsthilfegruppen zu Landesverbänden durch Sachkostenzuschüsse zu ihrer Koordinations- und Beratungstätigkeit sowie teilweise durch ABM-Kräfte gefördert.

Saarland:

Es gibt eine Stelle, die auf Patientenschutz spezialisiert ist, nämlich den Arbeitskreis „Kunstfehler in der Geburtshilfe e. V. – Regionalstelle Saarland“. Die Selbsthilfegruppe erhält keine Landeszuwendungen, so daß ihre materielle Ausstattung nicht bekannt ist.

14. Welche Schlußfolgerungen zieht die Bundesregierung aus der Tatsache, daß diese Gruppen vehement an die Politiker appellieren, die Position der Medizingeschädigten zu verbessern und mehr Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen zu schaffen?

Mit den Vorschriften des SGB V sind die notwendigen Voraussetzungen für Transparenz hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung geschaffen worden. Danach ist es Aufgabe der Krankenkassen und der Anbieter von Gesundheitsleistungen, diese Transparenz herzustellen.

Darüber hinaus helfen die von der Bundesregierung bundesweit angelegten Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität, mehr Transparenz zu schaffen. Zu nennen sind insbesondere die Qualitätssicherungsmaßnahmen

- in der Herzchirurgie für Erwachsene sowie der pädiatrischen Kardiologie,
- in der Versorgung nierenkranker Menschen,
- in der Krankenhaushygiene und
- in der operativen Gynäkologie.

15. Wie beurteilt die Bundesregierung die Empfehlung des Sachverständigenrates für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 1992, wonach die bestehenden rechtlichen Vorgaben in einer für Versicherte bzw. Patientinnen und Patienten zugänglichen Patientencharta zusammengefaßt und das Thema Patientenrechte in das Bewußtsein der Öffentlichkeit und der im Gesundheitswesen Tätigen gerückt werden sollten, um eine breite Diskussion darüber anzuregen und einen Konsens über die Kodifizierung der Patien-

tenrechte in einer Patientenrechtscharta zu erreichen?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung eingeleitet, um diese Empfehlung umzusetzen?

Die Bundesregierung begrüßt die Initiative der Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer (GMK), eine Patientenrechts-Charta in diesem Bereich, der weitgehend in ihre Zuständigkeit fällt, zu erarbeiten.

Die 70. Gesundheitsministerkonferenz der Länder am 20./21. November 1997 hat auf Initiative Hamburgs und Bremens die Anregung des Sachverständigenrates aufgegriffen und die Erstellung einer Patientencharta beschlossen. Es wurde eine GMK-Arbeitsgruppe unter Federführung Hamburgs und Bremens eingesetzt. Beteiligt sind weiterhin die Länder Nordrhein-Westfalen, Bayern sowie ein Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit. Es soll ein abgestimmter Charta-Entwurf als Beschlußvorlage für die 72. GMK 1999 vorbereitet werden.

16. Wie steht die Bundesregierung zu der Aufforderung der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister sowie Senatorinnen und Senatoren der Länder vom 21. November 1996, gemäß den Vorschlägen des Sachverständigenrates Maßnahmen zur Verbesserung der Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten des gesundheitlichen Verbraucherschutzes zu ergreifen?

Wann und in welcher Form wird die Bundesregierung dieser Aufforderung nachkommen?

Die einzelnen Punkte der Entschließung vom 21. November 1996 verdienen Beachtung. Bei der Mehrzahl der vorgeschlagenen Maßnahmen verwundert es jedoch, daß die Bundesregierung zu ihrer Durchsetzung aufgefordert wird. Aufgrund der grundgesetzlich geregelten Zuständigkeitsordnung ist es Sache der Länder und der Landesärztekammern, z. B. Patientenvertreter in die bei ihnen angesiedelten Gremien der Selbstverwaltung aufzunehmen, den Aufgabenbereich von Ethik-Kommissionen festzulegen oder anbieterunabhängige Vertretungen einzurichten.

17. Wie steht die Bundesregierung zu dem Warschauer Beschluß der 5. Konferenz der Gesundheitsminister der im Europarat vertretenen Staaten vom 8. November 1996 zum Thema „Soziale Herausforderung an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte im Zusammenhang mit Gesundheitsreformen“?

Was hat die Bundesregierung unternommen, um ihn in Deutschland umzusetzen?

Bei dem Schlußtext, den die Gesundheitsminister der im Europarat vertretenen Staaten am 8. November 1996 in Warschau angenommen haben, handelt es sich um eine Empfehlung; der Text begründet keine völkerrechtlichen Verpflichtungen.

Die Gesundheitsminister hatten dabei in erster Linie die mittel- und osteuropäischen Länder vor Augen, in

denen das gesamte – früher staatsmonopolistische – Gesundheitswesen auf dem Prüfstand war. Ziel der Konferenz war es vor allem, entsprechend dem Mandat des Europarates aufgrund der Europäischen Menschenrechtskonvention und der Sozialcharta die dort verankerten Werte im Zuge der laufenden grundsätzlichen Reformen der Gesundheitssysteme in den erwähnten Staaten in einer Art von neuem Sozialpakt zu schützen. Der Inhalt dieses neuen Sozialpaktes wird in allgemeinen Zielen beschrieben. Die meisten von ihnen sind bekannte Forderungen wie gleiche Chancen für den Zugang zur Gesundheitsversorgung, Definition der Rolle und Verantwortung des Staates, Qualitätssicherung und stärkere Patientenbeteiligung. Diese Ziele sind in der Bundesrepublik Deutschland weitestgehend verwirklicht, z. B. im Hinblick auf die Rolle der Selbstverwaltungskörperschaften.

Darüber hinaus haben die Beschlüsse der Gesundheitsminister aber auch Bedeutung für andere Länder, in denen Reformen im Gesundheitswesen durchgeführt werden. Deutschland wirkt deshalb an dem Arbeitsprogramm des Europarates zur Umsetzung der Beschlüsse der Konferenz aktiv mit. Beispielsweise wird zu diesem Zweck 1997/98 ein „koordiniertes medizinisches Studienprogramm zur Entwicklung von Strukturen im Hinblick auf die Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen“ durchgeführt. Am Ende dieses Vorhabens steht wahrscheinlich eine Empfehlung an die Mitgliedstaaten.

18. Wie steht die Bundesregierung zu der 1994 in Amsterdam verabschiedeten WHO-Empfehlung „Principles of the Rights of Patients in Europe“ zur Stärkung von Patientenrechten?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um diese in der Bundesrepublik Deutschland umzusetzen?

Im internationalen Bereich hatte es in den 80er und Anfang der 90er Jahre mehrere Versuche gegeben, Teilaspekte des Patientenschutzes bzw. der Patientenrechte zu kodifizieren. So hatte der Europarat versucht, die „Rechte der Kranken und Sterbenden“ aufzulisten; allerdings war hier ein Konsens nicht zustande gekommen.

Die WHO-Tagung im März 1994 hatte die Aufgabe, – verknüpft mit dem sich in den meisten Ländern der europäischen Region vollziehenden Prozeß der Reform der Gesundheitsversorgung – Prinzipien und Strategien zur Förderung von Patientenrechten zu definieren.

Die in Amsterdam verabschiedete „Deklaration zur Förderung der Patientenrechte in Europa“ baut deshalb auf den (auch in der Bundesrepublik Deutschland) bereits geltenden zwischenstaatlichen Vertragswerken auf:

- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948),
- Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (1966),
- Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1966),

- Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (1950),
- Europäische Sozialcharta (1961).

Die Deklaration betont zugleich, daß sie lediglich ein europäischer Aktionsrahmen ist, der Denkanstöße im Gestaltungsprozeß der Gesundheitsversorgung geben soll.

Die für die Patienten maßgeblichen gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen finden sich in einer Vielzahl von Bestimmungen des Bundes- und Landesrechts. Außerdem hat die Rechtsprechung eine Reihe von Rechten der Patienten präzisiert und für das prozessuale Verfahren Beweiserleichterungen geschaffen. Die Rechtsstellung des Patienten wird dabei durch Rechtsetzung und Rechtsprechung kontinuierlich fortentwickelt, wobei auch die internationalen Entwicklungen in die dabei angestellten Überlegungen mit einfließen.

19. Wie beurteilt die Bundesregierung die vielfältigen Vorschläge zur Verbesserung des Patientenschutzes, insbesondere folgende Vorschläge:

Vorab ist – wie schon in der Beantwortung zu Frage 18 – darauf hinzuweisen, daß die für das Verhältnis Patient-Arzt maßgebenden gesetzliche und berufsrechtliche Regelungen in einer Vielzahl von Bestimmungen des Bundes- und Landesrechtes enthalten sind. So findet die Patienten-Arzt-Beziehung ihre rechtliche Ausgestaltung u. a. im bürgerlichen Recht. Die Rechtsprechung hat hier eine Reihe von Rechten der Patienten präzisiert, u. a. eingehend zur Frage der Einsicht in Krankenunterlagen und deren Herausgabe durch den Arzt Stellung genommen. Sie hat ferner für das prozessuale Verfahren Beweiserleichterungen geschaffen. Durch Änderungen der Berufsordnungen für Ärzte in den Ländern sind einzelne ärztliche Pflichten genauer als bisher beschrieben worden. Außerdem wird die Durchsetzung der Rechte der Betroffenen durch die Tätigkeit der Gutachter- und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen der Landesärztekammern erleichtert.

Es ist im Hinblick auf die sich fortentwickelnden Verbesserungen der Rechtsstellung des Patienten und die genauer werdende Beschreibung ärztlicher Pflichten durch Rechtsprechung und Berufsrecht nicht daran gedacht, in naher Zukunft durch gesetzgeberische Maßnahmen auf zivilrechtlichem Gebiet besondere Regelungen für die Durchsetzung von Schadensansprüchen von Patienten zu schaffen.

- die Beweislast für die Geschädigten generell zu erleichtern,

Die allgemeine Regel, derzufolge der Anspruchsteller die Beweislast für die anspruchsbegründenden Tatsachen, der Anspruchsgegner die für die anspruchshindernden bzw. anspruchvernichtenden Tatsachen trägt, hat die Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht teilweise zugunsten des Patienten modifiziert.

So genügt der sog. Anscheins- oder Prima-facie-Beweis dann für den Nachweis von Kausalität und Verschulden, wenn sich dem Beobachter aufgrund eines medizinischen Erfahrungssatzes die Vorstellung von einem bestimmten Geschehensablauf aufdrängt. Weiterhin können die Vernichtung oder Veränderung des Beweismittels durch den Arzt sowie generell eine fehlende Dokumentation zur Erleichterung in der Beweisführung bis zur Umkehr der Beweislast führen. Gleiches gilt für wahrheitswidrige Eintragungen in das Krankenblatt.

Zu einer völligen Umkehr der Beweislast führt nach der Rechtsprechung auch ein schwerer Behandlungsfehler des Arztes. Erleidet der Patient einen Schaden, der im Schutzbereich des grobfehlerhaften Verhaltens liegt, hat der Arzt den Beweis zu führen, daß der Schaden nicht auf den Fehler zurückzuführen ist.

Nach gefestigter Rechtsprechung haftet der Arzt für alle schädlichen Folgen eines Eingriffs, dem der Patient nicht zugestimmt hat oder über den er nicht hinreichend aufgeklärt worden ist. Der Arzt trägt hier die Beweislast sowohl für das Vorliegen der Einwilligung als auch für die vorangegangene Aufklärung des Patienten.

Diese von der Rechtsprechung entwickelten Beweisregeln berücksichtigen in sachgerechter Weise sowohl die erhebliche Gefahrenneigung ärztlicher Tätigkeit als auch die schwierige prozessuale Beweissituation des Patienten. Einer weitergehenden, generellen Umkehr der Beweislast im Arzthaftungsrecht steht die Bundesregierung aus grundsätzlichen Erwägungen ablehnend gegenüber. Eine derartige Beweislastumkehr würde faktisch zu einer Art Verdachtshaftung des behandelnden Arztes führen. Der Arzt müßte nachweisen, daß der Schaden nicht durch einen Behandlungsfehler verursacht worden ist. Ein derartiger „Negativbeweis“ fehlender Verursachung ist aber faktisch nicht zu führen. Im Ergebnis würde der Arzt unabhängig von einem eigenen Verursachungsbeitrag für den Schaden einstehen. Ein solches Ergebnis ist nach Auffassung der Bundesregierung nicht zu rechtfertigen, weil die Schadensursache regelmäßig auch im Gesundheitszustand des Patienten, letztlich also in dessen Person, wurzelt und der Arzt lediglich die kunstgerechte Durchführung einer sachgerechten Behandlung, nicht aber den Heilerfolg als solchen schuldet.

- eine verschuldensunabhängige Haftung für den behandelnden Arzt nach schwedischem Vorbild einzuführen, die bei Nachweis eines Schadens durch den Patienten die zermürbenden Aufklärungsschwierigkeiten, bei der die Ärzte aufgrund der Haltung der Haftpflichtversicherungen in eine problematische juristische Position gedrängt werden, für die Patienten erspart bzw. erleichtert,

Eine verschuldensunabhängige Haftung (sog. Gefährdungshaftung) des behandelnden Arztes lehnt die Bundesregierung ebenfalls – aus den oben genannten Gründen – ab.

Soweit mit dem in der Fragestellung enthaltenen Hinweis auf das schwedische Vorbild ein Modell einer Patienten-Unfallversicherung gemeint sein sollte, kann ein Bedürfnis für deren Einführung als gesetzliche Pflichtversicherung nicht bejaht werden.

- eine rechtliche Regelung zu schaffen, die den Beschäftigten des Gesundheitswesens die Möglichkeit gibt, Behandlungsfehler von sich aus zu melden, ohne Angst vor Nachteilen haben zu müssen,

Solche Vorschläge sind der Bundesregierung nicht bekannt. Es ist auch nicht ohne weiteres vorstellbar, wie eine solche Regelung aussehen könnte.

- eine rechtliche Regelung zu schaffen, die Ärzten die Möglichkeit eines Schuldeingeständnisses gibt, ohne den Versicherungsschutz zu verlieren,

Es muß zunächst hinsichtlich des Begriffes „Schuld eingeständnis“ differenziert werden:

Grundsätzlich hat ein Versicherungsunternehmen im Rahmen der Haftpflichtversicherung dem Versicherungsnehmer (hier also dem Arzt) dasjenige zu ersetzen, was dieser aufgrund seiner Verantwortlichkeit an einem Dritten (also an den Patienten) zu bewirken hat. Die Haftpflichtversicherung trifft danach in den hier interessierenden Fällen zunächst nur das Innenverhältnis zwischen Arzt und Versicherung. Zur Vermeidung mißbräuchlicher Inanspruchnahme hat der Versicherer ein eigenes Prüfungsrecht hinsichtlich der Frage, ob sein Versicherungsnehmer einem Dritten gegenüber zu Recht verpflichtet ist. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) sehen hierzu in § 5 Nr. 5 vor, daß ein Versicherungsnehmer nicht berechtigt ist, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil anzuerkennen und daß der Versicherer bei Zuwiderhandlungen von der Leistungspflicht frei wird, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer nach den Umständen die Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte. Letztere Einschränkung entspricht der gesetzlichen Regelung des § 154 Abs. 2 VVG. Der Versicherungsnehmer ist danach mit anderen Worten nicht berechtigt, rechtsverbindliche Erklärungen zu seiner Verantwortlichkeit für den Eintritt eines Schadensfalles abzugeben.

Demgegenüber fallen wahrheitsgemäße Erklärungen über Tatsachen nicht unter das Anerkenntnisverbot. Ärzte sind deshalb berechtigt, wahrheitsgemäße Angaben über Behandlungsfehler zu machen, ohne daß sie den Versicherungsschutz verlieren würden.

Danach besteht insoweit kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

- die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern durch unabhängige Schiedsstellen für Arzthaftpflichtfragen zu ersetzen und damit Ombudsstellen zu schaffen, die – ähnlich dem österreichischen Modell der Patientenanwaltschaft – über das Gesundheitswesen sowie seine sachgemäße Inanspruchnahme, über Patientenrechte, deren Anwendung und Durchsetzung informiert, bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Patient und Leistungserbringer vermittelt und bei Patientenschäden über die außergerichtliche Schadensregulierung entscheidet,

Für die Schaffung solcher Stellen besteht nach Ansicht der Bundesregierung kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf.

- das Kostenrisiko geschädigter Patienten durch eine generelle Patienten-Rechtsschutzversicherung aufzufangen,

Auch insoweit besteht kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf:

Eine bestehende Rechtsschutzversicherung für allgemeinen Schadensersatz- und Vertragsrechtsschutz übernimmt auch die Kosten der Rechtsverfolgung für die Durchsetzung von Ansprüchen aus Behandlungsfehlern auf deliktsrechtlicher oder vertraglicher Grundlage.

Im übrigen wäre es Versicherungsunternehmen unbenommen, im Rahmen ihrer wirtschaftlichen Dispositionsbefugnis eine Rechtsschutzversicherung speziell für Arzthaftungsansprüche nach Delikts- und/oder Vertragsrecht anzubieten, vergleichbar dem verbreitet angebotenen Verkehrsrechtsschutz.

Soweit im übrigen ein Patient nicht über eine Rechtsschutzversicherung verfügt, die die Kosten seiner beabsichtigten Rechtsverfolgung gegenüber einem Arzt übernimmt, hat der Patient die Möglichkeit, Prozeßkostenhilfe nach Maßgabe der §§ 114 ff. ZPO zu beantragen.

- das Krankenversicherungsrecht zu ändern und die Kann-Bestimmung des § 66 SGB V in eine zwingende Vorschrift umzuwandeln und damit einer Petition der Notgemeinschaft Medizinischgeschädigte aus dem Jahre 1995/96 zu entsprechen,

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die derzeit geltende Regelung in § 66 SGB V keiner Änderung bedarf. Es muß weiterhin den Krankenkassen überlassen bleiben, in Abschätzung von Aufwand, Erfolgsaussicht und der Berechtigung nach Grund und Höhe des Schadensersatzanspruches des Versicherten entscheiden zu können, ob und mit welchen Mitteln sie die Versicherten bei der Rechtsverfolgung unterstützen. Es würde auch der in beiden GKV-Neuordnungsgesetzen enthaltenen Intention des Gesetzgebers zuwiderlaufen, die Verantwortung der Krankenkassen zur

eigenen Entscheidung zu stärken und die gesetzlich verpflichtenden Vorgaben zurückzunehmen, wenn man die Krankenkassen zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern verpflichten würde.

Krankheitsverlauf und ärztliche Behandlung sind oft keine naturwissenschaftlich-mathematisch berechenbaren Ereignisse. Wenn sich Beschwerden und Leiden eines Patienten im Verlauf einer ärztlichen Behandlung verschlimmern, stellt sich daher die schwer zu beantwortende Frage, ob die Verschlechterung des Gesundheitszustands trotz oder wegen der ärztlichen Maßnahmen eintrat. Die Gesundheit hängt von vielen Risiken ab; eines ist der ärztliche Behandlungsfehler. Da therapeutischer Nutzen der Heilbehandlung und die Möglichkeit einer zusätzlichen Gesundheitsbeeinträchtigung durch den Arzt oftmals unentwinnbar mit vom Arzt nicht beherrschbaren körpereigenen Entwicklungen einhergehen, ist die Schwierigkeit der Abgrenzung zwischen schuldhaftem Arztfehler und Krankheitsschicksal offenkundig. Die Krankenkasse sollte deshalb diese Frage in ermessensfehlerfreier Abwägung eigenverantwortlich mit einem Ermessensspielraum entscheiden können.

Im übrigen würde eine derartige Unterstützungspflicht der Krankenkassen wegen des sich daraus zwangsläufig ergebenden stärkeren finanziellen wie auch personellen Einsatzes der Krankenkassen für die gesetzliche Krankenversicherung sicherlich kostentreibend wirken.

- das Krankenversicherungsrecht so zu ändern, daß eine Patientenunterstützung durch Krankenkassen nach dem belgischen Modell geschaffen wird,

Der Gesetzgeber hat seinerzeit bei der Beschlußfassung zu § 66 SGB V bewußt von einem juristischen Beistand der Krankenkassen, insbesondere der Übernahme der Anwalts- und Gerichtskosten der Versicherten, abgesehen. Maßgeblich ist dies auf praktische Erwägungen zurückzuführen. Versicherte, bei deren Behandlung ein Fehler geschehen ist, werden in der Regel Schmerzensgeldforderungen, ggf. auch Verdienstaufschlag einfordern. Es ist deshalb vorrangig Sache des Versicherten, für sich zu entscheiden, ob er derartige Ansprüche verfolgen wird.

Der Versicherungszweck der gesetzlichen Krankenversicherung umfaßt die Übernahme der gerichtlichen Verfolgung der dem Versicherten nach dem Anspruchsübergang nach § 116 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch verbliebenen Ansprüche nicht. Die gesetzliche Krankenversicherung ist insoweit keine Rechtsschutzversicherung. Das Prozeßrisiko, das mit der Durchsetzung solcher Ansprüche Dritter verbunden ist, darf nicht der Solidargemeinschaft aufgebürdet werden, da die die Zwangsmitgliedschaft rechtfertigenden sozialen Schutzgründe die Verfolgung von eigenen Ansprüchen des Versicherten nicht einschließen.

- Maßnahmen zu ergreifen, damit die betroffenen Patienten und die Krankenkassen künftig regelmäßig alle mit Behandlungsschäden zusammenhängenden Informationen erhalten, z. B. durch Einführung einer Meldepflicht von Ärzten und Krankenhäusern bei Hinweisen auf Gesundheitsschäden aus Behandlungsfehlern,

Die Bundesregierung sieht insoweit keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf.

- Maßnahmen zu ergreifen, die die gutachterliche Tätigkeit in Arzthaftpflichtfragen beschleunigen, verbessern und transparent machen,

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) haben sich mit dem Thema „Arzthaftungsfragen und deren Relevanz für den versicherten Patienten“ intensiv befaßt. Im Jahre 1997 wurde ein Symposium zu der Frage „Haftung statt Qualitätssicherung?“ vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen durchgeführt.

- die Rolle des Medizinischen Dienstes (MDK) zu stärken und seine Handlungsfähigkeit zu verbessern,

Zwei sozialmedizinische Arbeitsgruppen der MDK-Gemeinschaft befassen sich intensiv mit diesen Fragestellungen: Eine engagiert sich in einer optimierten Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, eine andere mehr mit konkreten Fällen sowie der generalisierten Umsetzung in der Fort- und Weiterbildung.

Ein Arbeitsergebnis des Medizinischen Dienstes aus diesem Themenfeld ist der jüngst vorgelegte „Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern“, der eine bundesweit einheitliche Begutachtung sicherstellt. Der Leitfaden soll dazu dienen, die Mitarbeiter der Krankenkassen für das Aufgreifen von Regreßfragen zu sensibilisieren und den Ärzten des Medizinischen Dienstes die haftungsrechtlichen Grundtatbestände näherzubringen. Der Leitfaden befaßt sich mit den Schadensersatzfragen der Krankenkassen nach § 116 SGB X sowie der Unterstützung der Versicherten nach § 66 SGB V. In diesem Zusammenhang geht es insbesondere um den Begutachtungsauftrag an den Medizinischen Dienst. Ein deutlicher Anstieg solcher Begutachtungsaufträge ist festzustellen.

- einerseits zu verhindern, daß sich in der Bundesrepublik Deutschland eine unnötig kostentreibende Defensivmedizin entwickelt und andererseits dennoch die Patientenselbstbestimmung und den Patientenschutz wirksam zu verbessern?

Die Bundesregierung begrüßt grundsätzlich alle Maßnahmen oder Vorschläge, die unnötige, kostentrei-

bende oder „defensive“ Behandlungsmaßnahmen verhindern und zur Verwirklichung der Patientenselbstbestimmung und des Schutzes von Patienten beitragen.

III. Gutachter- und Schlichtungsstellen

20. Wie steht die Bundesregierung zu der Tatsache, daß sie einerseits in dem von ihr 1996 herausgegebenen Ratgeber „Schlichten ist besser als Richten“ empfiehlt, vor Anrufung einer Schiedsstelle darauf zu achten, ob diese die Unabhängigkeit ihrer Tätigkeit gewährleistet und paritätisch zusammengesetzt sei (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung; Schlichten ist besser als Richten – Beratung und Vermittlung in Streitfällen), sie aber andererseits sieht, daß die bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen diesen Kriterien, insbesondere was Unabhängigkeit und Parteiferne betrifft, nicht entsprechen?

Die genannte Broschüre informiert generell über Schieds- und Schlichtungsstellen, die in erster Linie im Bereich des Handels und des Handwerks eingerichtet worden sind. Auch Ärztliche Gutachter- und Schlichtungsstellen werden darin vorgestellt. Die Landesärztekammern und die von ihr eingerichteten Gremien unterstehen der Rechtsaufsicht durch die obersten Landesgesundheitsbehörden. Die Bundesregierung kann aufgrund der grundgesetzlich geregelten Zuständigkeitsordnung zu dem Verhalten dieser Einrichtungen keine Stellungnahme abgeben. Dies berücksichtigend ist aus Sicht der Bundesregierung jedoch festzuhalten, daß Zweifel an der Unabhängigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen nicht nachvollziehbar belegt und damit gerechtfertigt sind.

Zahlen

21. Wie viele Schlichtungsanträge wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bei den von den Landesärztekammern eingerichteten Gutachter- und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen pro Jahr gestellt? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
22. Wie viele Schlichtungsanträge davon wurden zur Verhandlung angenommen? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Zu den Fragen 21 und 22:

Entsprechend der Beantwortung von Frage 9 muß auf den Anhang 1 verwiesen werden.

23. Gibt es bei den Gutachter- und Schlichtungsstellen für die Annahme von Schlichtungsanträgen Verjährungs- bzw. Ausschlußregelungen?

Wenn ja, wie lauten diese und wie viele Anträge wurden bisher mit dieser Begründung zurückgewiesen? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

In Hessen und Rheinland-Pfalz werden die Gutachter- und Schlichtungsstellen nicht tätig, wenn der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antrag-

stellung länger als drei Jahre zurückliegt. Die Kommissionen bzw. Stellen in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein, Saarland, Sachsen und Westfalen-Lippe stellen demgegenüber auf ein Zurückliegen von mehr als fünf Jahren ab (die Gutachterkommission bei der Ärztekammer Nordrhein allerdings nur „in der Regel“). Für den Bereich der neun Ärztekammern, die der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern angeschlossen sind, gelten keine Verjährungs- oder Ausschlußregelungen mit Ausnahme für die neuen Bundesländer, in deren Zuständigkeitsbereich nur Behandlungsfälle ab dem 3. Oktober 1990 bearbeitet werden. Im übrigen gelten bei den anderen Ärztekammern eine Reihe von Ausschlußgründen gemäß den Statuten bzw. den Geschäfts- oder Verfahrensordnungen der Kommissionen bzw. Stellen, wie z. B. das Vorliegen einer rechtskräftigen Entscheidung eines Gerichts über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers. Zur Zahl der betroffenen Anträge vergleiche im übrigen den Anhang 1.

24. Wie groß ist der Anteil der durch die Gutachter- und Schlichtungsstellen außergerichtlich erledigten Schadensmeldungen im Jahr, bei denen ein Behandlungsfehler anerkannt und Schadensersatz geleistet wurde? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
25. Wie hoch ist der Anteil der Ablehnungen von Ansprüchen aus Behandlungsfällen bei den Schlichtungsverfahren, und worauf ist der hohe Anteil der Ablehnungen zurückzuführen? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Zu den Fragen 24 und 25:

Zur Beantwortung wird auf den Anhang 1 verwiesen.

26. Hat die Bundesregierung die Behauptung der Versicherungsbranche überprüft, wonach es sich bei den abgelehnten Fällen meist um unberechtigte Schadensmeldungen handelt?

Nach den Erfahrungen des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen aus Prüfungen bei Versicherungsunternehmen und durch Beschwerden über bekanntgewordene Ablehnungsfälle war die Rechtsauffassung der Versicherer in der Regel zumindest vertretbar und nicht zu beanstanden. Nachweislich zu Unrecht erfolgte Ablehnungen von Versicherungsleistungen sind selten.

27. In wie vielen Schlichtungsverfahren waren die Antragsteller anwaltlich vertreten, und wie viele hiervon gingen für die Antragsteller erfolgreich aus, wie viele scheiterten? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
28. Wie sehen die Vergleichszahlen aus bei Schlichtungsverfahren, in denen die Antragsteller nicht anwaltlich vertreten wurden? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
29. Wie sehen die Vergleichszahlen aus bei Schlichtungsverfahren, in denen die Antragsteller, zum

Beispiel von Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen etc., begleitet wurden? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Zu den Fragen 27 bis 29:

In Baden-Württemberg, Bayern und Hessen liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

Für den Bereich der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern wird seitens einiger Bundesländer geschätzt, daß in etwa 60 % der Antragsfälle die Patienten anwaltlich vertreten sind. Die Quote der bejahten Behandlungsfehler sei bei den Patienten, die anwaltlich oder nicht anwaltlich vertreten sind, gleich hoch. Vergleichbare Zahlen würden auch bei einer Vertretung des Antragstellers durch Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen etc. erreicht werden. Allerdings soll bei Patienten, die von der Verbraucherzentrale Hamburg unterstützt worden sind, die Quote der bejahten Behandlungsfehler bei nur 28 % liegen.

Der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe lagen für das Jahr 1996 1 110 Anträge vor, von denen 515 zur Sachentscheidung gelangten, in denen die Antragsteller durch Rechtsanwälte vertreten wurden. 132 Entscheidungen seien positiv, 383 negativ ausgefallen. In 371 dieser 515 Verfahren, die zur Sachentscheidung gelangten, seien die Antragsteller nicht durch Rechtsanwälte vertreten worden. 104 Entscheidungen seien positiv, 267 negativ für den Antragsteller ausgegangen. Vergleichszahlen von Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen etc. werden statistisch nicht erfaßt. Aus den letzten vier Jahren sind der Ärztekammer Westfalen-Lippe lediglich drei Verfahren bekannt, die von den genannten Institutionen eingeleitet worden sind. In den drei Fällen konnte kein Behandlungsfehler festgestellt werden.

Bei der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein seien in etwa der Hälfte der Fälle die Antragsteller anwaltlich vertreten gewesen. Nach Auskunft der Ärztekammer Nordrhein wird eine Statistik insoweit nicht geführt. Die Ergebnisse würden sich im Hinblick auf die anwaltliche Vertretung nicht unterscheiden. Fälle, in denen sich Antragsteller von Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen etc. vertreten bzw. begleiten lassen, seien äußerst selten. Es gebe keine Ergebnisunterschiede zwischen den „begleiteten“ und den „nicht begleiteten“ Verfahren.

In Rheinland-Pfalz soll die Vertretung von Patientinnen und Patienten durch Anwältinnen oder Anwälte eher die Regel sein. Eine Statistik wird nach Auskunft des dortigen Ministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit nicht geführt. Weitere Erkenntnisse lägen nicht vor.

Nach Auskunft des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie werden die Antragsteller bei der Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer in ca. 50 % der Verfahren anwaltlich vertreten. In der Ergebnisstatistik ergäben sich keine Unterschiede zwischen anwaltlich vertretenen Patienten

und denjenigen Patienten, die das Verfahren allein betreiben. Zu der Begleitung durch Verbraucherorganisationen, Selbsthilfegruppen etc. sei keine Aussage möglich, da dies nur auf sehr wenige Fälle zutreffen würde.

Nach Auskunft der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes wurden 1997 in 102 gestellten Anträgen 54 Antragsteller durch Anwälte vertreten. Bei den erledigten Anträgen wurden bei Vertretung durch einen Rechtsanwalt fünf Fehler festgestellt und in 16 Fällen kein Fehler festgestellt. Bei Anträgen ohne eine Vertretung durch einen Rechtsanwalt wurden sechs Fehler festgestellt und in dreizehn Fällen kein Fehler festgestellt. Der Gutachterkommission sei kein Fall bekannt, in dem der Antragsteller von einer Verbraucherorganisation etc. begleitet wurde.

Zusammensetzung

30. Wie sind die Gutachter- und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen der einzelnen Ärztekammern jeweils personell und fachlich zusammengesetzt?

Nach Auskünften aus den Bundesländern ergibt sich folgende personelle und fachliche Zusammensetzung:

Baden-Württemberg:

Die Gutachterkommission besteht aus einem Mitglied, das die Befähigung zum Richteramt haben muß (Vorsitzender), einem niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin oder einem Praktischen Arzt oder einem ärztlichen Mitglied aus Klinik oder Praxis, das in dem gleichen ärztlichen Gebiet tätig ist, wie der betroffene Arzt.

Bayern:

Vorsitzender der Schlichtungsstelle ist ein Arzt, weitere Mitglieder sind ein Arzt und ein Jurist. Weiterhin besteht ein Beirat, dem Ärzte der einschlägigen Fachrichtungen angehören.

Schlichtungsstelle der norddeutschen Ärztekammern:

Der Schlichtungsstelle gehören ein Arzt als Vorsitzender, ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt und weitere Ärzte an. Weitere Juristen mit der Befähigung zum Richteramt können zu Mitgliedern der Schlichtungsstelle bestellt werden. 1996 seien drei Juristen mit der Befähigung zum Richteramt, 25 ärztliche Mitglieder und 14 Sachbearbeiterinnen tätig geworden.

Hessen:

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle bestehe aus der erforderlichen Zahl von ärztlichen und juristischen Mitgliedern. Die ärztlichen Mitglieder müssen über langjährige Erfahrungen im jeweiligen Fachgebiet, die juristischen Mitglieder müssen über die Befähigung zum Richteramt verfügen.

Nordrhein:

Mitglieder der Gutachterkommission sind als Vorsitzender ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt sowie daneben vier ärztliche Mitglieder (Chirurg, In-

ternist, Pathologe und niedergelassener Allgemein-
arzt). Weitere Ärzte können als korrespondierende
Mitglieder berufen werden.

Westfalen-Lippe:

Die Gutachterkommission besteht aus einem Vor-
sitzenden, der von einem Juristen mit der Befähigung
zum Richteramt gestellt wird und zwei ärztlichen Mit-
gliedern, die in dem gleichen Gebiet tätig sind, wie der
betroffene Arzt.

Rheinland-Pfalz:

Keine Angaben.

Sachsen:

Die Schlichtungsstelle ist paritätisch mit einem Arzt
und einem Juristen besetzt.

Saarland:

Die Gutachterkommission entscheidet in der Be-
setzung mit einem Mitglied, das die Befähigung zum
Richteramt haben muß und als Vorsitzender tätig ist
und zwei ärztlichen Mitgliedern, von denen jeweils
eines in dem gleichem Gebiet tätig sein soll wie der
betroffene Arzt.

Schlichtungsverfahren

31. Wie sehen die jeweiligen Verfahrensordnungen
der Gutachter und Schlichtungsstellen aus, und
wie sind diese Verfahrensordnungen jeweils zu-
stande gekommen?

Zu den jeweiligen Verfahrensordnungen der Gut-
achterkommissionen und Schlichtungsstellen wird auf
die Anlage 2 verwiesen. Für die Schlichtungsstelle der

Sächsischen Landesärztekammer besteht keine for-
melle Verfahrensverordnung.

Die Verfahrensordnungen wurden grundsätzlich von
den Landesärztekammern im Rahmen ihrer Sat-
zungsautonomie erlassen. Eine Ausnahme besteht für
die Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle für
Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekam-
mern, die nach Mitteilung aus den Bundesländern zu-
nächst auf vertraglicher Grundlage in Geltung getreten
ist. In einzelnen Ländern sei sie mittlerweile per Sat-
zung in Kraft getreten.

32. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen sehen
in ihren Verfahrensordnungen die Hemmung der
Verjährung vor?

Die Verfahrensordnungen sehen eine Hemmung der
Verjährung nicht vor. Der Bundesgerichtshof neigt
dazu, die Einschaltung einer Gutachterkommission
oder Schlichtungsstelle als „Verhandeln“ im Sinne des
§ 852 Abs. 2 BGB anzusehen, wenn der vermeintlich
ersatzpflichtige Arzt bzw. sein Versicherer an dem
Verfahren beteiligt ist. Damit wäre die Verjährungsfrist
für Ansprüche aus unerlaubter Handlung wegen eines
Behandlungsfehlers während der Dauer des Verfah-
rens gehemmt.

33. Wie lange dauern die Verfahren?

Wie viele Verfahren dauerten in der Vergangen-
heit weniger als 6 Monate, wie viele weniger als 12
Monate, wie viele bis zu 18 Monate, wie viele län-
ger? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle
gesondert darlegen.)

Die Dauer der Verfahren ergibt sich nach Angaben aus den Bundesländern wie folgt:

Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg	Entsprechende Erkenntnisse liegen nicht vor.
Schlichtungsstelle bei der Bayerischen Landesärztekammer	Entsprechende Erkenntnisse liegen nicht vor.
Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen	Einheitliche Antwort nicht möglich, da die Dauer meistens von der Mitarbeit der Beteiligten (Patienten, Ärzte) abhängt.
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeut- schen Ärztekammern	13 Monate (Stand 6/98)
Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein	30 Verfahren ≤ 6 Monate, 434 Verfahren ≤ 12 Monate, 478 Verfahren ≤ 18 Monate, 390 Verfahren > 18 Monate (Stand 9/97).
Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	Die Bestellung der Mitglieder der Schlichtungsstelle benö- tigt etwa 2 Monate; das eigentliche Verfahren kann in der Regel in einem Termin durchgeführt werden.
Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes	Ca. 9 Monate.
Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer	Mittlere Verfahrensdauer: 4 bis 6 Monate; kürzestes Verfahren: 1 Monat; längstes Verfahren: 20 Monate.
Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe	Durchschnittlich 8 Monate; 38 Verfahren < 6 Monate, 48 Verfahren < 12 Monate, 10 Verfahren < 18 Monate.

34. Wie werden im Verfahren die Tatsachen ermittelt? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
35. Führen die Gutachter- und Schlichtungsstellen eigenständige Untersuchungen des Sachverhalts durch?
- Wenn ja, welche Schlichtungsstellen?
- Wenn nein, welche nicht?
36. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen prüfen die Vollständigkeit der Krankenunterlagen und würdigen Dokumentationsmängel?
- Welche nicht, und warum nicht?
- Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen entspricht die Würdigung von Dokumentationsmängeln der Rechtsprechung, die diese für Zivilverfahren gefällt hat?
- Bei welchen nicht?

Zu den Fragen 34 bis 36:

Für die Stellung eines Schlichtungsantrages reicht es nach den Angaben der Bundesländer aus, wenn ein Patient vorträgt, daß er einen Behandlungsfehler vermutet und mitteilt, wann, wo und durch wen er meint, falsch behandelt worden zu sein. Ein detaillierter, substantiierter Sachverhaltsvortrag wird nicht gefordert. Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen verschaffen sich überwiegend von Amts wegen durch Auswertung der schriftlichen Behandlungsunterlagen und, soweit geboten, einschlägiger Unterlagen und Erläuterungen von vor- und nachbehandelnden Ärzten oder Krankenhäusern Kenntnis vom Sachverhalt. Soweit erforderlich wird bei einem Teil der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Sachverhalt mit den Verfahrensbeteiligten mündlich erörtert. Die Kommission bzw. Schlichtungsstelle ist ferner berechtigt, externe Sachverständigengutachten einzuholen. Mangels Zwangsmittel sind die Möglichkeiten der Kommissionen bzw. Schlichtungsstellen, Sachverhalte aufzuklären, gleichwohl begrenzt.

Die Kommission bzw. Schlichtungsstelle prüft die Dokumentation auf Plausibilität und Ordnungsmäßigkeit. Dokumentationsmängel werden beweisrechtlich vor dem Hintergrund der einschlägigen Rechtsprechung gewürdigt. Eine eigene Beweisaufnahme findet nicht statt.

37. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen prüfen, ob der behandelnde Arzt seiner Aufklärungspflicht in vollem Umfang nachgekommen ist?
- Welche nicht, und warum nicht?

Wenn eine Aufklärungsrüge erhoben wird, gehen die Kommissionen bzw. Schlichtungsstellen nach Angaben der Bundesländer darauf ein, es sei denn, die Haftung ergibt sich schon allein aufgrund eines Behandlungsfehlers, so daß es auf die Frage der Aufklärung nicht mehr ankommt. Aufklärungsrügen des Patienten werden geprüft.

38. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen findet immer die persönliche Teilnahme des Patienten an der Verhandlung statt?
- Bei welchen nicht, und warum nicht?

Bei der Gutachterkommission in Baden-Württemberg wird der Sachverhalt mit den Verfahrensbeteiligten mündlich erörtert, soweit dies erforderlich ist.

Im Verfahren vor der Gutachterkommission Westfalen-Lippe ist eine persönliche Anwesenheit des Patienten nicht vorgesehen. Das Verfahren findet auf schriftlicher Basis statt. Die Schriftsätze der Parteien werden ihnen wechselseitig zugesandt.

Bei der Schlichtungsstelle Rheinland-Pfalz ist die mündliche Verhandlung die Regel. Die Schlichtungsstelle kann je nach Art des Falles entscheiden, ob das Verfahren mündlich unter Mitwirkung der Beteiligten oder schriftlich geführt werden soll. Rechtliches Gehör müsse jedoch in jedem Fall gewährleistet sein.

Im Saarland finden Verhandlungen in der Regel nicht statt, weil diese zu einer personell nicht verkraftbaren Belastung der Kommissionsmitglieder führen würden. Die ärztlichen Mitglieder sind in der Regel im Krankenhaus oder ihrer Praxis beruflich tätig. Wenn eine Verhandlung durchgeführt wird, wird der Patient hinzugezogen, falls dies zur Klärung des Falles erforderlich scheint.

Das Statut der Gutachterkommission Nordrhein sieht vor, daß der Sachverhalt mit den Beteiligten mündlich erörtert werden kann, wenn die Kommission dies für sachdienlich hält. In den geeigneten Fällen werden die Antragsteller von dem zuständigen Kommissionsmitglied oder dem beauftragten Gutachter körperlich untersucht und haben dabei die Gelegenheit, ihren Antrag mündlich zu erörtern. Eine mündliche Verhandlung vor der Kommission findet in der Regel nicht statt, weil dies nicht sinnvoll wäre. Eine regelmäßige mündliche Verhandlung in den monatlich über 130 Verfahren würde die Arbeitskraft selbst einer um das Vielfache verstärkten Kommission so in Anspruch nehmen, daß die außergerichtliche Erfolgsquote – zur Zeit würden 89,5 % der Fälle zu einer außergerichtlichen Erledigung führen – ganz entscheidend gemindert würde. Die Gewinnung weiterer qualifizierter Mitglieder, die zur ehrenamtlichen Mitarbeit bereit sind, stoße schon jetzt an Grenzen, so daß die notwendige Aufstockung um das fünf- bis sechsfache nicht erreichbar sein dürfte. Zudem lehrt die richterliche Erfahrung, daß es immer schwieriger werde, Verhandlungstermine mit den noch anderenorts benötigten Fachgutachtern, den beschuldigten Ärzten und den übrigen Beteiligten so abzustimmen, daß sie vollzählig teilnehmen können. Da zum Beispiel die niedergelassenen Ärzte, wie auch die ärztlich tätigen Fachgutachter, ihre Sprechstunden an den Terminstagen weitgehend nicht wahrnehmen können, würde die freiwillige Mitwirkung der Ärzte bei den Kommissionsverfahren und damit die erfolgreiche außergerichtliche Erledigung in größerem Umfange beeinträchtigt werden.

Bei der sächsischen Schlichtungsstelle wird das Verfahren ausschließlich schriftlich geführt. Anhörungen des Patienten durch die Schlichtungsstelle würden nur in Einzelfällen erfolgen, brächten in der Regel jedoch keinen Gewinn für das Verfahren. Jeder Antragsteller habe das Recht, seine Position ausführlich und detailliert schriftlich darzulegen.

Nach der Verfahrensordnung der Norddeutschen Schlichtungsstelle ist das Verfahren grundsätzlich schriftlich. Die Schlichtungsstelle kann die Anberaumung einer mündlichen Erörterung und das persönliche Erscheinen der Beteiligten vorsehen.

39. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen findet eine institutionalisierte Unterstützung des Patienten im Verfahren statt, ohne daß der Patient einen Rechtsanwalt beauftragen muß?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Der Patient kann sich jederzeit durch einen bevollmächtigten Rechtsanwalt in den Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen vertreten und unterstützen lassen. Eine institutionalisierte Unterstützung der Patienten in dem Verfahren ist in keiner Verfahrensordnung vorgesehen (vgl. Anlage 2).

40. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen wird der Patient ausreichend gehört?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Überwiegend wurde von den Bundesländern darauf verwiesen, daß die Verfahrensbeteiligten die Darstellung der jeweils anderen Beteiligten mit der Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

41. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen ist gewährleistet, daß generell eine mündliche Verhandlung mit Befragung von Zeugen und Sachverständigen stattfindet und daß der Patient Beweisangebote stellen kann?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Es gibt keine Verpflichtung für Zeugen gegenüber der Schlichtungsstelle zur wahrheitsgemäßen Aussage. Sie könnten in einem nachfolgenden Gerichtsverfahren, ohne Sanktionen zu erwarten, das Gegenteil aussagen, so daß ihrer Aussage ein geringeres Gewicht zukommt. Die Befragung von Sachverständigen auf schriftlichem Wege ist daher nach Ansichten aus den Bundesländern ein probates Mittel, wie die tägliche Praxis der Schlichtungsstellen in den letzten 20 Jahren in vielen tausend Fällen gezeigt hätte. Dies hätte insbesondere für Patienten den Vorteil, daß sie mit ihrem anwaltlichen und/oder ärztlichen Berater Fragen in Ruhe ausarbeiten können, während sie im Rahmen einer mündlichen Befragung ad hoc aus mündlichen Äußerungen eines medizinischen Sachverständigen Schlüsse ziehen müßten. Eine mündliche Befragung des Sach-

verständigen könnte damit auch zum Nachteil des Patienten ausschlagen.

42. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen sind in der Verfahrensordnung Einspruchsmöglichkeiten für den Patienten geregelt, und in welcher Form?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Bei der Gutachterkommission Nordrhein kann der von dem gutachterlichen Bescheid des geschäftsführenden Kommissionsmitglieds Belastete binnen Monatsfrist nach Zustellung des Bescheides die Entscheidung der Gutachterkommission beantragen. Von dieser Möglichkeit wird in etwa 20 % der Fälle Gebrauch gemacht. Die Entscheidung der Gutachterkommission führt in etwa 5 bis 10 % der Anträge zur Änderung des Erstbescheides.

Eine Einspruchsmöglichkeit der Patienten ist in den Verfahrensordnungen der Gutachterkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe, der Gutachterkommission in Baden-Württemberg und der Schlichtungsstelle in Rheinland-Pfalz nicht vorgesehen.

43. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen ist im Schlichtungsverfahren jeweils die Offenlegung aller Schriftstücke und Dokumente für die betroffenen Patienten gewährleistet?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Aufgrund der Angaben der Bundesländer ergibt sich folgendes:

Die Gutachterkommission in Baden-Württemberg kann die Offenlegung aller einschlägigen Schriftstücke und Dokumente mangels entsprechender Zwangsmittel nicht durchsetzen. Der Patient hat allerdings unabhängig vom Verfahren vor der Gutachterkommission einen sich aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht ergebenden und in der Berufsordnung konkretisierten Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Patientenunterlagen.

Die Offenlegung aller Schriftstücke und Dokumente für die betroffenen Patienten ist bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle Hessen gewährleistet.

Bei der Gutachterkommission der Ärztekammer Nordrhein können sämtliche Unterlagen von den Beteiligten eingesehen werden.

Bei der Gutachterkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe erhält der Patient die Erwiderung des beschuldigten Arztes und auf Wunsch Einsicht in die von seinen Ärzten eingereichten Dokumente.

Eine ausdrückliche Pflicht zur Offenlegung aller Schriftstücke und Dokumente für die betroffenen Patienten wird in der Verfahrensordnung in Rheinland-Pfalz nicht angesprochen. Dem Patienten bleibt jedoch das Recht auf Einsicht in die Patientendokumentation unbenommen.

Die Offenlegung aller Schriftstücke und Dokumente ist im Saarland für den betroffenen Patienten gewährleistet.

44. Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen finden die von der Rechtsprechung zugunsten der Patienten für den Zivilprozeß entwickelten Grundsätze auch im Schlichtungsverfahren Anwendung, wonach für bestimmte Fälle Beweiserleichterungen bis hin zu einer Umkehr der Beweislast („grobe Behandlungsfehler“) gelten?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Die im Zivilprozeßrecht von der Rechtsprechung entwickelten Beweiserleichterungen bis hin zu einer Umkehr der Beweislast finden im Rahmen der Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen nach Auskunft der Bundesländer keine Anwendung. Dies ist im Hinblick auf den Empfehlungscharakter der Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sowie aufgrund der in der Regel von Amts wegen vorgenommenen Untersuchungen nicht erforderlich.

45. Von welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen werden alle Ergebnisse der Schlichtungsverfahren – wie bei Gerichtsurteilen – veröffentlicht?

Von welchen nicht, und warum nicht?

Eine Veröffentlichung der Beurteilungen der Gutachterkommission ist in Baden-Württemberg nicht vorgesehen. Den Verfahrensbeteiligten ist nach dem Statut eine Ausfertigung der Entscheidung zu übersenden.

Von der Norddeutschen Schlichtungsstelle werden die Ergebnisse der Fälle veröffentlicht, in denen Patientenansprüche zu bejahen waren. Die Veröffentlichung findet sich in den jeweiligen Mitteilungsblättern der zuständigen Landesärztekammer und erscheint meistens im Zusammenhang mit dem Tätigkeitsbericht des vorangegangenen Jahres.

Die Ergebnisse der Gutachterkommission Nordrhein – Statistik und Auswertung – werden jährlich im Rheinischen Ärzteblatt veröffentlicht. Außerdem werden von Fall zu Fall warnende Hinweise im Rheinischen Ärzteblatt gegeben, wenn Behandlungsfehlerfeststellungen hierzu Anlaß geben.

Die Ergebnisse des einzelnen Schlichtungsverfahrens in Hamburg werden in den Fällen, in denen die Frage eines Behandlungsfehlers bejaht wird, im Hamburger Ärzteblatt veröffentlicht.

Die Ergebnisse der Tätigkeit der Sächsischen Schlichtungsstelle werden im Geschäftsbericht der Sächsischen Landesärztekammer veröffentlicht.

Im übrigen wird auf die Beantwortung zu Frage 9 Bezug genommen.

Begutachtung bei Schlichtungsverfahren

46. Gibt es Richtlinien für die Begutachtung?

- a) Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen haben feste Richtlinien für die Begutachtung erstellt, welche nicht?
- b) Welche Festlegungen sehen diese Richtlinien für die Begutachtung vor? (Bitte für jede einzelne Gutachter- /Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
- c) Wie kamen die Richtlinien für die Begutachtung zustande? (Bitte für jede einzelne Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
- d) Gibt es Unterschiede bei den Richtlinien?
- Wenn ja, welche?

In Baden-Württemberg, Hessen und dem Saarland gibt es keine Richtlinien.

Für Bayern liegen keine Erkenntnisse vor.

Bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern existiert ein „Juristischer Leitfaden für ärztliche Gutachter“. Dieser definiert dreizehn der wichtigsten arztrechtlichen Begriffe vom Anscheinsbeweis bis zum Verschulden.

Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein hat „Hinweise für das Gutachten“ erarbeitet, die regelmäßig dem Gutachtenauftrag beigefügt werden. Sie geben Hinweise zu Form und Inhalt des Gutachtens, wobei auch hier wichtige arztrechtliche Begriffe erläutert werden.

Die für die Gutachterkommissionen Westfalen-Lippe tätigen Gutachter erhalten einen richtungsweisenden Handzettel.

Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat zwei Richtlinien für die Begutachtung formuliert. Die erste behandelt „Fragen der Haftung für ärztliches Fehlverhalten“, in der die wichtigsten arztrechtlichen Grundsätze dargelegt sind. Die zweite ist ein „Juristischer Leitfaden für die Anfertigung medizinischer Gutachten für den Schlichtungsausschuß“.

In Sachsen orientieren sich die Sachverständigen nach den jeweils aktuellen Behandlungsrichtlinien des entsprechenden Fachgebietes.

47. Welche Qualifikationsmerkmale sind Voraussetzung für eine gutachterliche Tätigkeit? (Bitte für jede Gutachter- /Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

In Baden-Württemberg und Bayern waren die erforderlichen umfangreichen Erhebungen im verfügbaren zeitlichen Rahmen nicht leistbar.

Bei der norddeutschen Schlichtungsstelle ist Voraussetzung die durch ärztliche Berufserfahrung erworbene fachliche Kompetenz für die Beurteilung des prüfenden Einzelfalles.

In Hessen ist Voraussetzung für eine gutachterliche Tätigkeit eine durch berufliche Erfahrung ausgewiesene Kompetenz: Chefarzt/Oberarzt.

Bei der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein werden zur Begutachtung ausschließlich Sachverständige herangezogen, die über erhebliche praktische Erfahrungen auf dem entsprechenden Gebiet und als Gutachter verfügen.

Bei der Gutachterkommission Westfalen-Lippe werden als ärztliche Mitglieder nur Ärzte für die Dauer von fünf Jahren vom Vorstand der Ärztekammer berufen, die nach den geltenden Richtlinien die Befähigung besitzen, Ärzte aus- und weiterzubilden. Das sind niedergelassene Ärzte mit eigener Praxis, aber in der Mehrheit leitende Ärzte in Kliniken und Krankenhäusern.

In Rheinland-Pfalz haben Gutachter bei der Erstellung von Gutachten der Erwartung der Öffentlichkeit auf hervorragende Sachkunde und Zuverlässigkeit zu entsprechen. Sie müssen die Gewähr für Unparteilichkeit und Unabhängigkeit bieten.

Im Saarland sind Qualifikationsmerkmale für eine gutachterliche Tätigkeit besondere Fachkenntnisse aufgrund der eigenen praktischen Erfahrung sowie der Beschäftigung mit der medizinischen Lehre. Es gilt nichts anderes als bei gerichtlichen Sachverständigen.

48. Wie viele Gutachterpersonen stehen für die einzelnen Fachrichtungen zur Verfügung?

Ist der Wechsel bei der Beauftragung der Begutachtung gewährleistet?

Wenn ja, mit wie vielen Gutachten wird jede Gutachterperson pro Jahr betraut? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Die norddeutsche Schlichtungsstelle verfügt über einen „Fundus“ von ca. 2 700 Gutachtern aller Fachgebiete. Wenn bekannt ist, daß ein bestimmter Gutachter für die Begutachtung eines bestimmten medizinischen Problems besonders kompetent ist und hervorragende Gutachten in einer angemessenen Zeit erstellt, kann er mehrfach beauftragt und anderen Gutachtern vorgezogen werden, die z. B. bei gleicher Fachkompetenz die dreifache Bearbeitungszeit benötigen. Die Auswahl des Gutachters ist an Ländergrenzen nicht gebunden. Es stehen daher mehr Gutachter zur Verfügung als benötigt werden.

Pro Fach stehen in Hessen zwischen zehn und zwanzig Gutachter zur Verfügung, im Schnitt erhält jeder Gutachter fünfzehn Gutachtaufträge.

Der Gutachterkommission Nordrhein stehen über 250 Gutachter der verschiedensten Fachgebiete im Kammerbereich, erforderlichenfalls auch darüber hinaus, zur Verfügung.

Zur Zeit gehören der Gutachterkommission Westfalen-Lippe rund 450 Ärzte als ärztliche Mitglieder an. Für

die einzelnen Fachrichtungen, die am häufigsten betroffen sind, beträgt die Anzahl wie folgt:

Chirurgie: 118,

Frauenheilkunde und Geburtshilfe: 50,

Innere Medizin: 41,

Orthopädie: 35,

Urologie: 17,

Allgemeinmedizin: 14,

Anästhesie: 13,

Radiologische Diagnostik: 13,

HNO-Heilkunde: 12,

Haut- und Geschlechtskrankheiten: 12,

Augenheilkunde: 9.

Bei der Beauftragung der Gutachter wird darauf geachtet, daß die Gutachter gleichermaßen um die Erstellung eines Gutachtens gebeten werden. Die Zahl der zu erstellenden Gutachten hängt von dem Fachgebiet, in dem der Gutachter tätig ist, und von der Bearbeitungsdauer ab. Auf dem Gebiet der Unfallchirurgie werden ca. fünf bis zehn Gutachten, auf den Gebieten der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Inneren Medizin und Orthopädie ca. je drei bis sieben Gutachten von einem Gutachter pro Jahr erstellt.

Die Kammer für Heilberufe in Rheinland-Pfalz führt Listen der ihnen zur Verfügung stehenden Gutachter. Es steht grundsätzlich eine ausreichende Zahl von Gutachtern zur Verfügung, wenn auch in einzelnen Fachrichtungen nur auf einen Spezialisten zurückgegriffen werden kann.

Die Gutachterkommission Saarland setzt sich von Fall zu Fall so zusammen, daß eines der beiden ärztlichen Mitglieder auf dem gleichen Fachgebiet tätig ist, wie der betroffene Arzt. Das Gutachten wird ganz überwiegend von diesem Mitglied erstattet und stellt die Grundlage für die abschließende Entscheidung der Kommission dar. Für die einzelnen Fachrichtungen stehen je nach der generellen Häufigkeit der Geltendmachung von Behandlungsfehlern zur Zeit zwei bis sieben sachverständige Kommissionsmitglieder zur Verfügung. Der interne Wechsel bei der Beauftragung zur Begutachtung ist dadurch gewährleistet. Die Anzahl der Aufträge an die einzelnen Mitglieder pro Jahr ist sehr unterschiedlich und hängt insbesondere von der Anzahl der Eingänge, der Belastbarkeit des einzelnen Mitglieds, dem Wegfall eines Mitglieds wegen Besorgnis der Befangenheit im konkreten Fall usw. ab.

Die Schlichtungsstelle der Sächsischen Landesärztekammer kann auf ca. 260 Gutachter aller medizinischen Fachgebiete zurückgreifen.

49. Wie viele Gutachten wurden jährlich bei Schlichtungsverfahren in Auftrag gegeben? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Bei der norddeutschen Schlichtungsstelle werden jährlich ca. 2 500 Gutachten in Auftrag gegeben.

Bei der Gutachterkommission Nordrhein werden jährlich bis zu 60 % der medizinisch geprüften Fälle extern, im übrigen von den Mitgliedern der Kommission begutachtet.

Bei der Gutachterkommission Westfalen-Lippe wurden 1993: 1 405, 1994: 1 880, 1995: 1 734 und 1996: 1 917 Gutachten in Auftrag gegeben.

Entsprechende Zahlen sind in Rheinland-Pfalz nicht verfügbar, da die durchgeführten Verfahren nicht diesbezüglich erfaßt und ausgewertet werden.

1997 wurden im Saarland etwa 16 Beauftragungen erteilt, wobei diese Zahlen nicht statistisch erfaßt werden.

Für jedes Verfahren wird in Sachsen mindestens ein Gutachten erstellt. In ca. 5 % der Verfahren sind zwei oder mehr Gutachten erforderlich.

50. Wie viele dieser Gutachten wurden ohne persönliche Untersuchung des Patienten erstellt?

Wie viele der Gutachten ohne persönlicher Untersuchung des Patienten verneinten im Ergebnis einen Behandlungsfehler, wie viele erkannten ihn an?

Wie sehen die Vergleichszahlen für Gutachten aus, bei denen der Patient persönlich untersucht wurde? (Bitte für jede Gutachter- /Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Eine statistische Erfassung erfolgt bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle insoweit nicht. Eine persönliche Untersuchung des Patienten im Rahmen der Begutachtung findet statt, wenn die Beurteilung der Haftungsfrage dieses erforderlich macht.

Nahezu alle Gutachten werden in Hessen ohne persönliche Untersuchung des Patienten erstellt.

Ob ein Patient zur Untersuchung im Rahmen der Begutachtung einbestellt wird, hängt bei der Gutachterkommission Nordrhein vom Einzelfall ab und wird in das Ermessen des beauftragten Sachverständigen gestellt. Statistisches Zahlenmaterial ist insoweit nicht verfügbar.

Bei der Gutachterkommission Westfalen-Lippe werden alle Gutachten ohne persönliche Untersuchung des Patienten durch die Gutachter erstellt. 1997 wurden 853 Bescheide insgesamt erstellt, davon verneinten 624 den Behandlungs-/Aufklärungsfehler, 229 bejahten ihn.

Die meisten Gutachten werden im Saarland ohne persönliche Untersuchung des Patienten erstellt, so daß über die Erfolgsquote von Anträgen mit oder ohne persönliche Untersuchung keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden können.

Die Entscheidung, ob eine Begutachtung ausschließlich nach Aktenlage möglich, oder ob eine klinische Untersuchung erforderlich ist, wird in Sachsen durch den Gutachter getroffen. In ca. 70 % der Verfahren erfolgt eine Untersuchung des Antragstellers durch den Gutachter.

51. Welche Mitwirkungsmöglichkeiten haben die Patienten bei der Auswahl der Gutachterperson? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Bei welchen Gutachter- und Schlichtungsstellen werden die betroffenen Patienten über die Person des Gutachters lediglich informiert?

Bei welchen nicht, und warum nicht?

Bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle erhalten alle Beteiligten den Gutachtauftrag im Entwurf. Daraus ergeben sich sowohl die Person des Gutachters als auch die vorgesehenen Fragen. Jeder Beteiligte kann hier Stellung nehmen und Änderungswünsche äußern.

Der Gutachter kann in Hessen aus triftigen Gründen (vgl. Zivilprozeßordnung) abgelehnt werden, wobei die Ablehnungsmöglichkeit großzügig gehandhabt wird.

Die Namen der begutachtenden Kommissionsmitglieder bei der Kommission Nordrhein sind im Rheinischen Ärzteblatt veröffentlicht; sie können jederzeit bei der Geschäftsstelle erfragt werden. Welches Mitglied mit der gutachtlichen Prüfung beauftragt wird, ist Sache der internen Geschäftsverteilung und kann, weil Veränderungen und sehr oft die Beteiligung mehrerer Mitglieder bzw. des Plenums möglich sind, aus Gründen der Verfahrensbeschleunigung nicht vorab mitgeteilt werden. Die Beteiligten können nach Erhalt des Gutachtens konkrete Einwendungen, die vorher nicht möglich gewesen sind, vortragen. Werden im anschließenden Verfahren vor der Gutachterkommission weitere Gutachten eingeholt, so werden diese den Beteiligten vor der abschließenden Entscheidung zur etwaigen Stellungnahme zugeleitet.

Eine Mitwirkungsmöglichkeit haben die Patienten bei der Auswahl der Gutachterperson bei der Gutachterkommission Westfalen-Lippe nicht. Für die Beauftragung der Gutachter ist der Vorsitzende verantwortlich. Die Patienten sowie die betroffenen Ärzte werden über die Person des Gutachters nicht informiert. Durch die Anonymität wird die Objektivität gewährleistet.

Will sich die Schlichtungsstelle zusätzlich sachkundig machen, wählt sie eine geeignete Gutachterperson aus. Die Parteien werden in Rheinland-Pfalz hiervon in Kenntnis gesetzt.

Die Patienten wirken im Saarland bei der Auswahl der Gutachterperson nicht mit. Würde man dem Patienten eine Mitwirkungsmöglichkeit geben, müßte dies nach Ansicht der Gutachterkommission auch für den betroffenen Arzt gelten.

Die Gutachterausswahl erfolgt durch die Schlichtungsstelle in Sachsen. Jedem Antragsteller wird der Gutachter vor Verfahrenseröffnung benannt. Bestehen begründete Einwände seitens des Antragstellers, so benennt die Schlichtungsstelle einen anderen Gutachter.

52. Welche Gutachter- und Schlichtungsstellen stellen den Patienten die an die Gutachterperson gestellten Fragen unaufgefordert zur Verfügung? Welche nicht, und warum nicht?

Zur Norddeutschen Schlichtungsstelle wird auf die Beantwortung der Frage 51 verwiesen.

In Hessen stellen die Gutachter- und Schlichtungsstellen den Patienten die an die Gutachterperson gestellten Fragen unaufgefordert zur Verfügung.

Die Gutachterkommission Nordrhein sieht im allgemeinen davon ab, dem Sachverständigen Fragen zu stellen. Dieser wird vielmehr gebeten, den zur Überprüfung gestellten Sachverhalt umfassend auf eventuelle Behandlungsfehler von Amts wegen zu überprüfen. Soweit sich im übrigen Fragen aus dem dem Erstbescheid zugrundeliegenden Gutachten ergäben, können diese im Verfahren vor der Gesamtkommission vertieft werden.

Den Gutachtern werden keine Fragestellungen seitens der Vorsitzenden der Kommission Westfalen-Lippe vorgelegt. Sie erstatten aufgrund der Stellungnahmen und der Krankenunterlagen ihre Gutachten.

Die an die Gutachterperson gerichteten Fragen ergeben sich in Rheinland-Pfalz aus dem geführten Protokoll und werden auf Wunsch zur Verfügung gestellt.

In der Regel stellt die Gutachterkommission Saarland an den Sachverständigen keine konkreten Einzelfragen. Das dem entsprechenden Fachgebiet angehörende Kommissionsmitglied bzw. der externe Sachverständige muß beurteilen, ob nach Vorbringen der Beteiligten und den gesamten Krankenunterlagen ein gesundheitsbestätigender Behandlungsfehler festgestellt werden kann, eventuell, ob ein grobes Fehlverhalten vorliegt und ob Dokumentationsmängel die Klärung erschweren. Diese Fragen betreffen praktisch jeden Fall eines behaupteten Behandlungsfehlers und brauchen deshalb dem Sachverständigen nicht ausdrücklich mitgeteilt zu werden.

In Sachsen kann der Antragsteller nach Anforderung den Gutachtauftrag einsehen.

53. Werden die Gutachten verständlich für medizinische Laien abgefaßt?

Wenn ja, in welcher Gutachter- und Schlichtungsstelle ist dies der Fall?

Die Beurteilung der Haftungsfrage soll bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle stets in einer für medizinische Laien verständlichen Form erfolgen.

Die Mitglieder der Gutachterkommission Nordrhein sind bemüht, die Bescheide für Laien verständlich zu formulieren.

Die Gutachten werden in Hessen und bei der Gutachterkommission Westfalen-Lippe soweit wie möglich für den medizinischen Laien verständlich abgefaßt.

Die medizinische Befundwürdigung kommt notwendigerweise nicht ohne Fachvokabular aus. Das Ergebnis des Gutachtens wird in Rheinland-Pfalz deshalb dem Antragsteller von der Schlichtungsstelle erläutert.

Die Gutachter im Saarland bemühen sich, in aller Regel die Gutachten in einer für medizinische Laien verständlichen Form abzufassen. Die Verständlichkeit finde allerdings ihre Grenze in der Schwierigkeit der ein langes Universitätsstudium erfordernden Materie.

Die Gutachter in Sachsen erstellen ein Gutachten auftragsgemäß für die Schlichtungsstelle und verwenden dabei die medizinische Terminologie. Die Schlichtungsstelle ist bemüht, in ihrem Bescheid eine für medizinische Laien verständliche Sprache zu verwenden.

54. Wie hoch ist der Anteil der Schlichtungsfälle, in denen sich die jeweilige Gutachter- und Schlichtungsstelle der Beurteilung der Gutachterperson angeschlossen hat?

In wie vielen Fällen wichen die Gutachter- und Schlichtungsstellen vom Ergebnis der Begutachtung ab, und in welcher Weise? (Bitte für jede Gutachter-/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)

Diese Daten werden statistisch bei der Norddeutschen Schlichtungsstelle nicht erfaßt.

In Hessen ändert die Kommission, in der mehrere Vertreter des gleichen Faches zur Entscheidung hinzugezogen werden, „nicht selten“ die Gutachten ab.

In einzelnen Fällen ist die Gutachterkommission Nordrhein aufgrund ihrer intensiven Prüfung von der Beurteilung des Gutachters ganz oder teilweise abgewichen. Statistisches Zahlenmaterial liegt insoweit nicht vor.

Die Gutachten werden wörtlich „im gutachterlichen Bescheid“ der Gutachterkommission Westfalen-Lippe wiedergegeben. Es werden jeweils zwei Gutachter pro Verfahren gehört. Sollten die Gutachter unterschiedlicher Meinung sein, wird ein dritter Gutachter eingeschaltet. Die mehrheitliche Auffassung wird im Bescheid als Ergebnis aufgeführt.

Die durchgeführten Verfahren werden in Rheinland-Pfalz hinsichtlich der angefragten Verhältniszahlen nicht ausgewertet.

Statistisches Material steht im Saarland nicht zur Verfügung. Der Anteil der Fälle, in denen sich die Gutachterkommission der Beurteilung der Gutachterperson angeschlossen hat, ist jedoch ganz überzeugend. „Nicht selten“ wird die Gutachterperson wegen Lücken, Unklarheiten oder Einwendungen des Patienten oder Arztes um eine Ergänzung des Gutachtens ersucht.

In ca. 95 % der Verfahren schließt sich die Schlichtungsstelle in Sachsen der Bewertung des Gutachters an.

55. Wie beurteilt die Bundesregierung die bekanntermaßen vorhandenen Unterschiede zwischen den Gutachter- und Schlichtungsstellen, die sowohl beim Verfahren als auch bei der Durchsetzungsparität vorhanden sind?

Wie beurteilt sie diese Unterschiede im Hinblick auf die damit vorhandene Rechtsgleichheit in der Bundesrepublik Deutschland?

Es gehört zu den Merkmalen berufsständischer Selbstverwaltungskörperschaften, die ihnen zugewiesenen Aufgaben durch autonome Satzungen zu regeln. Die außergerichtliche Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Arzt und Patient wegen fehlerhafter Heilbehandlung ist in der Regel eine landesgesetzlich normierte Aufgabe der Ärztekammer. Die hierzu getroffenen Satzungsbestimmungen bedürfen der staatlichen Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Unterschiede in den Verfahren sind somit Ausflüsse des bundesstaatlichen Aufbaus der Bundesrepublik Deutschland.

56. Wie häufig wurden berufsrechtliche Ermittlungen gegen Ärzte wegen nachgewiesener Behandlungsfehler von seiten der Ärztekammern eingeleitet, und mit welchem Ergebnis?

Die Ärztekammer Hamburg ermittelt in allen ihr durch den Patienten oder Dritte mitgeteilten Fällen, in denen ein Behandlungsfehler vermutet wird, ob ein Verstoß der ärztlichen Sorgfaltspflicht vorliegt. Dieses gilt auch für die von der Norddeutschen Schlichtungsstelle bearbeiteten Anträge, soweit diese durch einen der Beteiligten (Arzt oder Patient) der Ärztekammer mitgeteilt werden. Eine direkte Unterrichtung der Ärztekammer über abgeschlossene Schlichtungsfälle durch die Norddeutsche Schlichtungsstelle sei nach den satzungsrechtlichen Bestimmungen ausgeschlossen. Bei ärztlichen Behandlungsfehlern, die nachweislich durch erhebliche Sorgfaltspflichtverletzungen verursacht sind, beantragt die Ärztekammer Hamburg regelmäßig die Eröffnung eines Berufungsgerichtsverfahrens vor dem Heilberufungsgericht.

Über die Aufnahme berufsrechtlicher Ermittlungen in Hessen muß das Präsidium der Landesärztekammer entscheiden. Da bei den Fällen behaupteter grober Behandlungsfehler, die der Landesärztekammer unmittelbar zugehen, meistens ein Strafverfahren wegen Körperverletzung oder fahrlässiger Tötung vorausgegangen ist, fehlt es in den überwiegenden Fällen an einem berufsrechtlichen Überhang, so daß eine berufsgerichtliche Beurteilung ausgeschlossen ist. In ca. fünf bis sieben Fällen pro Jahr werden berufsrechtliche Ermittlungen wegen Behandlungsfehlern beschlossen. Die Gutachter- und Schlichtungsstelle gibt bei festgestellten Behandlungsfehlern die Akte nicht von sich aus an die Rechtsabteilung zur Prüfung der Aufnahme eines berufsrechtlichen Ermittlungsverfahrens ab. Würde sie dieses tun, wären Ärzte nach Auffassung der Landesärztekammer Hessen nicht mehr bereit, sich freiwillig an einem Verfahren der Gutachter- und Schlichtungsstelle zu beteiligen. Diese könnte ihre Tätigkeit einstellen. In gravierenden Fällen, die aufweisen, daß erhebliche fachliche Mängel vorhanden sind, wird das Präsidium eingeschaltet, das dann prüft, ob berufsrechtliche Ermittlungen aufzunehmen oder andere Maßnahmen zu ergreifen sind.

Da bei jeder Berufsausübung Fehler unterlaufen können, sieht die Gutachterkommission Nordrhein grundsätzlich davon ab, jeden Behandlungsfehler der Ärztekammer mitzuteilen. Eine Mitteilung erfolgt allerdings in Fällen grober Behandlungsfehler, wenn dies für die allgemeine Sicherheit der Patientenversorgung erforderlich erscheint.

Die Teilnahme am Verfahren vor der Gutachterkommission Westfalen-Lippe ist für den Arzt freiwillig. Nicht zuletzt deshalb werden Sachverhalte nach Abklärung durch die Gutachterkommission von dieser nicht an die Ärztekammer zur Überprüfung zusätzlicher berufsrechtlicher Schritte weitergeleitet. Nur wenn der Patient selbst diesen Schritt geht, werden berufsrechtliche Überprüfungen angestellt. Berufungsgerichtsverfahren beim Berufsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Münster waren insoweit in den letzten Jahren nicht anhängig. Zur Zeit ist bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe lediglich ein Fall aus dem Jahre 1997 anhängig, der allerdings nicht zuletzt mit dem Blick auf das noch laufende zivilrechtliche Klageverfahren noch nicht abgeschlossen ist.

Der Schlichtungsausschuß in Rheinland-Pfalz übt seine Arbeit unabhängig aus. Die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz erhält in Form einer abstrakten Jahresstatistik Informationen über Art und Umfang nachgewiesener Behandlungsfehler. Sie erlangt im Regelfall keine Kenntnis, wer den Fehler begangen hat. Damit entfällt in der Regel die Voraussetzung für die Aufnahme berufsrechtlicher Ermittlungen.

In der Zeit von 1993 bis 1997 wurden im Saarland von seiten der Ärztekammer keine berufsrechtlichen Ermittlungen gegen Ärzte wegen nachgewiesener Behandlungsfehler eingeleitet.

In Sachsen wurde bisher in einem Fall ein berufsgerichtliches Verfahren eingeleitet.

Soweit der Ärztekammer in Schleswig-Holstein entsprechend vermutete Verstöße gegen die Berufsordnung von Patienten oder Dritten mitgeteilt werden, wird in einem nach dem Heilberufegesetz des Landes vorgesehenen Verfahren festgestellt, ob ein derartiger Verstoß vorliegt, und entsprechend geahndet. Da es sich bei Behandlungsfehlern ggf. um Verstöße gegen die Generalpflichtenklausel der Berufsordnung handelt, steht eine gesonderte Auswertung über die behandlungsfehlerbezogenen Verstöße im Land nicht zur Verfügung.

IV. Inanspruchnahme der Gerichte bei Verdacht auf Behandlungsfehler

57. Wie viele gerichtliche Verfahren waren nach Kenntnis der Bundesregierung pro Jahr wegen Verdachts auf Behandlungsfehler anhängig?
58. Wie hoch war dabei der Anteil jener Verfahren, denen ein erfolgloses/vorzeitig beendetes Schlichtungsverfahren vorangegangen war? (Bitte für jede Gutachter/Schlichtungsstelle gesondert darlegen.)
59. Wie häufig orientierten sich die Gerichte an den Entscheidungen der Gutachter- und Schlichtungsstellen, und wie oft wichen sie davon ab?

60. Wie hoch war bisher der Anteil der Verfahrensabschlüsse insgesamt, bei denen den Geschädigten Schadensersatz, Schmerzensgeld, eine Rente etc. zugesprochen wurde?
61. Wie lange dauern die gerichtlichen Verfahren über Behandlungsschäden? (Bitte zeitliche Aufgliederung wie folgt: weniger als 6 Monate, bis zu 12 Monate, bis zu 18 Monate, bis zu 24 Monate, länger als 24 Monate.)
62. Was sind die Ursachen für eine lange Verfahrensdauer?

Zu den Fragen 57 bis 62:

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Nach der bundeseinheitlich geltenden Anordnung über die Zählkartenerhebung in Zivilsachen werden die hier angesprochenen Verfahrensgegenstände in der Justizstatistik nicht gesondert erfaßt.

Aus Angaben einzelner Bundesländer ergibt sich folgendes:

In Hamburg werden beim Oberlandesgericht durchschnittlich 50, beim Landgericht zwischen 60 und 90 Arzthaftungsprozesse jährlich, beim Amtsgericht wurden von 1996 bis Mai 1998 256 Arzt- bzw. Zahnarzthaftungssachen anhängig. Die Zahl der erfolglos oder vorzeitig beendeten vorausgegangenen Schlichtungsverfahren konnte nur grob geschätzt werden und lag beim Amtsgericht bei maximal 20 %, beim Landgericht bei etwa 33 % sowie beim Oberlandesgericht bei ca. 33 % bis maximal 50 %. Die Gerichte orientieren sich nicht am Ausgang des Schlichtungsverfahrens, sondern führen nach den Regeln der Zivilprozeßordnung ein eigenständiges Verfahren mit Beweiserhebung durch Gutachten von ihnen ernannter Sachverständiger durch. Nach Erfahrungen des Oberlandesgerichts seien die Schlichtungsgutachten in aller Regel nicht hinreichend tragfähig, um auf sie die gerichtliche Endentscheidung stützen zu können. In erster Instanz würden die Verfahren eineinhalb bis zwei Jahre, selten weniger, häufiger länger dauern. In zweiter Instanz dauern die Verfahren mitunter länger als 24 Monate, wenn Sachverständigengutachten mehrerer Fachrichtungen eingeholt und deren Vertreter zusätzlich angehört werden müssen und über den tatsächlichen Behandlungsverlauf oder über den Inhalt der Aufklärung, möglicherweise auch noch über den Schadensumfang, noch Zeugenbeweis zu erheben ist. Gründe für die längere Verfahrensdauer werden in erster Instanz in dem Erfordernis gesehen, Sachverständigenbeweis zu erheben. Nicht selten würden interdisziplinäre Gutachten benötigt. Häufig müßten ergänzende Stellungnahmen der Sachverständigen eingeholt werden. Oftmals schließe sich die Anhörung des Gutachters an. Aus Sicht der dritten Instanz führt die besonders komplizierte Materie, die zu einer mühseligen Stoffaufarbeitung führe, zu einer langen Verfahrensdauer. Oft würden mehrere Ärzte oder Kliniken für auf der behaupteten medizinischen Fehlbehandlung beruhende Gesundheitsbeeinträchtigungen des Patienten verantwortlich gemacht. Insbesondere auf Seiten des Patienten bedürfe der Prozeßbevollmächtigte daher häufig medizinischer Beratung, um sachgerecht vorbringen zu können. Angesichts des im

Arzthaftungsprozeß zwecks Herstellung der Waffengleichheit der Parteien weithin geltenden Amtsermittlungsprinzips müßten außerdem die vollständigen, je nach Lage des Falles mehrbändigen Krankenakten vom Gericht beigezogen, akribisch gesichtet und in das Verfahren einbezogen werden. Es sei oft schon schwierig und auch zeitraubend, überhaupt geeignete, zur Gutachtenerstattung bereite und überdies von den Parteien akzeptierte Sachverständige zu finden. Danach dauere es häufig viele Monate, wenn nicht gar Jahre, bis die schriftlichen Gutachten seitens der überlasteten Sachverständigen vorgelegt würden. Es folge eine zeitaufwendige schriftliche Stellungnahme der Parteien zum Gutachten, oft mit der nachfolgenden Einholung eines schriftlichen Ergänzungsgutachtens. Vielfach müsse dann noch eine mündliche Anhörung des oder der Sachverständigen, in letzterem Fall in persönlicher Gegenüberstellung, erfolgen. Dies auch dann, wenn die schriftliche Begutachtung des Falles eigentlich zu einem völlig eindeutigen Ergebnis geführt habe und nur eine Partei ohne jede nähere Begründung und ohne vorherige Fragestellung die Sachverständigenanhörung beantragt. Wegen der Schwierigkeiten terminlicher Abstimmungen mit den Gutachtern könne ein Anhörungstermin häufig erst nach geraumer Zeit erfolgen. Soweit die Schadensersatzklage des Patienten auch auf eine Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht gestützt wird, würde die sich daraus ergebende zusätzliche Beweiserhebung zu einer weiteren Verlängerung der Verfahrensdauer führen. Gerichtsintern sei problematisch, daß die Beweisaufnahmen in Arzthaftungsprozessen grundsätzlich vor dem gesamten Spruchkörper durchgeführt werden müssen. Dies führe angesichts der bestehenden allgemeinen Überlastung zu weiteren Verzögerungen. Außerdem würden Arzthaftungsprozesse oft mit ganz erheblichen Emotionen und unter Einsatz der äußersten prozessualen Verfahrensmittel geführt und seien folglich im allgemeinen nur nach umfassender Beweisaufnahme mit großen Schwierigkeiten friedlich beizulegen.

Für die Norddeutsche Schlichtungsstelle ergibt sich aufgrund einer Evaluation des Entscheidungsjahrgangs 1992, die von der Schlichtungsstelle im Juni 1998 vorgelegt worden ist, daß die Regulierung durch Versicherer bei anspruchsbekämpfender Entscheidung der Schlichtungsstelle in 84,5 % der Fälle erfolge. Dies seien 316 Fälle gewesen. 72 % würden durch außergerichtliche Vergleiche, 8,9 % durch gerichtliche Vergleiche und 3,5 % durch Urteile beendet. 11,4 % der übrigen Fälle würden seitens der Patienten nicht weiterverfolgt, 2,2 % außergerichtlich und 1,9 % gerichtlich erfolglos verfolgt. Anspruchsverneinende Entscheidungen würden seitens der Patienten in 89 % der Fälle akzeptiert. Dies seien 781 Fälle gewesen. In 11 % nicht akzeptierten Fällen erfolge bei 6 % keine Zahlung, bei 2,3 % eine Zahlung aufgrund eines außergerichtlichen Vergleichs, bei 1,7 % eine Zahlung aufgrund eines gerichtlichen Vergleichs und bei 1 % eine Zahlung aufgrund eines Gerichtsurteils. In 91,4 % der insgesamt 1097 Fälle wurden durch die Entscheidungen der Schlichtungsstelle somit Prozesse vermieden.

Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie konnte einige grobe Schätzungen mitteilen. Danach würden jährlich bei sächsischen Landgerichten ca. 70 bis 80 Verfahren eines behaupteten Behandlungsfehlers eingehen. Schlichtungsverfahren gingen ca. 85 % der Gerichtsverfahren voraus. Die Gerichte würden etwa in jedem dritten Fall zum selben Ergebnis wie die Schlichtungsstelle kommen. Die überwiegende Anzahl der Arzthaftungsfälle würde unstreitig erledigt. Die Kläger würden in ca. 30 % der streitig entschiedenen Fälle obsiegen. Die durchschnittliche Verfahrensdauer sei nicht genau zu differenzieren. Schätzungsweise läge sie in erster Instanz zwischen einem und zwei Jahren und in Berufungsverfahren zwischen drei Monaten und einem Jahr. In nahezu jedem Fall seien Sachverständigengutachten erforderlich, zu deren Erstellung häufig wiederum weitere Sachverständige einbezogen werden müßten, zumal oft die Erstellung eines weiteren Gutachtens („Obergutachten“) erforderlich sei, was zu einer langen Verfahrensdauer beiträgt.

63. Sind die Spruchkörper angemessen ausgestattet, um eine sachgerechte umsichtige Aufklärung des komplexen Behandlungsgeschehens im Arzthaftungsfall durchzuführen?

Die mit privatrechtlichen Arzthaftungssachen befaßten Zivilgerichte entscheiden – falls nicht der Einzelrichter beim Amtsgericht zuständig ist – in der Besetzung von drei Berufsrichtern bei den Land- und Oberlandesgerichten bzw. fünf Berufsrichtern beim Bundesgerichtshof. Kassenärztliche (vertragsärztliche) Schadensersatz- oder Regreßansprüche sind vor den Sozialgerichten geltend zu machen, deren Kammern mit drei Richtern besetzt sind, von denen zwei als ehrenamtliche Richter je aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenärzte vorgeschlagen werden (§ 12 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes). In der Berufungs- und Revisionsinstanz bei den Landessozialgerichten bzw. dem Bundessozialgericht entscheiden Senate mit jeweils zwei Berufs- und drei ehrenamtlichen Richtern. Die Ausstattung der Spruchkörper unterscheidet sich damit nicht von derjenigen, die auch sonst für bürgerlich-rechtliche bzw. sozialrechtliche Streitigkeiten vorgesehen ist.

Im Hinblick auf die in Arzthaftungsfällen zu beurteilenden Rechtsgrundlagen ist die Ausstattung der Gerichte nach Auffassung der Bundesregierung angemessen, da Streitigkeiten im Zusammenhang mit ärztlichen Tätigkeiten vorwiegend nach bürgerlichem Recht und – soweit die Sozialgerichte betroffen sind – nach Kassenarztrecht zu beurteilen sind. Mit den insoweit auftretenden Rechtsfragen sind die in diesen Fachgerichtsbarkeiten tätigen Richter hinreichend vertraut.

Hinsichtlich der spezifischen Anforderungen des Arzthaftungsprozesses in tatsächlicher (insbesondere fachmedizinischer) Hinsicht ist die Besetzung der Gerichte nach Auffassung der Bundesregierung gleichfalls ausreichend, um eine zügige und sachgerechte Behandlung der zur Entscheidung stehenden Fälle zu

gewährleisten. Zum einen trägt die Praxis der Gerichte dem – durchaus sachdienlichen – Wunsch nach richterlicher Erfahrung mit den in Arzthaftungsfällen zu beachtenden besonderen Problemen im Rahmen der Geschäftsverteilung regelmäßig Rechnung. Zum anderen kann und wird sich sowohl das Zivil- als auch das Sozialgericht eine für die Entscheidungsfindung ggf. erforderliche spezifische Sach- und Fachkenntnis durch Hinzuziehung von Sachverständigen verschaffen.

64. Wie lange dauern die Verjährungsfristen für die Haftung der Leistungserbringer?

Im Fall der Mißachtung einer dem Arzt obliegenden Sorgfaltspflicht oder des Selbstbestimmungsrechts des Patienten kommen Ansprüche gegen den behandelnden Arzt oder den Krankenträger sowohl aus unerlaubter Handlung (§§ 823 ff. BGB evtl. i. V. m. §§ 31, 89 BGB, § 831 BGB) als auch wegen einer Verletzung des Behandlungsvertrages (§§ 611 ff. BGB evtl. i. V. m. §§ 31, 89, 278 BGB) in Betracht. Die vertraglichen Ansprüche verjähren gemäß § 195 BGB innerhalb von dreißig Jahren. Deliktische Ansprüche auf Schadensersatz verjähren gemäß § 852 Abs. 1 BGB in drei Jahren von dem Zeitpunkt an, in welchem der Verletzte von dem Schaden und der Person des Ersatzpflichtigen Kenntnis erlangt; ohne Rücksicht auf diese Kenntnis verjähren sie in dreißig Jahren von Beginn der Handlung an. Die dreijährige Verjährungsfrist beginnt erst zu laufen, wenn der Patient auch als medizinischer Laie wissen muß, daß der negative Ausgang der Behandlung keine Folge des grundsätzlich von ihm selbst zu tragenden Krankheitsrisikos ist, sondern auf einem Behandlungsfehler des Arztes beruht (BGH NJW 1991, 2350).

65. Wie lange sind die Leistungserbringer verpflichtet, Krankenakten aufzubewahren?

Eine zentrale Vorschrift, die Aufbewahrungsfristen von Patientenakten regelt, gibt es im deutschen Recht nicht, in einzelnen Vorschriften finden sich jedoch Regelungen von Aufbewahrungspflichten.

So sind nach § 304 Abs. 1 SGB V bestimmte Daten bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zwei bis zehn Jahre aufzubewahren. Gemäß § 57 des Bundesmantelvertrages Ärzte, der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen geschlossen wurde, hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlaßten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren. Die ärztlichen Aufzeichnungen sind vom Vertragsarzt mindestens zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht andere Vorschriften – z. B. die Verordnung über den Schutz von Schäden durch Röntgenstrahlen (Röntgenverordnung) – eine abweichende Aufbewahrungszeit vorschreiben. Nach § 28 Abs. 4 Rönt-

genverordnung und § 43 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung dauert die Aufbewahrungszeit für bestimmte Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen bzw. Anwendung ionisierender Strahlungen zehn bzw. dreißig Jahre. § 10 Abs. 3 der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärzte von 1997 (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 37, vom 19. September 1997, S. C-1772), der von den Landesärztekammern in entsprechende berufsrechtliche Regelungen umgesetzt worden ist, schreibt vor, ärztliche Aufzeichnungen zehn Jahre nach dem Abschluß der Behandlung aufzubewahren.

Im Hinblick auf eine mögliche Haftung wegen Vertragsverletzung oder deliktischen Handelns nach Vorschriften des BGB, die erst nach 30 Jahren verjährt, empfiehlt es sich für den Arzt jedoch, die Aufzeichnungen entsprechend länger aufzubewahren. Außerdem könnte eine vorzeitige Aktenvernichtung das Recht des Patienten auf Einsicht in seine Krankenunterlagen verletzen, was in einem Haftungsprozeß entsprechende Konsequenzen für die Beweislastverteilung zwischen Arzt und Patient haben könnte.

66. Welche Aussichten auf Schadensregulierung haben Geschädigte bei Spätschäden infolge radiologischer Diagnostik, bei Krankenhausinfektionen, bei internistischen Problemen?

Informationen zur Beantwortung dieser Fragen liegen der Bundesregierung nicht vor.

67. Kann die Bundesregierung Auskunft geben, in wie vielen Fällen geschädigte Patienten bei nachgewiesener Falschbehandlung keinen Schadenersatz/kein Schmerzensgeld erhalten haben, weil sie mangels rechtlicher und medizinischer Fachkenntnisse nicht den richtigen Gegner (erstbehandelnder Arzt, nachbehandelnder Arzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung etc.) benannt haben beziehungsweise eventuell anderen Schuldigen im Verfahren nicht (rechtzeitig) den Streit verkündet haben?

Informationen zur Beantwortung dieser Fragen liegen der Bundesregierung nicht vor.

68. Wie hoch ist das Kostenrisiko, das ein geschädigter Patient auf sich nehmen muß, wenn er seinen erlittenen Gesundheitsschaden im Wege der Zivilklage geltend machen will?
Wie hoch ist dabei der Anteil der Gutachterkosten?
Wie hoch ist der Anteil der Rechtsanwalts- und Gerichtskosten?
Wie hoch ist das verbleibende Kostenrisiko für einen Patienten bei Inanspruchnahme der Prozeßkostenhilfe?

Grundsätzlich trägt der geschädigte Patient, der seinen erlittenen Gesundheitsschaden im Wege der Zivilklage geltend machen will, wie jeder andere Kläger, das Unterliegensrisiko: im Falle des Unterliegens in gerichtli-

chen Verfahren hat er die Gerichtskosten sowie die Kosten seines eigenen und des gegnerischen Anwalts zu tragen. Eine allgemeine Bezifferung des Kostenrisikos sowie die Bestimmung des Kostenanteils sind nicht möglich, da sowohl für die Höhe der Gerichtsgebühren als auch der Anwaltsgebühren der Wert des Streitgegenstandes maßgeblich ist.

Kosten für die Tätigkeit eines Gutachters in zivilgerichtlichen Verfahren fallen nur dann an, wenn eine Tatsache im Wege des Sachverständigenbeweises nachgewiesen werden soll. Die Sachverständigenentschädigung richtet sich nach § 3 ZuSEG. Danach beträgt die Entschädigung 50 bis 100 DM je Stunde. Dieser Stundensatz kann unter bestimmten Voraussetzungen um bis zu 50 % überschritten werden. Die konkrete Bemessung des Stundensatzes obliegt dem Gericht und ist abhängig u. a. von den erforderlichen Fachkenntnissen und der Schwierigkeit der Leistungen. Abgegolten wird die gesamte, zur Erstellung des Gutachtens erforderliche Zeit. Daneben werden die dem Sachverständigen entstandenen Aufwendungen ersetzt (§§ 8 bis 11 ZuSEG). Eine anteilmäßige Bezifferung der Sachverständigenkosten ist daher nicht möglich.

Die Prozeßkostenhilfe dient grundsätzlich nicht zur Verringerung des Kostenrisikos der begünstigten Partei, sondern ermöglicht der bedürftigen Partei den Zugang zum Gericht. Verfügt der Kläger nicht über im Rahmen der Klage einsetzbares Vermögen, wird er von den Gerichtskosten sowie den eigenen Anwaltskosten befreit, während er die gegnerischen Anwaltskosten im Falle des Unterliegens stets zu tragen hat. Verfügt der Kläger über Vermögen, so kann ihm die Zahlung der Prozeßkosten (die Gerichtskosten und die eigenen Anwaltskosten) in bis zu höchstens 48 Monatsraten unabhängig von der Zahl der Rechtszüge auferlegt werden; die Anwaltskosten des Gegners hat die Partei im Falle des Unterliegens dagegen selbst zu tragen.

69. Wie beurteilt die Bundesregierung die Tatsache, daß bei der Inanspruchnahme eines Gerichtes für den Patienten das finanzielle Kostenrisiko um so höher ist, je höher der Gesundheitsschaden ist, der die Höhe des Streitwerts bestimmt?

Die Höhe der Gerichts- und Anwaltsgebühren ist ebenso wie die Höhe der Gebühren in anderen Gebührenordnungen (Steuerberatergebührenordnung, Honorarordnung für Architekten und Ingenieure) im weiten Umfang von der Höhe des Streitwertes abhängig. Die Bemessung der Gebühren nach dem Wert wird in der Regel der Bedeutung der Sache und dem Maß der Verantwortung des Gerichts und des Rechtsanwalts am ehesten gerecht. Das System verhindert, daß bei geringwertigen Streitgegenständen unverhältnismäßig hohe Gebühren entstehen. Mit dem Wert wird ferner eine verlässliche Grundlage für die Gebührenberechnung geschaffen; Streitigkeiten darüber werden auf ein Minimum beschränkt. Das Prozeßkostenrisiko kann im voraus abgeschätzt werden. Bei einem solchen System wird in Kauf genommen, daß die Leistung des Gerichts oder des Rechtsanwalts im Ein-

zelfall nicht stets der anfallenden Gebühr entspricht. Fälle, in denen ohne entsprechenden Arbeitsaufwand höhere Gebühren anfallen, stehen anderen Streitigkeiten gegenüber, in denen für eine umfangreiche Leistung nur geringe Gebühren berechnet werden können. Das Wertgebührensystern hat demnach auch eine soziale Komponente.

70. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der Schadensfälle ein, die nur deshalb nicht forensisch aufgearbeitet werden, weil die Geschädigten als medizinische und juristische Laien das Risiko scheuen, die Kosten des Gegners im Unterliegensfall ersetzen zu müssen, oder weil sie infolge der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr die Kraft haben, den Prozeß durch drei oder zwei Instanzen zu führen?

Der Bundesregierung liegen für eine Schätzung keine Anhaltspunkte vor.

71. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Zahl der Verfahren ein, die – zum Beispiel bei bestehender Rechtsschutzversicherung – wegen Bagatellfällen oder ohne Aussicht auf Erfolg angestrebt werden?

Der Bundesregierung liegen für eine Schätzung keine Anhaltspunkte vor.

Kausalitätsnachweis

72. Welche rechtlichen Probleme haben geschädigte Patienten im Zivilprozeß in der Regel, und mit welcher Häufigkeit?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zu dieser Frage vor.

73. Zu wessen Lasten gehen Zweifel beim Zurechnungszusammenhang bei nachgewiesener Falschbehandlung?

Voraussetzung für einen Schadensersatzanspruch ist neben einer nachgewiesenen Falschbehandlung auch, daß die durch das Verhalten des Arztes gesetzte Bedingung für den eingetretenen Schaden adäquat kausal war. Ob dies der Fall ist, ist anhand einer wertenden Betrachtung zu beurteilen: Das Verhalten des Arztes muß bei objektiver nachträglicher Betrachtung im allgemeinen und nicht nur unter besonders unwahrscheinlichen Umständen geeignet gewesen sein, den Schaden herbeizuführen. Es muß medizinisch auszuschließen sein, daß der Schaden bei sachgemäßem Vorgehen ebenfalls eingetreten wäre, und die verletzte ärztliche Sorgfaltspflicht muß gerade der Verhinderung des eingetretenen Schadens dienen.

Die Rechtsprechung geht grundsätzlich davon aus, daß die Beweislast für den Zurechnungszusammenhang beim Patienten liegt. Im Fall eines groben Behandlungsfehlers ist es jedoch Sache des Arztes, die Nicht-

ursächlichkeit des Fehlers für den eingetretenen Schaden darzutun und zu beweisen (BGB NJW 1983, 340, 341). Im Fall einer mangelnden Befunderhebung, die die Feststellung eines Ursachenzusammenhangs erschwert, kann es ebenfalls zu Beweiserleichterungen bis hin zur Umkehr der Beweislast kommen. Wenn sich dem Beobachter aufgrund eines medizinischen Erfahrungssatzes die Vorstellung von einem bestimmtem Kausalverlauf aufdrängt, genügt der sog. Anscheinsbeweis für den Nachweis des Kausalzusammenhangs (vgl. Antwort zu Frage 19, erster Spiegelstrich).

74. Welche praktische Erfahrung liegt vor aufgrund der Tatsache, daß geschädigte Patienten im Regelfall – von Beweiserleichterungen bei einem „groben Behandlungs- oder Arztfehler“ entsprechend Rechtsprechung abgesehen – dreierlei nachweisen müssen, um ein für sie positives Gerichtsurteil zu erwirken: 1. Nachweis des Schadens; 2. Nachweis, daß dieser Schaden auf die Behandlung eines Arztes oder Krankenhauses zurückzuführen ist; 3. Nachweis von Verschulden des Arztes?

Welcher der drei Nachweise gelingt bzw. mißlingt den Patienten mit welcher Häufigkeit?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse für die Beantwortung der Frage vor.

75. Welche systematischen Probleme ergeben sich im Regelfall – von den oben erwähnten Ausnahmefällen der Beweiserleichterung bei „groben Behandlungs- oder Arztfehlern“ abgesehen – für den Kausalitätsnachweis bei komplizierten Grundleiden, die dem Behandlungsfehler bereits vorangegangen sind, und einer Vielzahl weiterer Behandlungen?

Auch in den in der Fragestellung genannten Fällen muß eine adäquate Kausalität zwischen dem schädigenden Verhalten und dem Schaden vorliegen. Es ist also darzulegen, daß der Schaden im Falle einer fehlerfreien Behandlung nicht eingetreten wäre (vgl. Antwort zu Frage 73). Des weiteren stellt sich bei mehreren, aufeinander folgenden ärztlichen Behandlungen die Frage nach der Unterbrechung des durch die Erstbehandlung in Gang gesetzten Kausalverlaufs aufgrund der späteren Behandlung. Hierbei wird ein bei der nachfolgenden ärztlichen Behandlung „normal“ fahrlässiger Behandlungsfehler dem Erstschädiger noch als adäquat kausal zugerechnet. Bei einem groben Arztfehler des Zweitbehandlers wird der Kausalverlauf regelmäßig unterbrochen, so daß allein der zweite Arzt auf Schadensersatz in Anspruch genommen werden kann.

V. Die Rolle der Sozialleistungsträger

§ 66 SGB V

76. Welche Erfahrungen liegen vor über die Anwendung des § 66 SGB V, wonach Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen können?

Nach Erkenntnissen der Bundesregierung machen Krankenkassen von der ihnen in § 66 SGB V eröffneten Möglichkeit in unterschiedlichem Ausmaß Gebrauch, die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern zu unterstützen. Unter den Vorzeichen der sich mehr und mehr etablierenden neuen Wettbewerbsordnung sehen die Krankenkassen aber zunehmend eine Möglichkeit, sich im Wettbewerb zu profilieren und verstärken daher ihr Engagement in diesem Bereich.

Nach Auskunft der Ärztekammer Hamburg werden in etwa 35 % aller Fälle die Schlichtungsanträge von Krankenkassen initiiert oder unterstützt.

Nach Auskunft des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales, Gesundheit und Familie sei nach zunächst zögernder Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch die Sächsischen Krankenkassen zu § 66 SGB V (häufig in Verbindung mit § 116 SGB X) im Jahre 1997 eine Steigerung dieser Beauftragung um knapp 300 % (185 Gutachten im Jahre 1997) zu verzeichnen. Problematisch seien nach Aussage des MDK Sachsen dabei der enorm hohe zeitliche Aufwand für die naturgemäß hoch differenzierten Gutachten und die Schwierigkeit beim Beschaffen der erforderlichen Behandlungsunterlagen. So sträubten sich vor allem die betroffenen Leistungserbringer, die Unterlagen zur Verfügung zu stellen bzw. es zeitgerecht zu tun.

77. In welcher Form geschieht die Unterstützung durch die Krankenkassen?

Die Krankenkassen stellen den betroffenen Versicherten die ihnen im Rahmen des Leistungsgeschehens oder der Verfolgung des Regresses nach § 116 SGB X vorliegenden Unterlagen zur Verfügung. Darüber hinaus geschieht die Unterstützung der Versicherten überwiegend durch Einholung von Gutachten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in diesem Zusammenhang gemeinsam mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) und dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände einen „Leitfaden für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und MDK bei drittverursachten Gesundheitsschäden, insbesondere bei Behandlungsfehlern“ erarbeitet. Dieser Leitfaden soll u. a. die Mitarbeiter der Krankenkassen für das Aufgreifen entsprechender Regreßfälle sensibilisieren und Handlungshilfen geben sowie den Ärzten in den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung eine Leitlinie zur Begutachtung von Schadensfällen aus diesem Bereich an die Hand geben. Im Einzelfall werden u. U. auch Kosten eines vom Versicherten beauftragten Privatgutachters übernommen.

78. Welche Auswirkungen hat der Wettbewerb zwischen den Kassen auf ihre Bereitschaft, die Patienten im Falle von Behandlungsfehlern zu unterstützen?

Zwar arbeiten die Spitzenverbände der Krankenkassen kassenartenübergreifend in einer Arbeitsgruppe mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung in dem Bereich „Ärztliche Behandlungsfehler“ zusammen. Daneben aber gibt es – wie in der Antwort zu Frage 76 beschrieben – auch einen sich verstärkenden Wettbewerb bei der Unterstützung nach § 66 SGB V.

Regreß der Krankenkassen und anderer Träger

79. Auf welchem Wege erlangen die Versicherungsträger oder Sozialhilfeträger Kenntnis über Behandlungsfehler und daraus resultierende mögliche Regreßansprüche?

Im Regelfall sind die Krankenkassen auf Informationen ihrer Versicherten über mögliche Behandlungsfehler oder auf Entdeckungen bei auffälligen Diagnosen angewiesen, um Kenntnis von möglichen Behandlungsfehlern zu erlangen.

Die Träger der Sozialhilfe erlangen zum einen dann Kenntnis von Behandlungsfehlern und daraus resultierenden möglichen Regreßansprüchen, wenn sie von den Sozialhilfeempfängern selbst oder deren gesetzlichen Vertretern darauf hingewiesen werden.

Der Sozialhilfeträger selbst hat unmittelbar die Möglichkeit, Kenntnis von Behandlungsfehlern anhand der ärztlichen Diagnosen zu erlangen, die ihm dann vorliegen, wenn er als zuständiger Kostenträger z. B. im Rahmen der Gewährung von Krankenhilfe die geltend gemachten Behandlungskosten überprüft.

Eine weitere Erkenntnismöglichkeit ergibt sich unmittelbar für den Träger der Sozialhilfe, wenn ein Antrag auf Gewährung von Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG gestellt wird. Dann läßt er in der Regel durch das zuständige Gesundheitsamt prüfen, ob der Antragsteller nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert ist und damit zum berechtigten Personenkreis nach § 39 BSHG gehört. Das Gesundheitsamt kann im Rahmen dieser Prüfung nach möglichen Behandlungsfehlern fragen. Hinweise auf Behandlungsfehler können sich auch aus den vorzulegenden ärztlichen Gutachten ergeben. Eine Prüfung, ob grundsätzlich in allen entsprechenden Antrags- und Begutachtungsvordrucken die Frage nach eventuellen Behandlungsfehlern oder Regreßansprüchen vorgesehen ist, konnte nach Mitteilung der Kommunalen Spitzenverbände wegen der Kürze der Zeit nicht durchgeführt werden.

80. Prüfen die Versicherungsträger bzw. Sozialhilfeträger Regreßansprüche bei Verdacht auf Behandlungsschäden?

Sind diese im Falle von nachgewiesenen Behandlungsschäden verpflichtet, den Schädiger in Regreß zu nehmen?

Die gesetzlichen Krankenkassen prüfen bei Verdacht auf Behandlungsschäden eventuelle Regreßansprüche. Die Krankenkassen sind nach § 76 des Vierten Buches

Sozialgesetzbuch (SGB IV) im Falle von nachgewiesenen Behandlungsschäden verpflichtet, den Schädiger in Regreß zu nehmen. Dies wird nach den Erkenntnissen der Bundesregierung von den Krankenkassen in aller Regel auch so gehandhabt.

Der Übergang von Forderungen der verletzten versicherten Person gegen den Schädiger auf ein privates Krankenversicherungsunternehmen, das die Behandlungskosten aufgrund der Beschädigung erstattet, richtet sich nach § 67 VVG und § 11 der Musterbedingungen von 1994 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Die privaten Krankenversicherer behalten sich auch im Interesse der Kostendämpfung in jedem Fall den Regreß vor. Arzthaftpflichtklagen bzw. Interventionen bei ärztlichen Schlichtungsstellen werden von ihnen unterstützt.

Erhält der Sozialhilfeträger Kenntnis von einem Verdacht auf Behandlungsschäden, prüft er nach Mitteilung der Kommunalen Spitzenverbände stets die Möglichkeit der Durchsetzung von Regreßansprüchen. Soweit ein Träger der Sozialhilfe aufgrund eines (nachgewiesenen) Behandlungsfehlers Sozialleistungen an den Geschädigten zu erbringen hat, gehen dessen Schadensersatzansprüche gegen den Schädiger auf den Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 116 SGB X über. Aufgrund des geltenden Nachranggrundsatzes sind die Träger der Sozialhilfe verpflichtet, die auf sie nach § 116 SGB X übergegangenen Ansprüche auf Ersatz eines Schadens gegen den Schädiger auch geltend zu machen.

81. In welchem Maße machten die Sozialleistungsträger bisher von Regreßansprüchen nach § 116 SGB X beziehungsweise von der Möglichkeit des Schadensregresses bei vertragsärztlicher Versorgung Gebrauch?

Die Antwort für die Krankenkassen ergibt sich bereits aus der Antwort zu Frage 80. Fallzahlen und spezifische Angaben hierzu liegen der Bundesregierung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nicht vor.

Im Bereich der Sozialhilfe sind in sieben Städten elf Fälle bekanntgeworden, die sehr lange zurückliegen und deren Verlauf nicht mehr nachvollzogen werden kann. Repräsentative Aussagen sind wegen der geringen Fallzahlen nicht möglich. Von den Kreisen sind lediglich sieben Fälle benannt worden, in denen Regreßansprüche geprüft worden sind. Aus der geringen Quote der eingegangenen Stellungnahmen der Kreise und der geringen Fallzahl sowohl in den Städten als auch in den Kreisen ist zu schließen, daß die Frage der Geltendmachung von Regreßansprüchen durch die Sozialhilfeträger keine große Rolle spielt.

82. Wie hoch ist der finanzielle Rücklauf zu den Versicherungsträgern und Trägern der Sozialhilfe aufgrund der Regreßnahmen?

Wie hoch sind die Unterschiede zwischen den Krankenkassen?

Die Bundesregierung gibt gemäß § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch alljährlich einen Bericht über die Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung heraus. Die Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte werden in der amtlichen Statistik der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung – gegliedert nach Kassenarten – unter der Kontengruppe 34 geführt. Für das Jahr 1997 sind in der Kontengruppe 34 nachfolgende Einnahmen aufgeführt:

Einnahmen aus Ersatzansprüchen gegen Dritte
(§ 116 SGB X)
Kontengruppe 34

	in 1 000 DM
Allgemeine Ortskrankenkassen	429 919
Betriebskrankenkassen	100 532
Innungskrankenkassen	65 571
Landwirtschaftliche Krankenkassen	9 100
See-Krankenkasse	922
Bundesknappschaft	15 445
Arbeiterersatzkassen	19 178
Angestelltenersatzkassen	329 987
GKV insgesamt	970 656

Eine Untergliederung der Kontengruppe 34 nach einzelnen Schadensarten erfolgt nicht. Deshalb liegen auch keine verlässlichen Zahlen darüber vor, wie hoch die Regreßeinnahmen aus Schadensersatzansprüchen im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungsfehlern sind.

Von den Städten konnte der finanzielle Rücklauf zu den Trägern der Sozialhilfe nicht beziffert werden. In den Kreisen waren die meisten Fälle noch nicht abgeschlossen, so daß für diese der finanzielle Rücklauf ebenfalls nicht beziffert werden kann. In einem abgeschlossenen Fall wurden dem Sozialhilfeträger die in einer teilstationären Einrichtung von 1988 bis 1994 im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte geleisteten Aufwendungen erstattet. Seit 1994 werden die Kosten direkt vom Schädiger getragen. In einem weiteren Fall steht zur Zeit ein Vergleich mit dem Schädiger in Höhe von 500 000 DM an. In einem anderen Fall, bei dem nach einer Operation bei einem Kind eine Behinderung eintrat, wurde dem Träger der Sozialhilfe für die geleistete Hilfe zur Pflege ein Betrag von insgesamt 51 042,74 DM erstattet. In einem weiteren Fall erfolgte kein finanzieller Rücklauf.

83. Wie hoch ist der Anteil der erfolgreichen Regreßnahmen durch die Kassen nach Verfahren, bei denen die Patienten die Unterstützung der Krankenkassen erfuhren?

Hierzu liegen der Bundesregierung und den Krankenkassen keine Zahlen vor.

84. Welche Hindernisse stehen Regreßforderungen der Versicherungsträger und der Träger der Sozialhilfe im Wege?

Mögliche Hindernisse zur Durchsetzung von Regreßforderungen der gesetzlichen Krankenkassen in diesem Bereich liegen zum einen in der Erlangung der Kenntnis von entsprechenden Schadensfällen und den Umständen des Einzelfalles. Zum anderen haben die Krankenkassen die gleichen Schwierigkeiten wie die Versicherten, den ärztlichen Behandlungsfehler oder den Ursachenzusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Schadenseintritt nachzuweisen.

Voraussetzung für die Geltendmachung von Regreßforderungen der Sozialhilfeträger ist, daß dieser tatsächlich Kenntnis über den Behandlungsfehler bzw. den Verdacht auf einen Behandlungsfehler erlangt. Dabei ist er auf die Mitwirkung des Antragstellers oder seines Vertreters angewiesen. Sozialhilfeempfänger sind aber oftmals nicht in der Lage, Behandlungsfehler zu erkennen.

Ein weiteres Hindernis für die Geltendmachung von Regreßforderungen für Behandlungsfehler ist die schwierige Beweisführung. Zum einen ist den Schädigern (Ärzte bzw. Krankenhäuser) das Vorliegen eines Behandlungsfehlers und seiner Folgen und zum anderen der Kausalzusammenhang zwischen den Behandlungsschäden und der Gewährung von Sozialhilfeleistungen zu beweisen (§ 116 Abs. 1 SGB X). Das nach Auffassung der Träger der Sozialhilfe für sie hohe Prozeßrisiko sehen sie als Hindernis bei der Durchsetzung möglicher Regreßansprüche an.

VI. Gutachtertätigkeit (allgemein)

85. Gibt es ausreichend kompetente medizinische Sachverständige, die innerhalb kurzer Zeit – fachlich hochqualifiziert und mit Grundwissen der Haftungsrechtsprechung des Bundesgerichtshofs vertraut – ein Gutachten erstellen können?
Wenn nein, warum nicht?

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß es ausreichend kompetente medizinische Sachverständige gibt, die ein Gutachten erstellen können. Ausnahmen dürften für Bereiche greifen, in denen zur Beurteilung des Falles eine hochspezielle Ausbildung und entsprechende Erfahrungen erforderlich sind. Die Gutachter sind jedoch in den hauptberuflichen Tätigkeiten stark belastet, so daß sich das Einarbeiten in die zu beurteilende Materie und die Erstellung des Gutachtens über einen längeren Zeitraum hinziehen kann.

86. Muß die medizinische Ausbildung/Weiterbildung um die gutachterliche Tätigkeit erweitert werden?

Die Approbationsordnung für Ärzte enthält bereits Vorgaben, die die Vermittlung des für die gutachterliche Tätigkeit erforderlichen Wissens sicherstellen. Im Prüfungsstoffkatalog für den Zweiten

Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist als Prüfungsgegenstand unter anderem auch „Grundzüge der Rechtsmedizin, insbesondere wichtige Begriffe der forensischen Medizin und der medizinischen Begutachtungskunde“ und „wichtige Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung“ ausdrücklich genannt.

Hinsichtlich der ärztlichen Weiterbildung, für die die Zuständigkeit bei den Ländern liegt, sieht die Muster-Weiterbildungsordnung für Gebiete mit Patientenbezug eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Begutachtung vor. Nach den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung sind z. B. im Gebiet „Innere Medizin“ fünf ausführlich begründete Gutachten nachzuweisen.

Die gutachterlichen Kenntnisse sowohl in der medizinischen Ausbildung als auch in der Weiterbildung werden entsprechend dem Fortschritt der Medizin ständig erweitert. Zudem ist nach Auskunft der Bundesärztekammer geplant, im Rahmen der nächsten Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung verschiedene Qualifikationen z. B. „forensische Psychiatrie, verkehrsmedizinische Begutachtung“ als eigenen Weiterbildungsgang einzuführen.

87. Wie lange mußten die Beteiligten bei gerichtlichen Auseinandersetzungen über Medizinhaftpflichtfälle nach einem Begutachtungsauftrag auf die Gutachten warten? (Bitte gesondert nach Fachgebieten darlegen.)

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse für die Beantwortung der Frage vor.

88. Wirkt der MDK bei der gerichtlichen oder außergerichtlichen Begutachtung mit?

Wenn ja, in welcher Form?

Bei welcher Schlichtungsstelle oder bei welchem Gericht war dies bisher der Fall?

MDK-Gutachter werden bereits seit einiger Zeit als Berater der Krankenkassen und ihrer Verbände sowie bei gerichtlichen als auch außergerichtlichen Verfahren, insbesondere im Rahmen der Sozialgerichtsbarkeit, zugezogen. Schwerpunkte des Beratungsbedarfs liegen auf den Gebieten der unkonventionellen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, der unkonventionellen oder unkonventionell eingesetzten Arzneimittel sowie im Bereich der Pflegeversicherung. Darüber hinaus dürfte es häufig zur Berücksichtigung der Gutachten des MDK im Rahmen von außergerichtlichen Vereinbarungen kommen. Nähere statistische Erkenntnisse liegen nicht vor.

VII. Rolle der Haftpflichtversicherungen

89. Haben Ärzte mit Nachteilen bei ihrer Haftpflichtversicherung zu rechnen, wenn sie einen Behandlungsfehler sowie ihre Schuld eingestehen?

Wenn ja, mit welchen Nachteilen haben sie zu rechnen, und bei welchen Haftpflichtversicherern?

Wie oft wurde Ärzten der Versicherungsschutz entzogen, weil diese ein Schuldeingeständnis abgegeben hatten?

Ärzte sind grundsätzlich berechtigt, wahrheitsgemäße Angaben über den tatsächlichen Behandlungsverlauf zu machen, auch wenn diese Behandlung fehlerhaft war (vgl. Antwort zu Frage 19, vierter Anstrich).

Obwohl derartige wahrheitsgemäße Angaben nicht zur Leistungsfreiheit des Versicherers im konkreten Fall führen, kann der Eintritt des Versicherungsfalles gleichwohl Folgen für das Versicherungsverhältnis haben. Gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 2 AHB steht dem Versicherer nach Leistung einer Schadensersatzzahlung aufgrund eines Versicherungsfalles ein befristetes Kündigungsrecht zu. Zwar ist nicht zu verkennen, daß im Hinblick hierauf im Einzelfall Ärzte geneigt sein könnten, wahrheitswidrige oder gar keine Angaben zu Behandlungsfehlern zu machen. Das Kündigungsrecht, welches für beide Vertragsparteien gilt, ist in § 158 VVG gesetzlich vorgesehen und in § 9 Abs. 2 Nr. 2 AHB für den Bereich der Haftpflichtversicherung konkretisiert. Die Kündigungsmöglichkeit trägt zum einen dem berechtigten Anliegen eines Versicherers Rechnung, sich gegebenenfalls von einem schlechten Risiko trennen zu können. Die auch dem Versicherungsnehmer eingeräumte Kündigungsmöglichkeit berücksichtigt dessen Interesse, nach Abwicklung eines Schadensfalles und den daraus gewonnenen Erkenntnissen gegebenenfalls sein Risiko anderweitig versichern zu wollen.

90. Auf welche Höhe belaufen sich die Schadensersatz- und Schmerzensgeldbeträge sowie die Rentenzahlungen, die bisher durch rechtskräftiges Urteil erstritten wurden? (Bitte gesondert darlegen nach Schadensart.)

Der Anspruch auf Schadensersatz soll den Patienten für den durch den Arztfehler entstandenen Schaden entschädigen. Dabei sind dem Patienten sämtliche Nachteile für seine körperliche und gesundheitliche Befindlichkeit zu ersetzen; nicht ersatzfähig sind jedoch gesundheitliche Störungen, die sich als Teil des allgemeinen Lebensrisikos verwirklichen. Ersatzfähig sind im einzelnen der gesamte materielle Schaden, also Heilungs- und Pflegekosten einschließlich der Aufwendungen, die dadurch entstehen, daß der Verletzte von nahen Angehörigen im Krankenhaus besucht wird, und der Schaden, der durch die Erhöhung der Bedürfnisse des Geschädigten, durch Minderung des Erwerbs oder sonstige Erschwerung des beruflichen Fortkommens und durch entgangenen Gewinn entstanden ist. Die genaue Höhe richtet sich dementsprechend jeweils nach den im Einzelfall entstandenen und nachgewiesenen Schadensposten.

Die Bemessung des Schmerzensgeldes knüpft an dessen Funktionen; zum einen soll der Geschädigte einen angemessenen Ausgleich für erlittene immaterielle

Schäden erhalten (Ausgleichsfunktion), zum anderen schuldet der Schädiger dem Verletzten auch Genugtuung für die zugefügten Leiden (Genugtuungsfunktion). Auch hier richtet sich die genaue Höhe nach allen Umständen des Einzelfalles. Im Jahr 1997 hat die Rechtsprechung z. B. folgende Schmerzensgeldbeträge für angemessen erachtet (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

- 25 000 DM bei fehlerhafter Operation der Brüste, so daß körperliches Erscheinungsbild erheblich beeinträchtigt war und drei Nachoperationen erforderlich waren (OLG Oldenburg, 5 U 47/97).
- 40 000 DM bei dauerhafter Minderung der Gefühlsempfindung und chronischem dumpf-drückenden Dauerschmerz bei Wiederholungsoperation des Kiefers (OLG Köln, 5 U 137/97).
- 10 000 DM bei Kieferbruch mit Komplikationen im Heilungsverlauf anlässlich der Extraktion eines Weisheitszahns (OLG Oldenburg, 5 U 45/97).
- 25 000 DM bei Absterben eines Hodens eines fünfjährigen Jungen wegen eines Diagnosefehlers (OLG Nürnberg, 1 U 1983/98 = MedR 1998, 25).
- 5 000 DM bei dreizehnmonatiger Beeinträchtigung der Stimmbänder mit der Notwendigkeit logopädischer Behandlung (OLG Köln, 5 U 43/96).
- 30 000 DM bei Perforation der Speiseröhre und dauerhafter Stimmbandlähmung (OLG Düsseldorf, 8 U 93/96).
- 7 000 DM bei fehlendem Verbandswechsel mit Wundinspektion und dadurch zweiwöchige Verlängerung des Heilungsverlaufs (Hanseatisches Oberlandesgericht Hamburg, 1 U 118/94).
- 30 000 DM bei Verlust einer Niere durch (vorschnelle) Nephrektomie (OLG Oldenburg, 5 U 187/96).
- 135 000 DM für Eltern eines knapp sechs Wochen nach der irrtümlichen Verabreichung eines tödlich wirkenden Medikaments im komatösen Zustand verstorbenen fünfeinhalb Jahre alten Kindes (OLG Düsseldorf, 8 U 173/96 = MDR 1998, 470).
- 10 000 DM für nicht von Einwilligung des Patienten gedeckte Baucheröffnung zu diagnostischen Zwecken auch, wenn es nicht zu Komplikationen oder Verlängerung des Klinikaufenthaltes gekommen ist (Schleswig-Holsteinisches OLG, 4 U 86/96).
- 90 000 DM bei halbseitiger Gesichtslähmung und Taubheit auf dem rechten Ohr und fehlender Einwilligung des Patienten (OLG Hamm, 3 U 66/96).
- 5 000 DM bei Herzklappenschädigung ohne nachteilige funktionelle Auswirkungen (OLG Düsseldorf, 8 U 165/96).

In weiteren Fällen hat die Rechtsprechung den Geschädigten zusätzlich zu einem kapitalisierten Schmerzensgeld monatliche Rentenzahlungen zugesprochen. Folgende Beträge sollen hier beispielhaft aufgeführt werden:

- Monatliche Schmerzensgeldrente von 1 000 DM plus 420 000 DM Kapital bei schwersten Hirnschädigungen eines vierjährigen Kindes (LG Göttingen, VersR 1997, 621).

-
- Monatliche Schmerzensgeldrente von 150 DM plus 45 000 DM Kapital bei Dauerschäden wegen fehlerhaft ausgeführter Blinddarmoperation (OLG Schleswig VersR 1987, 1098).
 - Monatliche Schmerzensgeldrente von 400 DM plus 60 000 DM Kapital wegen Harninkontinenz nach einer fehlerhaften Operation (OLG Hamm, VersR 1988, 1181).
 - Monatliche Schmerzensgeldrente von 200 DM plus 100 000 DM Kapital wegen Erblindung einer 26jährigen Frau (OLG München, VersR 1989, 1203).

Anhang 1

**Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit
der Gutachtkommissionen und Schlichtungsstellen**

Übersicht zum 31. Dezember 1996

I.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	876	398	627	1317	3220	105	230	1110	361
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	672	349	387	1516	2746	59*	69	632	458
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	811	407	607	1433	3238	97	223	1167	558
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	737	340	407	1400	2728	67	76	575	261

* Berichtigung aus den Vorjahren

II.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden	811	407	607	1433	3238	97	223	1167	558
1. Vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	49	28	49	107	610	22	1	59	33
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	64	5	34	141	60	6	4	51	33
3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden.	7	14	9	10	7	-	-	12	8
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden.	26	4	36	32	-	-	2	32	16
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	-	9	1	-	43	-	-	5	-
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	2	-	9	-	1	-	3	-
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	8	-	-	-	-	-	-	2
8. Wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	7	13	5	17	143	4	3	13	2
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	16	10	20	4	358	-	2	27	20
10. Durch beratenden Hinweis erledigt	3	85	8	-	-	-	47	2	4
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	47	1	8	6	7	7	2	17	13

III.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.- Lippe	Rhd.- Pfalz
Verbleibende zur Sachentscheidung angenenen Fälle									
1. Gesamt	592	228	437	1107	2010	50	162	946	407
2. Aufklärungsfehler bejaht	-	-	1	2	24	-	3*	3	15
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalt offengelassen	-	-	-	11	-	-	-	-	6
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	121	29	128	302	621	5	44	128	113
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	10	-	13	36	84	2	6	14	10
6. Behandlungsfehler bejaht Kausalität verneint	7	-	6	39	-	-	1	38	7
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	454	199	283	697	1281	43	111	701	252
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	6	20	-	-	-	7	4
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. und 7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	-	1	-

* auch unter 4 erfaßt

**Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit
der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen**

Übersicht zum 31. Dezember 1995

I.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dschl.	Saarland	Sachsen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	885	418	639	1303	3121	81	266	1118	358
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	703	370	318	1252	2624	60	53	600	524
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	916	439	570	1039	2999	81	250	1086	424
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	672	349	387	1516	2746	60	69	632	458

II.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:	916	439	570	1039	2999	81	250	1086	424
1. Vom Antragsteller zurückgenommenen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	85	36	71	58	554	10	1	90	9
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	61	8	55	100	47	5	3	37	27
3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	4	10	6	19	19	-	-	10	6
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	31	10	11	36	-	2	-	27	24
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	1	21	10	-	102	-	1	11	-
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	10	2	11	-	-	-	3	-
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	1	8	-	3	-	-	2	-	-
8. Wegen unabhängiger Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	10	6	9	19	126	5	2	13	8
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	20	13	8	19	337	-	2	26	20
10. Durch beratenden Hinweis erledigt	5	91	9	-	-	2	81	7	5
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	74	2	11	1	14	8	3	13	23

III.	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz
Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	624	224	378	773	1800	49	155	849	302
2. Aufklärungsfehler bejaht	-	-	4	2	27	-	2*	8	10
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	-	-	20	-	2	-	1	2
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	129	31	118	229	559	12	43	178	75
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	8	-	18	24	91	2	12	20	8
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	11	-	1	31	-	-	-	30	4
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	474	193	230	453	1123	33	100	602	199
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2 und 5 erfaßt	2	-	7	14	-	-	-	10	4
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. und 7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* auch unter 4 erfaßt

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1994	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sachsen	Wesf.- Lippe	Rh.- Pfalz
I.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	903	417	600	1331	2886	89	248	1111	349
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	595	296	232	1081	2169	55	40	683	504
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	795	343	514	1160	2431	84	235	1194	329
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	703	370	318	1252	2624	60	53	600	524
II.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:	795	136	514	1160	2431	84	235	1194	183
1. Vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	64	15	47	79	381	7	2	88	37
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	92	2	60	120	24	5	7	48	54

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen										
Übersicht zum 31. Dezember 1994	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Sachsen	Weff.-Lippe	Rhl.-Pfalz	
3. Wegen Nichtigkeitsantrag eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	9	17	2	11	20	-	1	26	7	
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	31	6	25	33	-	3	-	37	19	
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	-	10	15	-	68	-	-	4	-	
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	2	3	5	-	-	-	3	-	
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	7	-	-	-	-	1	1	2	
8. Wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	16	3	18	17	117	-	2	12	12	
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	10	18	9	5	299	-	2	22	7	

10. Durch beratenden Hinweis erledigt	5	56	10	-	-	-	97	8	21
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	28	-	4	2	22	-	3	14	24
iii. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	540	207	321	888	1500	68	120	931	146
2. Aufklärungsfehler bejaht	-	-	2	3	15	-	1**	6	5
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	-	-	9	-	6	-	-	2
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	132	32	107	273	448	17	30	187	42
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	7	-	24	24	53	1	4	12	5
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	6	-	5	28	-	-	-	23	1
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	392	175	179	538	984	42	86	694	85
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	3	-	4	13	-	-	-	8	6
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	2	-	1	-

** = 1 auch unter 4 erfaßt

**Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit
der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen**

Übersicht zum 31. Dezember 1993	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sachsen	Wetfl.- Lippe	Rhli.- Pfalz
i.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	754	398	504	1124	2338	80	245	999	273
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	555	238	175	1039	2003	53	21	589	395
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	714	340	447	1082	2172	78	226	905	110
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	595	296	232	1081	2169	55	40	683	558
ii.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:									
1. Vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	50	35	37	51	294	6	3	65	42
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	63	8	60	99	29	3	5	53	18

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen										
Übersicht zum 31. Dezember 1993	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Sachsen	Wettf.-Lippe	Rhl.-Pfalz	
3. Wegen Nichtigkeitserklärung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	20	10	2	9	15	-	3	12	1	
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	23	-	17	29	-	2	-	30	-	
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	1	21	18	-	109	-	-	8	-	
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	-	-	7	-	-	-	5	-	
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	8	-	1	-	-	-	-	-	
8. Wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	11	2	8	19	88	1	2	10	2	
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	13	7	17	8	205	-	-	20	1	

10. Durch beratenden Hinweis erledigt	5	79	11	-	-	4	150	3	1
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	27	-	4	2	12	-	1	10	9
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	501	170	273	857	1420	62	62	689	36
2. Aufklärungsfehler bejaht	-	-	-	8	17	1	2*	6	-
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	-	-	28	-	3	-	-	1
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	93	19	92	250	396	7	15	148	11
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	5	-	14	24	68	-	2	5	-
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	6	-	3	26	-	3	-	16	-
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	397	151	159	514	939	48	44	512	23
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	5	7	-	-	-	2	1
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* = 1 auch unter 4 erfaßt

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen										
Übersicht zum 31. Dezember 1992	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Sach- sen*	Westf.- Lippe	Rhd.- Pfalz	
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	738	378	428	1045	2112	75	317	984	272	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	502	165	225	1003	1806	44	-	522	277	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	685	305	478	1009	1915	66	55	917	154	
4. Zahl der am Ende des Berichts- jahres noch offenen Anträge	555	238	175	1039	2003	53	262	589	395	
II.										
Von den im abgelaufenen Kalender- jahr erledigten Anträgen wurden:	685	305	478	1009	1915	66	55	917	154	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	49	12	31	57	271	4	2	49	31	
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufe- nen Stelle abschlägig beschieden	46	3	66	97	26	3	13	72	22	

* Vorgänge aus den Jahren 1991 und 1992

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen										
Übersicht zum 31. Dezember 1992	Baden-Würt.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Sachsen	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	20	11	6	18	24	-	12	10	1	
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	28	3	14	30	-	6	-	35	6	
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	2	9	22	-	95	-	-	8	-	
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	1	-	8	-	-	-	3	-	
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	5	-	1	-	-	-	4	1	
8. Wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	5	3	4	27	103	3	2	13	6	
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	11	3	13	3	176	-	1	18	5	

10. Durch beratenden Hinweis erledigt	3	100	13	-	3	4	7	5
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	35	-	2	1	20	2	18	15
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle								
1. Gesamt	486	155	307	767	1200	19	680	62
2. Aufklärungsfehler bejaht	4	-	5	3 (16)*	16	-	9	1
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	-	2	2 (18)**	-	-	-	1
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	98	17	79	261	314	10	142	20
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	10	-	8	16	49	1	4	2
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	5	-	4	12	-	-	26	1
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	369	138	200	462	821	8	495	36
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	9	11	-	-	3	1
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	1	-

* davon 16 in III. 4, 5 und 6 enthalten

** davon 18 in III. 4, 5 und 6 enthalten

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1991	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
i.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	754	375	432	1053	1752	78	917	258	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	478	143	474	956	1492	37	530	227	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	730	353	481	1006	1438	71	925	208	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	502	165	425	1003	1806	44	522	277	
ii.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:	730	353	481	1006	1438	71	925	208	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	60	14	28	52	171	13	65	17	
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	44	4	51	120	34	5	41	23	

3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungsgutachten- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	21	18	4	9	13	-	8	1
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	23	2	20	25	-	3	39	16
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	2	16	24	-	65	-	6	2
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	-	1	2	-	1	4	-
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	10	-	-	-	-	2	-
8. Wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	24	4	2	19	49	3	11	5
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	20	7	15	4	94	1	14	-
10. Durch beratenden Hinweis erledigt	8	111	5	-	-	1	4	2
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	37	2	8	2	12	-	14	19

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1991	Baden- Württ.	Bayern	Hessen	Nord- rhein	Nord- dtshl.	Saar- land	Westf.- Lippe	Rhld.- Pfalz	
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	491	165	323	773	1000	44	717	123	
2. Aufklärungsfehler bejaht	4	-	4	1 (15)*	10	-	5	1	
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	-	3	3 (15)*	-	3	-	1	
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	101	21	95	253	268	10	162	45	
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	12	-	19	21	41	-	8	7	
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	13	1	5	13	-	-	13	3	
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	361	143	181	479	681	28	524	63	
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	16	3	-	-	5	3	
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	3	-	-	

* davon 15 in III. 4, 5 und 6 enthalten

3. Wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungsfahlers oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	16	15	4	4	4	9	5	12	-
4. Wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	20	3	23	23	-	4	43	3	
5. Wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	1	23	24	-	21	-	7	1	
6. Wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	-	-	3	-	-	-	3	-
7. Wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	5	-	-	-	-	-	-	-
8. Wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	13	3	11	19	44	3	18	6	
9. Wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	19	4	11	5	111	-	11	-	
10. Durch beratenden Hinweis erledigt	14	130	6	-	-	1	8	1	
11. Aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	54	-	7	2	5	-	11	14	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1990	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nordtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	764	373	416	1023	1414	55	875	235	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	386	168	424	813	1440	51	473	193	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	672	398	366	880	1362	69	818	201	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	478	143	474	956	1492	37	530	227	
II.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden:	672	398	366	880	1362	69	818	201	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	44	14	33	45	189	6	52	24	
2. Wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	33	5	47	114	30	3	41	18	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1990	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	458	196	200	665	953	47	612	134	
2. Aufklärungsfehler bejaht	1	-	1	(7)*	12	-	5	-	
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	-	2	(15)*	-	3	-	1	
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	74	19	74	200	240	7	123	42	
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	4	-	10	16	18	-	7	2	
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	9	2	5	9	-	3	14	1	
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	369	175	105	434	683	34	459	87	
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	1	-	3	6	-	-	3	1	
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	1	-	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1989	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
I.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	725	410	492	953	1572	73	901	250	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	377	146	318	712	1303	40	444	148	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	675	388	386	852	1435	61	872	206	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	427	168	424	813	1440	52	473	192	
II.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden	675	388	386	852	1435	61	872	206	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	71	16	23	29	193	6	53	23	
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	15	3	83	96	76	5	40	24	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen										
Übersicht zum 31. Dezember 1989	Baden-Würt.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarl.	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz		
3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlung- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	12	6	4	9	12	2	23	-		
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	22	4	17	41	-	4	47	26		
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	-	19	29	-	47	-	11	-		
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	1	-	2	1	-	-	4	-		
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	1	4	-	-	-	-	-	-		
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	12	5	9	23	-	2	19	1		
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	10	6	6	1	102	-	19	-		
10. durch beratenden Hinweis erledigt	12	122	5	-	-	2	5	2		
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	64	-	2	4	17	-	10	19		

III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle												
1. Gesamt	455	203	206	648	988	41	641	111				
2. Aufklärungsfehler bejaht	11	-	4	(3)*	9	-	9	1				
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	3	5	(13)*	-	-	-	2				
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	84	42	57	161	266	9	157	31				
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	1	-	12	8	-	1	4	5				
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	7	-	3	10	-	2	15	3				
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	266	158	120	468	713	28	453	67				
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	86	-	5	1	-	-	1	2				
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. – 7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	2	-				

* in III. 4, 5 und 6 enthalten.

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1988	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
I.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	634	393	420	859	1481	55	844	218	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	404	199	331	625	1336	42	375	172	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	661	446	433	774	1514	57	775	242	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	377	146	318	710	1303	40	444	148	
II.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden	661	446	433	774	1514	57	775	242	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	53	17	35	31	188	9	67	25	
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	11	3	74	63	92	2	44	22	

3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungsgutachten oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	3	11	1	10	12	-	24	-
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	20	12	17	29	-	-	29	14
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	2	26	28	-	56	-	3	3
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	-	-	1	-	-	4	-
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	11	-	1	-	-	-	-
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	11	4	6	14	-	4	9	10
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	18	5	6	2	123	-	24	5
10. durch beratenden Hinweis erledigt	4	135	10	1	-	1	1	6
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	71	-	3	1	25	-	14	12

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1988	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe	Rhd.-Pfalz	
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	468	222	253	621	1018	41	556	145	
2. Aufklärungsfehler bejaht	5	-	3	(4)*	17	-	1	2	
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	-	1	1	(14)*	-	-	1	-	
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	103	38	89	166	291	15	99	52	
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	6	1	17	7	2	2	9	10	
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	6	-	4	11	4	3	12	-	
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	347	182	129	432	704	21	418	78	
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	10	5**	-	-	-	3	
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. – 7. erfaßt	1	-	-	-	-	-	6	-	

* In III. 4 enthalten ** soweit nicht unter III. 3. 5 + 6 erfaßt.

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1987	Baden-Württ.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
i.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	658	390	402	792	1513	58	633	232	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	475	192	289	604	1220	53	402	189	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	729	383	360	771	1397	69	660	249	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	404	199	331	625	1336	42	375	172	
ii.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträgen wurden	729	383	360	771	1397	69	660	249	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	42	29	39	49	221	12	31	34	
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	11	3	36	67	117	6	30	24	

3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungswahl- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	7	24	1	17	7	-	14	1
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	34	12	32	18	1	-	23	24
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	1	24	-	-	35	-	4	5
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	-	2	2	1	-	-	5	1
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	2	6	-	5	-	-	-	1
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	7	2	2	13	-	4	13	15
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	13	3	6	-	148	-	19	1
10. durch beratenden Hinweis erledigt	18	130	25	-	-	3	3	14
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	76	-	3	-	15	-	17	7

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1987	Baden-Würt.	Bayern	Hessen	Nordrhein	Norddtschl.	Saarl.	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	518	148	214	601	853	44	501	122	
2. Aufklärungsfehler bejaht	3	-	3	4*	16	2	9	4	
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offengelassen	8	2	4	1*	-	1	7	4	
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	117	36	82	162	220	11	89	41	
5. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität verneint	23	-	8	5	13	-	6	4	
6. Behandlungsfehler bejaht, Kausalität ungeklärt	4	2	6	14	21	1	12	1	
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	363	108	104	418	584	28	371	64	
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	7	2	-	-	-	4	
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1. – 7. erfaßt	-	-	-	-	-	1	7	-	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1986	Baden- Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nord- rhein	Nord- dschl.	Saar- land	Westf.- Lippe	Rhd.- Pfalz	
I.									
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	732	345	351	722	1556	52	650	225	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	346	244	249	524	921	55	363	110	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	603	397	311	642	1260	54	611	146	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	475	192	289	604	1217	53	402	189	
II.									
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträge wurden	603	397	311	642	1260	54	611	146	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	41	19	27	47	206	9	60	17	
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	27	2	44	39	124	4	40	14	

3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungsgutachten- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	11	13	2	20	6	1	14	–
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	48	5	15	33	–	2	24	7
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	1	30	–	–	32	–	5	–
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	2	–	1	5	–	–	2	1
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	2	10	–	–	–	–	–	–
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	14	5	9	6	–	3	24	6
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	12	–	5	1	109	1	21	1
10. durch beratenden Hinweis erledigt	16	155	23	1	7	1	–	13
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	59	1	–	–	8	–	8	–

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen									
Übersicht zum 31. Dezember 1986	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Nordtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	Rhld.-Pfalz	
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle									
1. Gesamt	370	157	185	490	788	32	413	87	
2. Aufklärungsfehler bejaht	1	-	1	6*	17	1	8	1	
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offen gelassen	-	4	0	12*	-	-	3	1	
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	85	41	63	156	243	5	78	31	
5. Behandlungsfehler bejaht. Kausalität verneint	14	1	6	-	4	-	10	1	
6. Behandlungsfehler bejaht. Kausalität ungeklärt	9	1	0	12	2	1	13	1	
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	260	110	108	322	517	22	300	53	
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	1	-	7	1	-	1	-	1	

* in III/4 enthalten

9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-
IV.											
Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde											
1. Aufklärung	1	6						17	1	7	6
2. Fehlerhafte Durchführung eines diagnostischen Eingriffs	14	9						10	1	7	10
3. Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen	14	3						18	-	6	12
4. Anästhesie	1	2						5	-	-	3
5. Therapie											
a) operative Therapie	33	22						157	5	58	41
b) Konservative Therapie	29	9						61	2	37	28
c) Strahlenschäden	1	-						4	-	-	-
6. Medizinische Geräte											
a) fehlerhaftes Material	-	-						-	-	1	1
b) fehlerhafter Gebrauch	1	2						2	1	5	2
7. Aufsichtsfehler des Arztes über											
a) ärztliche Mitarbeiter	-	3						3	-	1	2
b) Pflegepersonal	1	3						3	-	-	-
8. Organisationsfehler des Arztes unvollständige Untersuchung Infektionsfehler	3	5						1	-	1	-
								7			
								5			

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen							
Übersicht zum 31. Dezember 1985	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe
i.							
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	524	312	485	689	1305	61	585
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	314	289	359	507	900	45	292
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	492	357	414	672	1284	51	514
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	346	244	430	524	921	55	363
ii.							
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträge wurden	492	357	414	672	1284	51	514
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	37	20	39	37	203	14	48
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	25	5	36	58	139	8	16

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen								
Übersicht zum 31. Dezember 1985	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	
3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	7	-	3	22	1	1	47	
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	31	8	19	23	-	1	22	
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	-	11	-	-	27	-	1	
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	2	1	3	2	-	-	5	
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	2	-	3	-	-	2	
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	12	11	18	4	-	6	12	
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	15	2	8	-	116	1	10	
10. durch beratenden Hinweis erledigt	9	163	22	83	-	-	-	

11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	28	16	2	3	12	–	7
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle							
1. Gesamt	326	118	264	437	786	20	344
2. Aufklärungsfehler bejaht	6	–	5	4	17	–	⁺¹ 10 ⁺²
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offen gelassen	–	1	1	–	–	–	4 ⁺³
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	65	18	60	128	220	7	59
5. Behandlungsfehler bejaht. Kausalität verneint	5	1	13	3	5	–	6
6. Behandlungsfehler bejaht. Kausalität ungeklärt	5	–	13	6	1	–	10
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	241	98	160	296	543	13	266
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	–	–	12	–	–	–	–
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.–7. erfaßt	4	–	–	–	–	–	–

⁺¹ Punkt 2 = 6 x auch in Punkt 4 enthalten

⁺² Punkt 2 = 1 x auch in Punkt 6 enthalten

⁺³ Punkt 3 = 4 x auch in Punkt 4 enthalten

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen								
Übersicht zum 31. Dezember 1985	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	
9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	4	—	—		—	—	—	
IV. Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde								
1. Aufklärung	6	2			17	—	10*	
2. Fehlerhafte Durchführung eines diagnostischen Eingriffs	17	3			12	—	3	
3. Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen	11	4			9	1	1	
4. Anästhesie	2	1			4	—	—	
5. Therapie								
a) operative Therapie	28	9			92	5	39	
b) Konservative Therapie	10	5			36	1	30	
c) Strahlenschäden	—	—			—	—	—	
6. Medizinische Geräte								
a) fehlerhaftes Material	—	—			1	—	—	
b) fehlerhafter Gebrauch	—	2			5	—	—	
7. Aufsichtsfehler des Arztes über								
a) ärztliche Mitarbeiter	1	2			2	—	—	
b) Pflegepersonal	—	—			1	—	—	
8. Organisationsfehler des Arztes	1	5			2	—	—	

* davon 7 Fälle auch in 5a) oder b) enthalten

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen								
Übersicht zum 31. Dezember 1984	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	
i.								
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	513	329	496	714	1144	44	493	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	252	241	226	381	587	42	328	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	450	281	363	588	831	41	529	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	315	289	359	507	900	45	292	
ii.								
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträge wurden	450	281	363	588	831	41	529	
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	37	62	16	35	144	10	37	
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	15	9	30	69	81	3	17	

3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	4	7	2	5	13	-	30
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	18	10	26	14	1	-	31
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsfalles nicht beschieden	1	20	-	-	38	-	2
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	2	5	-	7	-	-	5
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	-	4	-	1	-	-	1
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	13	9	16	1	-	4	22
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	16	1	1	-	72	1	11
10. durch beratenden Hinweis erledigt	5	70	31	92	1	1	-
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	29	3	2	6	5	-	15

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen							
Übersicht zum 31. Dezember 1984	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle							
1. Gesamt	310	81	239	358	476	22	358
2. Aufklärungsfehler bejaht	1	-	-	15	10	1	-
3. Aufklärungsfehler wegen strittigen Sachverhalts offen gelassen	1	6	-	15	-	-	-
4. Behandlungsfehler und Kausalität des Fehlers für den Schadenseintritt bejaht	75	19	102	82	166	8	62
5. Behandlungsfehler bejaht. Kausalität verneint	8	1	-	4	1	-	-
6. Behandlungsfehler bejaht. Kausalität ungeklärt	2	1	-	4	1	-	-
7. Behandlungsfehler/Aufklärungsfehler verneint	223	54	118	237	298	12	289
8. Alternativbescheid, soweit nicht unter 2. und 5. erfaßt	-	-	19	1	-	-	-

9. Schlichtungsvorschlag, soweit nicht unter 1.-7. erfaßt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	7
IV.											
Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde											
1. Aufklärung	1	-	14	-	10	-	-	-	-	-	-
2. Fehlerhafte Durchführung eines diagnostischen Eingriffs	17	3	13	3	10	-	-	-	-	-	-
3. Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen	12	1	27	30	21	-	-	-	-	-	-
4. Anästhesie	3	2	-	0	10	-	-	-	-	-	-
5. Therapie											
a) operative Therapie	19	5	38	34	95	-	-	-	-	-	35
b) Konservative Therapie	23	6	42	35	35	-	-	-	-	-	21
c) Strahlenschäden	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Medizinische Geräte											
a) fehlerhaftes Material	3	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
b) fehlerhafter Gebrauch	-	-	1	2	1	-	-	-	-	-	-
7. Aufsichtsfehler des Arztes über											
a) ärztliche Mitarbeiter	1	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-
b) Pflegepersonal	-	2	-	2	5	-	-	-	-	-	1
8. Organisationsfehler des Arztes	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen							
Übersicht zum 31. Dezember 1983	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe
I.							
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	372	268	328	547	888	36	414
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	245	205	247	336	483	42	277
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	366	232	349	502	784	36	363
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	251	241	226	381	587	42	328
II.							
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträge wurden	361	232	349	502	784	36	363
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	30	37	12	5	108	6	37
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	18	7	13	40	55	–	19

Übersicht zum 31. Dezember 1983	Baden- Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Westf.- Lippe
3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungsgesuchs oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	4	7	–	6	30	1	23
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	19	–	19	11	1	–	20
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsunfalles nicht beschieden	1	19	–	–	63	–	–
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	1	14	4	3	–	–	1
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	–	–	1	3	–	–	–
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	8	14	13	5	–	1	11
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	9	1	–	–	45	–	17
10. durch beratenden Hinweis erledigt	3	–	29	61	–	–	–

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen								
Übersicht zum 31. Dezember 1983	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	23	46	2	39	–	3	2	
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle								
1. Gesamt	249	86	256	329	470	25	233	
2. Behandlungsfehler bejahende Bescheide	83	22	107	89	136	5	50	
3. Behandlungsfehler verneinende Bescheide	166	64	124	240	334	10	183	
4. Alternativentscheidung			5				–	
IV. Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde								
1. Aufklärung	4	4	26	3	12	1	–	
2. Fehlerhafte Durchführung eines diagnostischen Eingriffs	17	17	37	4	10	–	1	

Übersicht zum 31. Dezember 1983	Baden- Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nord- rhein	Nord- dt Schl.	Saar- land	Westf.- Lippe
3. Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen	16	3	55	8	15	-	1
4. Anästhesie	1	1	9	6	9	-	-
5. Therapie	1						
a) operative Therapie	22	58	82	30	54	2	22
b) Konservative Therapie	20	16	83	37	33	2	13
c) Strahlenschäden	1	-	2	1	1	-	-
6. Medizinische Geräte							
a) fehlerhaftes Material	-	-	-	-	1	-	-
b) fehlerhafter Gebrauch	-	2	2	-	1	-	-
7. Aufsichtsfehler des Arztes über							
a) ärztliche Mitarbeiter	-	-	1	-	4	-	-
b) Pflegepersonal	-	5	6	-	4	-	2
8. Organisationsfehler des Arztes	1	2	4	1	-	-	-

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen							
Übersicht zum 31. Dezember 1982	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Nordtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe
i.							
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	385	200	293	458	756	49	340
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	240	181	304	383	371	32	214
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	380	176	350	505	644	39	260
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	245	205	247	336	483	42	294
ii.							
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträge wurden	380	176	350	505	644	39	260
1. vom Antragsteller zurückgenommen oder wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	32	27	29	3	79	14	26
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	23	1	7	43	53	1	10

Übersicht zum 31. Dezember 1982	Baden- Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Westf.- Lippe
3. wegen Nichtgeltendmachung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden	6	40	1	9	21		16
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden	12		17	9		2	15
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich- rechtlichen Krankenträgers oder we- gen Vorliegen eines sonstigen Amtshaf- tungsunfalles nicht beschieden		11			41		
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden	4		13				2
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentschei- dung nicht beschieden	–	–	–	4		–	
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	8	12	12			1	11
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	16	2	5		47		6
10. durch beratenden Hinweis erledigt	6	–	49	65	5	–	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen							
Übersicht zum 31. Dezember 1982	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Nord-dtschl.	Saarland	Westf.-Lippe
11. aus sonstigen Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	20	22	7	24	13	2	1
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle							
1. Gesamt	253	55	210	348	381	19	173
2. Behandlungsfehler bejahende Bescheide	88	25	78	99	110	6	35
3. Behandlungsfehler verneinende Bescheide	160	30	116	249	271	13	129
4. Alternativbescheid	2		16				
5. Bescheid mit Vergleichsvorschlag	3						9
IV. Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde							
1. Aufklärung	7	1		1	6	1	5
2. Fehlerhafte Durchführung eines diagnostischen Eingriffs	16	3		3			3

Übersicht zum 31. Dezember 1982	Baden- Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Westf.- Lippe
3. Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen	6			24			
4. Anästhesie	7	1		7	4		3
5. Therapie							
a) operative Therapie	28	18		43		4	11
b) Konservative Therapie	12	4		24		1	4
c) Strahlenschäden		1		3	1		
Radiologie							
6. Medizinische Geräte							
a) fehlerhaftes Material				2			
b) fehlerhafter Gebrauch		1		2			2
7. Aufsichtsfehler des Arztes über							
a) ärztliche Mitarbeiter		1					
b) Pflegepersonal		1					
8. Organisationsfehler des Arztes		1					
9. Unvollständige Untersuchung							4
10. Injektionsfehler							3

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen								
Übersicht zum 31. Dezember 1981	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhl.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe	
I.								
1. Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge	315	222	277	416	696	31	301	
2. Zahl der noch nicht entschiedenen Anträge aus den Vorjahren	209	113	264	472	312	7	282	
3. Zahl der im abgelaufenen Jahr erledigten Anträge	286	154	233	505	637	32	369	
4. Zahl der am Ende des Berichtsjahres noch offenen Anträge	238	181	308	383	371	6	214	
II.								
Von den im abgelaufenen Kalenderjahr erledigten Anträge wurden								
1. vom Antragsteller zurückgenommen od. wegen Interessenlosigkeit nicht weiter verfolgt	17	24	23	12	85	9	40	
2. wegen Unzuständigkeit der angerufenen Stelle abschlägig beschieden	20	8	3	27	41	1	11	
3. wegen Nichtgeltendmachung. ein. Behandlungsd. od. Aufklärungsfehlers abschlägig beschieden		27	1	62	31		16	

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen							
	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhld.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarlant	Westf.-Lippe
Übersicht zum 31. Dezember 1981	14		7			2	26
4. wegen Verstreichung der Antragsfrist abschlägig beschieden							
5. wegen Nichtbeteiligung eines öffentlich-rechtlichen Krankenhausträgers oder wegen Vorliegen eines sonstigen Amtshaftungsunfalles nicht beschieden		24			94		26
6. wegen eines Gutachtenfalles nicht beschieden			10				1
7. wegen rechtskräftiger Gerichtsentscheidung nicht beschieden	1		1				1
8. wegen anhängigem Ermittlungsverfahren oder Gerichtsverfahren nicht entschieden	1	11	11			3	16
9. wegen Widerspruch eines Beteiligten nicht zur Entscheidung gekommen	2	5	4		41		10
10. durch beratenden Hinweis erledigt	4		23	63	6	1	

(X) ab 1981 werden öffentliche Krankenhäuser einbezogen

Übersicht zum 31. Dezember 1981	Baden- Württ.	Bayern	Hessen Rhd.-Pf.	Nord- rhein	Nord- dtschl.	Saar- land	Westf.- Lippe
11. aus sonstig. Gründen nicht zur Entscheidung angenommen bzw. abschlägig beschieden	6	19	2		23		2
III. Verbleibende zur Sachentscheidung angenommene Fälle							
1. Gesamt	221	36	148	341	316	16	205
2. Behandlungsfehler bejahende Bescheide	56	19	51	53	107	2	53
3. Behandlungsfehler verneinende Bescheide	161	17	83	288	209	12	152
4. Alternativentscheidungen	4*		14			2*	
IV. Beurteilungsthemen der Bescheide, mit denen ein Behandlungsfehler bejaht wurde							
1. Aufklärung	1	2			12		4
2. Fehlerhafte Durchführung eines diagnostischen Eingriffs		3		1	1		
3. Fehlerhafte Auswertung von medizinischen Ergebnissen				8			3
4. Anästhesie					4		

* Vergleiche

Einheitliche statistische Erhebung über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen								
Übersicht zum 31. Dezember 1981	Baden-Württ.	Bayern	Hessen Rhld.-Pf.	Nordrhein	Norddtschl.	Saarland	Westf.-Lippe	
5. Therapie								
a) operative Therapie	2	9		23		2	3	
b) Konservative Therapie	4	3		16			10	
c) Strahlenschäden		1			2			
6. Medizinische Geräte								
a) fehlerhaftes Material							1	
b) fehlerhafter Gebrauch		4		3			2	
7. Aufsichtsfehler des Arztes über								
a) ärztliche Mitarbeiter		1					2	
b) Pflegepersonal		4		1				
8. Organisationsfehler des Arztes		2						
des Krankenhauses		2		1				

* Vergleiche

Anhang 2

Verfahrensordnung der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

§ 1

(1) Die Ärztekammern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft der norddeutschen Ärztekammern in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zusammengeschlossen zum Zwecke der gemeinsamen Errichtung und des gemeinsamen Betriebes einer Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, um gemeinsam mit dem Verband der Haftpflicht-, Unfall- und Kraftverkehrsversicherer e. V. (HUK-Verband) dazu beizutragen, Streitigkeiten wegen Haftpflichtansprüchen zwischen Ärzten und Patienten, die sich aus der ärztlichen Tätigkeit ergeben, außergerichtlich beizulegen.

(2) Die norddeutschen Ärztekammern errichten eine gemeinsame Schlichtungsstelle mit Sitz in Hannover.

§ 2

(1) Die Schlichtungsstelle wird bei Streitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten tätig, denen Schadensersatzansprüche aufgrund des Vorwurfs fehlerhafter ärztlicher Behandlung zugrunde liegen.

(2) Beteiligte des Schlichtungsverfahrens sind

- a) der antragstellende Patient;
- b) der in Anspruch genommene Arzt;
- c) der in Anspruch genommene Krankenhausträger;
- d) der Haftpflichtversicherer des Arztes oder des Krankenhauses oder der Träger der Eigenversicherung des Krankenhauses.

Alle Beteiligten können sich vertreten lassen. Jeder Beteiligte ist antragsberechtigt. Die Teilnahme an dem Schlichtungsverfahren ist freiwillig. Das Schlichtungsverfahren findet nicht statt, wenn einer der Beteiligten widerspricht.

(3) Die Schlichtungsstelle wird nicht tätig,

- a) wenn ein Gericht bereits rechtskräftig über einen Behandlungsfehler entschieden hat oder wenn der Streitgegenstand durch Vergleich erledigt wurde,
- b) solange ein Gerichtsverfahren oder auf Antrag des Patienten ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren wegen derselben Tatsache anhängig ist. Wird ein solches Verfahren nach Anrufung der Schlichtungsstelle eröffnet oder bekannt, so wird das Schlichtungsverfahren eingestellt.

§ 3

(1) Ziel der Schlichtungsstelle ist es, möglichst rasch und eingehend den Sachverhalt aufzuklären. Die Beteiligten sind verpflichtet, dabei mitzuwirken und insbesondere die für die Sachverhaltsaufklärung erforderlichen Informationen umgehend zu erteilen.

(2) Auf Anforderung sind der Schlichtungsstelle die vollständigen Patientenunterlagen im Original zur Verfügung zu stellen.

§ 4

(1) Der Schlichtungsstelle gehören als Mitglieder an

- 1 Arzt als Vorsitzender,
- 1 Jurist mit Befähigung zum Richteramt und weitere Ärzte.

(2) Sie werden von den norddeutschen Ärztekammern gemeinsam bestellt. Die norddeutschen Ärztekammern können weitere Juristen mit Befähigung zum Richteramt zu Mitgliedern der Schlichtungsstelle bestellen. Im Bedarfsfall kann die Schlichtungsstelle Ärzte aus den betroffenen Gebieten beratend hinzuziehen.

§ 5

(1) Das Verfahren vor der Schlichtungsstelle ist grundsätzlich schriftlich. Die Schlichtungsstelle kann die Anberaumung einer mündlichen Erörterung und das persönliche Erscheinen der Beteiligten vorsehen.

(2) Entscheidet die Schlichtungsstelle in der Sache, so holt sie erforderlichenfalls ein Sachverständigengutachten ein, das den Beteiligten zur Kenntnis zu bringen ist. Vor Einholung des Gutachtens erhalten die Beteiligten Gelegenheit, sich zu der Person des vorgesehenen Gutachters und zu den vorgesehenen Beweisfragen an den Gutachter zu äußern. Für die eventuelle Ablehnung eines Gutachters gelten die Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über die Ablehnung eines Sachverständigen entsprechend. Nach Eingang des Gutachtens sollen die Beteiligten dieses vor einem Schlichtungsvorschlag zur Kenntnis erhalten mit der Gelegenheit, binnen einer Frist von vier Wochen, die auf Antrag des Patienten verlängert werden kann, Stellung zu nehmen sowie eventuelle Ergänzungen anzuregen.

(3) Im Schlichtungsverfahren werden mindestens ein Arzt und ein Jurist tätig. Die Geschäftsverteilung bestimmt der Vorsitzende. Die im jeweiligen Schlichtungsverfahren tätig gewordenen Mitglieder der Schlichtungsstelle schließen ihre Tätigkeit mit einem Schlichtungsvorschlag ab, der eine Stellungnahme zur Haftpflicht dem Grunde nach enthält. Auf Wunsch der Beteiligten wird auch ein Vorschlag zur Streitbeseitigung unterbreitet.

(4) Der Schlichtungsvorschlag ist schriftlich abzufassen, zu begründen und von einem Arzt und einem Juristen zu unterzeichnen. Den Beteiligten ist je eine Ausfertigung zuzuleiten. Soweit die Beteiligten nach Zuleitung des Schlichtungsvorschlages binnen einer Frist von einem Monat neue Tatsachen vortragen, entscheidet die Schlichtungsstelle darüber, ggf. unter Zuziehung ergänzender gutachterlicher Stellungnahmen.

(5) Die verfahrensmäßige Abwicklung übernimmt der Jurist.

§ 6

(1) Für die Inanspruchnahme der Schlichtungsstelle werden Kosten nicht erhoben. Die Kosten der Schlichtungsstelle tragen die norddeutschen Ärztekammern nach besonderer Vereinbarung vorbehaltlich der Regelung in den Absätzen 2 und 3.

(2) Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich der Kosten ihrer Rechtsvertreter und eventuelle Reisekosten selbst.

Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen

Präambel

Die Landesärztekammer Hessen sieht eine ihrer Aufgaben darin, zur Klärung von Streitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten als Kammermitgliedern beizutragen, ob gesundheitliche Komplikationen eines Patienten auf einer haftungsbegründenden ärztlichen Behandlung beruhen oder nicht. Es soll damit eine außergerichtliche Schlichtung und, in geeigneten Fällen, ein alsbaldiger wirtschaftlicher Ausgleich für den Patienten erreicht werden.

Zur Klärung solcher Streitfragen hat die Landesärztekammer eine von ihren Weisungen unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle eingerichtet.

§ 1 – Beteiligte; Allgemeine Verfahrensgrundsätze

Das Verfahren der Gutachterstelle setzt einen Antrag eines Patienten oder Arztes voraus, der dabei die Schweigepflicht und den Datenschutz besonders zu beachten hat. Ist ein Patient verstorben, kann dieser Antrag auch von seinen Erben gestellt werden, die ihre Erbenstellung in geeigneter Weise nachweisen müssen.

Am Verfahren sind der Patient, der einen vermeidbaren Behandlungsfehler behauptet, und der für die beanstandete Behandlung verantwortliche Arzt beteiligt. Beim Tode eines Beteiligten können dessen Erben an seine Stelle treten. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend.

Die Beteiligung ist freiwillig. Schließt der Arzt sich an, ist sein Haftpflichtversicherer stets zu unterrichten, um im Interesse aller Beteiligten in Haftungsfällen eine Schlichtung zu fördern.

Für das Verfahren gelten die Grundsätze des Zivilprozeßrechts entsprechend. Lassen sich Beteiligte durch Dritte vertreten, ist für sie eine schriftliche Vollmacht vorzulegen.

§ 2 – Antrag; Ausschluß der Tätigkeit

Der Antrag des Patienten soll erkennen lassen, worin der Patient Mängel der Behandlung und schädliche Folgen sieht. Der Antrag kann jederzeit zurückgenommen werden.

(3) Die Kosten eines von der Schlichtungsstelle beigezogenen Gutachters und die jeweils geltende Verfahrenspauschale trägt der Versicherer des Arztes bzw. der Krankenhausträger.

§ 7

Durch den Schlichtungsvorschlag wird der Rechtsweg nicht ausgeschlossen.

Die Gutachterstelle wird nicht tätig, soweit ein Gericht über die Frage eines haftungsbegründenden Behandlungsfehlers oder dessen Kausalität entschieden hat oder ein gerichtliches Verfahren dazu anhängig ist.

Auch ein strafrechtliches oder berufsgerichtliches Verfahren zu diesen Fragen steht dem Verfahren bei der Gutachterstelle entgegen.

Werden solche Verfahren eingeleitet, nachdem die Gutachterstelle bereits angerufen wurde, kann die Gutachterstelle ihr Verfahren einstellen.

Die Gutachterstelle wird schließlich dort nicht tätig, wo Beteiligte sich bereits im Wege eines Vergleichs über die Streitpunkte geeinigt haben.

Liegt die beanstandete Behandlung länger als drei Jahre vor Eingang des Antrags bei der Gutachterstelle zurück, wird sie nicht tätig, es sei denn, die Beteiligten beantragen übereinstimmend das Verfahren trotz des Fristablaufes.

§ 3 – Zusammensetzung der Stelle

Die Gutachterstelle besteht aus der erforderlichen Zahl von ärztlichen und juristischen Mitgliedern. Die ärztlichen Mitglieder müssen über langjährige Erfahrungen in dem jeweiligen Fachgebiet verfügen. Die juristischen Mitglieder müssen über die Befähigung zum Richteramt verfügen. Sie sollen auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechts besonders erfahren sein.

Zum Mitglied der Gutachterstelle soll nur berufen werden, wer durch seine sonstige Tätigkeit nicht in seiner Unabhängigkeit beeinträchtigt ist.

Die juristischen Mitglieder der Gutachterstelle werden vom Präsidium der Landesärztekammer berufen, die ärztlichen Mitglieder vom geschäftsführenden Vorstand der Gutachterstelle nach Bedarf hinzugezogen.

§ 4 – Vorstand und Vorsitz

Die Gutachterstelle hat einen geschäftsführenden Vorstand. Er wird von dem Präsidium der Landesärztekammer berufen. Dem Vorstand gehören einer der Juristen und zwei Ärzte sowie die gleiche Zahl an Vertretern an. Aus ihrer Mitte ist vom Präsidium ein Vorsitzender zu bestimmen, ebenso sein Vertreter. Vorstand und Vorsitzender werden auf die Dauer von vier Jahren bestellt.

Scheidet ein Vorstandsmitglied vorzeitig aus, beruft das Präsidium der Landesärztekammer einen Nachfolger für die restliche Zeit.

Der Vorsitzende hat die Aufgabe, durch geeignete allgemeine Anweisungen für die zügige und sorgfältige Erledigung der Geschäfte der Gutachterstelle zu sorgen und dies zu überwachen.

§ 5 – Gutachtenverfahren

Die Gutachterstelle holt die erforderlichen Krankenunterlagen ein.

Sie benennt einen Gutachter und teilt dies den Beteiligten mit. Einwände gegen die Person des Gutachters können binnen drei Wochen vorgebracht werden; sie sind zu begründen. Der geschäftsführende Vorstand entscheidet über die Berechtigung der Einwände.

Der Gutachter reicht sein Gutachten der Gutachterstelle ein, die notwendige Ergänzungen anzuregen hat.

Das Gutachten soll sich mit den Darstellungen der Beteiligten auseinandersetzen und aus sich heraus verständlich sein. Es soll so formuliert werden, daß auch die nicht medizinisch ausgebildeten Beteiligten es verstehen.

Das Gutachten wird den Beteiligten als Bescheid der Gutachterstelle zugestellt. Die Gutachterstelle weist die Beteiligten auf ihre Rechte in geeigneter Form hin.

§ 6 – Kommissionsverfahren

Die Beteiligten haben das Recht, binnen einer Frist von einem Monat ab Zustellung des Bescheides eine Entscheidung der Gutachterkommission zu beantragen. Verspätete Anträge können ohne mündliche Verhandlung durch die juristischen Kommissionsmitglieder mit Beschluß verworfen werden.

Die antragstellenden Beteiligten haben der Kommission mitzuteilen, durch welche Punkte des angefochtenen Bescheides sie sich beschwert fühlen und weshalb.

Die Kommission wird in der Besetzung mit einem juristischen Mitglied, das den Vorsitz in dieser Sache übernimmt, und mindestens zwei ärztlichen Mitgliedern tätig. Die Mehrheit der Stimmen entscheidet, bei Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt.

Die Kommission kann den Verfasser des Bescheides um Erläuterungen bitten; von der Entscheidung ist er jedoch ausgeschlossen. Die Kommission hat alle zur weiteren Aufklärung eines Sachverhalts nötigen Maßnahmen zu treffen.

Wo es ihr geboten erscheint, soll die Kommission jederzeit einen Schlichtungsversuch unternehmen.

Die Kommissionsentscheidung ist schriftlich zu begründen und den Beteiligten zuzustellen.

§ 7 – Klinikträger als Beteiligte

Soweit Ansprüche den Träger einer Klinik betreffen, kann die Gutachterstelle auf Antrag der Beteiligten mit Zustimmung des Trägers die Berechtigung solcher Ansprüche prüfen.

§ 8 – Datenschutz

Soweit im Rahmen der Tätigkeit der Gutachterstelle personenbezogene Daten mitgeteilt werden, sind sie entsprechend den geltenden Datenschutzvorschriften zu sichern. Der Vorsitzende der Gutachterstelle trifft die erforderlichen Anordnungen und überwacht deren Einhaltung.

§ 9 – Kosten

Das Verfahren bei der Gutachterstelle ist für die Beteiligten gebührenfrei. Sie haben aber ihre eigenen Kosten und die etwa bestellter Vertreter selbst zu tragen.

Die Tätigkeit der Mitglieder der Gutachterstelle ist ehrenamtlich. Sie erhalten eine Entschädigung, deren Höhe das Präsidium der Landesärztekammer allgemein festsetzt.

Die Höhe der Vergütung für die Gutachten orientiert sich an dem erforderlichen Arbeitsaufwand und wird vom geschäftsführenden Vorstand festgesetzt.

§ 10

Die Landesärztekammer wird aus der Tätigkeit der Gutachterstelle nicht verpflichtet.

§ 11

Das Verfahren bei der Gutachterstelle schließt den Rechtsweg nicht aus.

Die Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen tritt einen Tag nach Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt in Kraft.

Gleichzeitig tritt das Statut der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen bei der Landesärztekammer Hessen vom 1. Januar 1987 (Hessisches Ärzteblatt 1987, S. 169) außer Kraft.

„Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer“

§ 1 Einrichtung und Aufgaben

(1) Bei der Bayerischen Landesärztekammer besteht eine unabhängige Gutachter- und Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten wegen der Vermutung oder des Vorwurfs fehlerhafter ärztlicher Behandlung. Sie führt die Bezeichnung „Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer“.

(2) Aufgabe der Gutachter- und Schlichtungsstelle ist es, durch objektive Prüfung oder Begutachtung ärztlichen Handelns Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und Ärzten die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern. Bei Streitigkeiten zwischen Patient und Arzt ist durch fachliche Begutachtung festzustellen, ob eine fehlerhafte ärztliche Behandlung vorliegt, die einen gesundheitlichen Schaden des Patienten verursacht hat. Dazu gibt die Gutachter- und Schlichtungsstelle auf schriftlichen Antrag eine Stellungnahme ab; sie trifft keine die gerichtliche Nachprüfung ausschließende Entscheidung. Das Verfahren ist kein Schiedsverfahren im Sinne der Zivilprozeßordnung. Die Aufgaben des Vermittlers auf der Ebene eines ärztlichen Kreisverbandes (Artikel 37 Heilberufe-Kammergesetz – HKaG) bei Streitigkeiten zwischen Arzt und Nichtarzt bleiben unberührt. Die Gutachter- und Schlichtungsstelle wird tätig, wenn sie unmittelbar angerufen wird oder der Streit ihr vom Vermittler vorgelegt wird.

§ 2 Zusammensetzung

(1) Die Gutachter- und Schlichtungsstelle wird von einem Arzt als Vorsitzenden, einem weiteren Arzt und einem Juristen mit der Befähigung zum Richteramt geleitet; für alle sind Stellvertreter zu benennen. Weiterhin besteht ein Beirat, dem Ärzte der einschlägigen Fachrichtungen angehören.

(2) Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer bestellt für die Dauer seiner Wahlperiode die Leitung der Gutachter- und Schlichtungsstelle und ihre Stellvertreter. Mitglieder des Beirats werden vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer auf unbestimmte Zeit berufen.

(3) Vorstandsmitglieder der Bayerischen Landesärztekammer können nicht Mitglieder der Gutachter- und Schlichtungsstelle sein.

(4) Ein Mitglied kann seine Tätigkeit in der Gutachter- und Schlichtungsstelle jederzeit durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer beenden.

§ 3 Unabhängigkeit und Pflichten der Mitglieder

(1) Die Mitglieder der Gutachter- und Schlichtungsstelle sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind nur ihrem Gewissen und ihrer ärztlichen oder rechtlichen Überzeugung verantwortlich. Sie sind zur Vertraulichkeit und Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Ein Mitglied der Gutachter- und Schlichtungsstelle oder ein Mitglied des Beirats, das bereits vor Einleitung des Schlichtungsverfahrens mit dem Fall befaßt war, ist von der Mitwirkung am Schlichtungsverfahren ausgeschlossen.

§ 4 Anträge, Verfahren und Beschlußfassung

(1) Anträge, die auf Untersuchungen oder Behandlungen beruhen, die länger als fünf Jahre zurückliegen, kann die Gutachter- und Schlichtungsstelle ohne sachliche Prüfung abweisen. Ist oder war der verfahrensgegenständliche Sachverhalt in irgendeiner Weise (z. B. Strafanzeige, Prozeßkostenhilfersuchen, Klage usw.) Gegenstand eines zivil- oder strafgerichtlichen oder eines staatsanwaltschaftlichen Verfahrens, wird die Gutachter- und Schlichtungsstelle nicht mehr tätig.

Nicht tätig wird die Gutachter- und Schlichtungsstelle, wenn der behauptete Schaden geringfügig ist oder sich ausschließlich auf Entscheidungen im Zusammenhang mit der Erstattung von ärztlichen Gutachten (z. B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen – MDK, Versorgungsamt) bezieht.

(2) Das Verfahren wird mit einem formlosen schriftlichen Antrag eingeleitet, der eine Darstellung des Sachverhaltes aus der Sicht des Antragstellers enthalten muß. Die behaupteten haftungsbegründenden Tatsachen für eine Verletzung der Regeln ärztlicher Kunst sind möglichst schlüssig darzulegen; dabei sollen antragstellende Patienten das Formblatt der Gutachter- und Schlichtungsstelle verwenden.

(3) Antragsberechtigt und damit Beteiligte sind der Patient, der behandelnde Arzt und/oder das Krankenhaus oder die ärztlich geleitete Einrichtung, soweit diese Institutionen dem Verfahren beigetreten sind, sowie deren jeweilige Haftpflichtversicherung.

(4) Ein Schlichtungsverfahren setzt das Einverständnis aller Beteiligten voraus.

(5) Jeder Antrag wird zunächst bezüglich Schlüssigkeit geprüft, gegebenenfalls unter Einbeziehung eines fachärztlich zuständigen Beiratsmitglieds. Ergibt die Vorprüfung ausreichende Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Diagnose- oder Behandlungsfehlers des Arztes, so ist unverzüglich das Schlichtungsverfahren einzuleiten. Dazu beauftragt die Gutachter- und Schlichtungsstelle einen geeigneten Fachgutachter zur Klärung der Frage, ob ein schuldhafter Behandlungsfehler eines Arztes einen Gesundheitsschaden des Patienten herbeigeführt hat.

(6) Kommt die Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Vorprüfung unter Beteiligung des Facharztes aus dem Beirat zu dem Ergebnis, daß der geltend gemachte Vorwurf fehlerhafter ärztlicher Behandlung unbegründet ist, erteilt sie den Beteiligten einen Vorbescheid: Der Vorbescheid ist zu begründen. Eine mündliche Erörterung mit den Beteiligten findet nicht statt. Widerspricht der Patient dem Votum innerhalb eines Monats und hält die Gutachter- und Schlichtungsstelle nach erneuter Prüfung an der Feststellung der offensichtlichen Unbegründetheit des Vorbringens fest, so wird das Schlichtungsverfahren (Absatz 4) nur auf An-

trag eingeleitet, wenn mindestens einer der betroffenen Haftpflichtversicherungen dieses wünscht.

(7) Über wesentliche Verfahrensschritte, insbesondere den Gutachtensauftrag und das Ergebnis des eingeholten Gutachtens, sind die Verfahrensbeteiligten mit der Möglichkeit zur Stellungnahme zu informieren.

(8) Aufgrund der Ermittlungsergebnisse gibt die Gutachter- und Schlichtungsstelle abschließend eine mit Gründen versehene Stellungnahme über die geltend gemachten Ansprüche dem Grunde nach ab.

(9) Das Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle wird grundsätzlich schriftlich durchgeführt.

§ 5 Kosten

(1) Für die Beteiligten ist das Verfahren bei der Schlichtungsstelle kostenlos: Sie tragen jedoch ihre eigenen Kosten einschließlich der Kosten ihrer Rechtsvertretung selbst.

(2) Von den Haftpflichtversicherungen der Ärzte und Krankenhäuser werden für die Plausibilitätsprüfung (§ 4 Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5) Pauschalgebühren nach näherer Vereinbarung erhoben. Mit Zustimmung zum Verfahren erklärt die Haftpflichtversicherung ihre Be-

reitschaft, die externen Kosten der Gutachter- und Schlichtungsstelle zu tragen. Sind mehrere Ärzte bzw. Krankenhäuser am Verfahren beteiligt, werden die Kosten anteilig auf ihre Haftpflichtversicherer umgelegt. Die Entschädigung von Sachverständigen richtet sich nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der jeweils geltenden Fassung.

(3) Die Bayerische Landesärztekammer stellt für die Tätigkeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle die notwendigen personellen und sächlichen Mittel zur Verfügung.

§ 6 Inkrafttreten

Diese Geschäfts- und Verfahrensordnung ersetzt die Vereinbarung mit dem HUK-Verband vom 24. April 1975. Sie tritt am 1. Tag des Folgemonats nach Veröffentlichung im Bayerischen Ärzteblatt in Kraft, damit endet die Tätigkeit der zu diesem Zeitpunkt amtierenden Mitglieder der Schlichtungsstelle.

Die neue Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer tritt damit am 1. Januar 1998 in Kraft.

Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein

Nach Genehmigung des Beschlusses der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein vom 17. Dezember 1980 zur Änderung des Statuts der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein durch Erlass des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 30. Januar 1981 – VA 1 – 0810.42.1 (Rheinisches Ärzteblatt Nr. 4/1981 Seite 94, MBl. NW 1981 Seite 198) wird nachstehend die ab 1. Februar 1981 maßgebende Fassung des Statuts bekanntgemacht.

Düsseldorf, den 25. Februar 1981

Dr. Koch, Präsident

Statut einer Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler

vom 22. November 1975 (MBl. NW. 1975 S. 2472, Rheinisches Ärzteblatt Nr. 2/1976 Seite 60), geändert am 27. November 1976 (MBl. NW. 1977 S. 59, Rheinisches Ärzteblatt Nr. 1/1977 S. 37), am 17. Dezember 1977 (MBl. NW. 1978 Nr. 15 S. 225 – SMBl. NW. 21220; Rheinisches Ärzteblatt Nr. 7/1978 S. 270) und 2. Dezember 1978 (MBl. NW. 1979 S. 67, Rheinisches Ärzteblatt Nr. 4/1979 S. 126), zuletzt geändert am 17. Dezember 1980 (MBl. NW. 1981 S. 198, Rheinisches Ärzteblatt Nr. 4/1981 S. 94) in der ab 1. Februar 1981 geltenden Fassung.

§ 1

Errichtung

(1) Es wird eine Kommission zur Begutachtung von Vorwürfen wegen ärztlicher Behandlungsfehler errichtet. Diese führt die Bezeichnung

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Die Ärztekammer verfolgt mit Errichtung dieser Gutachterkommission das Ziel, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern.

(2) Die Gutachterkommission und ihre Mitglieder sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind allein ihrem Gewissen verantwortlich.

(3) Die Gutachterkommission erstattet der Kammerversammlung jährlich einen Tätigkeitsbericht.

§ 2

Aufgaben

(1) Bestehen Streit oder Meinungsverschiedenheiten darüber, ob ein der Kammer als Mitglied angehörender Arzt die in Diagnostik und Therapie erforderliche Sorgfalt gewahrt hat, so stellt die Kommission auf Antrag eines Beteiligten fest, ob dem Arzt ein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist, durch den der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich erleiden wird.

(2) Beteiligte des Verfahrens sind der Patient, der das Vorliegen eines Behandlungsfehlers behauptet, und der des Behandlungsfehlers beschuldigte oder durch den Vorwurf belastete Arzt. Gegebenenfalls treten an ihre Stelle der gesetzliche Vertreter oder im Todesfall die hinterbliebenen nächsten Angehörigen. Die Beteiligten können sich vertreten lassen; § 157 ZPO gilt entsprechend. Die Vollmacht ist vorzulegen.

§ 3

Voraussetzungen für die Tätigkeit

(1) Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag von Patienten tätig.

(2) Die Gutachterkommission wird auch auf schriftlichen Antrag von Ärzten tätig, denen der Vorwurf eines Behandlungsfehlers gemacht wird.

(3) Der Antrag nach den Absätzen 1 und 2 kann jederzeit zurückgenommen werden.

(4) Die Gutachterkommission wird nicht tätig, wenn

- a) ein gerichtliches Verfahren über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers abgeschlossen ist,
- b) der Streit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt worden ist,
- c) bei Antragstellung ein gerichtliches Verfahren anhängig oder eine Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft wegen desselben Vorwurfs erstattet worden ist oder gleichzeitig erstattet wird.

Wird das Gericht oder die Staatsanwaltschaft erst nach Antragstellung angerufen, so ist das Verfahren vor der Gutachterkommission in der Regel einzustellen.

(5) Soweit der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung länger als fünf Jahre zurückliegt, wird die Gutachterkommission in der Regel nicht tätig.

§ 4

Zusammensetzung, Ehrenamt

(1) Die Gutachterkommission besteht aus fünf Mitgliedern. Sie werden vom Vorstand der Ärztekammer auf die Dauer von vier Jahren berufen. Ersatzberufungen nach Ausscheiden eines Mitgliedes werden für den Rest der Amtszeit ausgesprochen.

(2) Mitglieder der Gutachterkommission sind

1. ein Vorsitzender, der die Befähigung zum Richteramt haben muß;
2. ein Chirurg;
3. ein Internist;
4. ein Pathologe;
5. ein niedergelassener Allgemeinarzt.

Für jedes Mitglied ist mindestens ein Vertreter zu bestellen. Er tritt im Verhinderungsfall an die Stelle des Mitglieds.

(3) Der Vorstand der Ärztekammer kann weitere Ärzte als korrespondierende Mitglieder berufen.

(4) Zum Mitglied oder Vertreter darf nicht berufen werden, wer als Angestellter oder freiberuflich für eine Ärztekammer oder Kassenärztliche Vereinigung tätig war oder ist.

(5) Der Vorsitzende und sein Vertreter sollen über langjährige Erfahrung als Richter, die übrigen Mitglieder und ihre Vertreter über langjährige Erfahrungen in ihrem Beruf verfügen und mit dem Gutachterwesen vertraut sein.

(6) Das Amt als Mitglied der Gutachterkommission ist ein Ehrenamt.

§ 4 a

Vorsitzender

(1) Der Vorsitzende wahrt den ordnungsgemäßen Ablauf des Verfahrens der Gutachterkommission. Er ist befugt, der Geschäftsstelle fachliche Weisung zu erteilen.

(2) In Verfahrensfragen und juristischen Fragen der Auslegung dieses Statuts kann der Vorsitzende entscheiden. § 5 Abs. 4 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 5

Geschäftsführendes Mitglied der Gutachterkommission

(1) Zur Bearbeitung der ärztlich-medizinischen Fragen, die sich aus den Anträgen ergeben, überträgt der Vorstand der Ärztekammer einem Mitglied der Kommission die Geschäftsführung. Der Vorstand beruft ferner aus dem Kreise der Mitglieder und korrespondierenden Mitglieder mindestens einen Vertreter für das Geschäftsführende Mitglied der Gutachterkommission.

(2) Dem Geschäftsführenden Kommissionsmitglied sind alle Anträge, die in seinen Aufgabenbereich fallen, vorzulegen.

(3) Das Geschäftsführende Kommissionsmitglied bereitet das Verfahren der Gutachterkommission vor; dazu gehören insbesondere die Einholung von Stellungnahmen der Beteiligten, gegebenenfalls auch von Gutachten (§ 6 Abs. 2 Satz 1) und die Erörterung des Sachverhalts mit Mitgliedern und korrespondierenden Mitgliedern der Kommission sowie deren Vertretern.

(4) Das Geschäftsführende Kommissionsmitglied teilt, wenn es eine förmliche Beschlußfassung der Gutachterkommission nicht für notwendig hält, den Beteiligten die aus den Ermittlungen gewonnene Auffassung in einem Bescheid mit. Dieser ist zu begründen und allen Beteiligten zur Kenntnis zu bringen. Verlangt hiernach der durch den Bescheid Belastete die Entscheidung durch die Gutachterkommission, so ist die Angelegenheit ihr vorzulegen; der Antrag muß schriftlich innerhalb einer Frist von einem Monat nach Zustellung des Bescheides gestellt werden.

§ 6

Aufklärung des Sachverhalts

(1) Der Sachverhalt ist unter Mitwirkung der Beteiligten möglichst schnell und eingehend aufzuklären.

(2) Die Gutachterkommission kann Sachverständigen-gutachten einholen. Ihr wesentlicher Inhalt soll den Beteiligten zur Kenntnis gebracht werden.

(3) Die Gutachterkommission ist nicht an Beweis-anträge gebunden.

§ 7

Beschlußfähigkeit

(1) Die Gutachterkommission ist beschlußfähig, wenn der Vorsitzende oder sein Vertreter und mindestens drei weitere Mitglieder oder deren Vertreter anwesend sind.

(2) Die Gutachterkommission beschließt mit Stimmen-mehrheit.

§ 8

Ausschließung und Ablehnung wegen Befangenheit

Die Vorschriften der Zivilprozeßordnung über die Aus-schließung und Ablehnung gelten für die Mitglieder der Gutachterkommission sowie für einzelne Gutachter (§ 6 Abs. 2) entsprechend. Über Ablehnungsanträge entscheidet die Gutachterkommission.

§ 9

Anhörung der Beteiligten, Beweiswürdigung

(1) Das Verfahren wird schriftlich durchgeführt. Die Gutachterkommission kann den Sachverhalt mit den Beteiligten mündlich erörtern, wenn sie dies für sach-dienlich hält. Die Beteiligten sind hierzu mit einer Frist von mindestens 14 Tagen zu laden.

(2) Die Gutachterkommission entscheidet aufgrund des Vorbringens der Beteiligten, beigezogener Unter-lagen und Gutachten sowie ggf. des Ergebnisses der mündlichen Erörterung in freier Beweiswürdigung.

§ 10

Abschließendes Gutachten

(1) Nach Abschluß der Ermittlungen und der Beratung erstattet die Gutachterkommission ihr Gutachten. Es enthält eine sachverständige Äußerung zu der Frage, ob ein dem Arzt vorwerfbarer Behandlungsfehler fest-gestellt werden kann, durch den der Patient einen Ge-sundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich er-leiden wird.

(2) Das Gutachten ist schriftlich abzufassen, zu be-gründen und vom Vorsitzenden und mindestens einem

weiteren Mitglied der Gutachterkommission zu unter-zeichnen. Den Beteiligten ist je eine Ausfertigung des Gutachtens zu übersenden.

(3) Kommt kein einstimmiger Beschluß der Gut-achterkommission zustande, so kann die abweichende Meinung der Minderheit mit deren Begründung den Beteiligten bekanntgegeben werden.

(4) Kommt ein Gutachten wegen Stimmengleichheit nicht zustande, so sind die unterschiedlichen Mei-nungen gegenüberzustellen. Absatz 2 gilt entspre-chend.

(5) Die Gutachterkommission kann in hierfür ge-eigneten Fällen und mit Zustimmung der Beteiligten einen Schlichtungsversuch unternehmen.

(6) Die Ärztekammer und die Mitglieder der Gut-achterkommission werden aus Gutachten und Schlich-tungsvorschlägen der Gutachterkommission nicht ver-pflichtet.

§ 11

Kostenregelung

(1) Die Kosten der Gutachterkommission trägt die Ärztekammer Nordrhein.

(2) Das Verfahren vor der Gutachterkommission ist für die Beteiligten gebührenfrei.

(3) Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich der Kosten ihrer Vertretung selbst. Bei Anhörung Drit-ter können Auslagen ersetzt werden.

(4) Die Mitglieder, stellvertretenden und korre-spondierenden Mitglieder der Gutachterkommission erhalten bei ihrer Tätigkeit Reisekosten, Sitzungsgeld und Verdienstausfallentschädigung (Gutachtenaus-fallentschädigung) nach der Reisekostenordnung der Ärztekammer Nordrhein in der jeweils geltenden Fas-sung.

(5) Die Entschädigung für Gutachten (§ 6 Abs. 2) rich-tet sich nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der jeweils geltenden Fassung.

§ 12

Dieses Statut tritt mit Wirkung vom 1. Dezember 1975 in Kraft.¹⁾

1) Diese Vorschrift betrifft das Inkrafttreten des Statuts vom 22. No-vember 1975. Die Änderungen vom 27. November 1976 traten am 1. Februar 1977 in Kraft; § 3 Abs. 5 trat am 1. Mai 1977 in Kraft. Die Änderungen vom 17. Dezember 1977 traten am 1. März 1978 in Kraft. Die Änderungen vom 2. Dezember 1978 traten mit Wirkung vom 1. Dezember 1978 in Kraft. Die Änderungen vom 17. Dezember 1980 traten mit Wirkung vom 1. Februar 1981 in Kraft.

*Statut der „Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen“
bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 23. April
1977 (MBl. NW 1978 S. 1560)*

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung am 23. April 1977 aufgrund des § 17 Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juli 1975 (GV. NW. S. 520/SGV. NW. 2122) das folgende Statut beschlossen, das durch Erlaß des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 31. Mai 1978 – V A 1 – 0810.52.1 – genehmigt worden ist.

§ 1
Gutachterkommission

(1) Bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe wird eine Kommission zur Begutachtung behaupteter ärztlicher Behandlungsfehler errichtet. Diese führt die Bezeichnung

Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

(2) Die Mitglieder der Gutachterkommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind allein ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung verantwortlich.

§ 2
Ziel

Ziel der Gutachterkommission ist es, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen möglichen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern und in geeigneten Fällen einen Schlichtungsversuch zu unternehmen.

§ 3
Aufgaben

(1) Die Kommission erstattet auf Antrag ein schriftliches Gutachten darüber, ob der Patient infolge eines schuldhaften Behandlungsfehlers eines kammerangehörigen Arztes einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

(2) Beteiligte des Verfahrens sind der Patient, der das Vorliegen eines Behandlungsfehlers behauptet, und der betroffene Arzt. Die Beteiligten können sich vertreten lassen; § 157 ZPO gilt entsprechend. Die Vollmacht ist vorzulegen.

§ 4
Voraussetzungen für die Tätigkeit

(1) Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag des Patienten oder des Arztes, dem ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird, tätig, sofern nicht der Antragsgegner innerhalb eines Monats widerspricht.

(2) Die Gutachterkommission wird nicht tätig,

a) wenn ein Gericht bereits rechtskräftig über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers entschieden

hat oder wenn der Streitgegenstand durch Vergleich erledigt wurde,

b) wenn ein Gerichtsverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren wegen derselben Tat anhängig ist; wird ein solches Verfahren wegen derselben Tatsachen nach Anrufung der Gutachterkommission eröffnet, wird das Verfahren vor der Gutachterkommission ausgesetzt,

c) wenn der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung länger als fünf Jahre zurückliegt,

d) wenn kein Behandlungsfehler geltend gemacht wird,

e) wenn es sich um behauptete Schäden im Zusammenhang mit der Erstattung von ärztlichen Gutachten handelt,

f) wenn wegen des Behandlungsfehlers Ansprüche aus Amtshaftung geltend gemacht werden können.

§ 5
Zusammensetzung, Ehrenamt

(1) Der Gutachterkommission gehören drei Mitglieder an. Sie werden vom Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf die Dauer von fünf Jahren bestellt. Für ausscheidende Mitglieder sind für den Rest der Amtszeit neue Mitglieder zu bestellen.

Für die Mitglieder sind Stellvertreter zu berufen.

(2) Die Gutachterkommission besteht aus

a) einem Mitglied, das die Befähigung zum Richteramt haben muß – Vorsitzender –,

b) zwei ärztlichen Mitgliedern, die in dem gleichen Gebiet tätig sind wie der betroffene Arzt.

(3) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter sollen über langjährige Erfahrungen verfügen und mit dem Gutachterwesen vertraut sein.

(4) Das Amt als Mitglied der Gutachterkommission ist ein Ehrenamt.

§ 6
Verfahren

(1) Die Leitung des Verfahrens obliegt dem Vorsitzenden Mitglied der Gutachterkommission.

(2) Dem Vorsitzenden sind alle Anträge, die in den Aufgabenbereich der Gutachterkommission fallen, vorzulegen.

(3) Der Vorsitzende bereitet das Verfahren der Gutachterkommission vor. Dazu gehört insbesondere die Einholung von Stellungnahmen der Beteiligten.

Er kann sich der Dienste der Geschäftsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe bedienen.

(4) Der Vorsitzende kann, wenn er eine förmliche Beschlußfassung der Gutachterkommission nicht für notwendig hält, den Beteiligten einen Vorbescheid erteilen. Der Vorbescheid ist zu begründen. Verlangt einer der beteiligten innerhalb eines Monats nach Zu-

stellung des Bescheides schriftlich eine Beschlußfassung der Gutachterkommission, so ist ihr die Angelegenheit vorzulegen.

§ 7

Aufklärung des Sachverhaltes, Beweiswürdigung

(1) Der Sachverhalt ist möglichst schnell und umfassend aufzuklären.

(2) Die Gutachterkommission ist nicht an Beweisanträge gebunden. Sie entscheidet in freier Beweiswürdigung.

(3) Die Gutachterkommission beschließt mit Stimmenmehrheit.

§ 8

Abschließende Entscheidung

(1) Die abschließende Entscheidung der Gutachterkommission ist schriftlich abzufassen, zu begründen und vom Vorsitzenden der Gutachterkommission zu unterzeichnen. Den Beteiligten ist eine Ausfertigung der Entscheidung zu übersenden.

(2) Die Gutachterkommission kann in geeigneten Fällen einen Schlichtungsversuch unternehmen.

(3) Die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Mitglieder der Gutachterkommission werden aus Gut-

achten und Schlichtungsvorschlägen der Gutachterkommission nicht verpflichtet.

§ 9

Kostenregelung

(1) Die Kosten der Gutachterkommission trägt die Ärztekammer Westfalen-Lippe.

(2) Das Verfahren vor der Gutachterkommission ist für die Beteiligten gebührenfrei.

(3) Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich der Kosten ihrer Vertretung selbst.

(4) Die Mitglieder der Gutachterkommission erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung nach der Spesenordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe in der jeweils geltenden Fassung.

(5) Gutachter werden im Auftrag der Gutachterkommission ehrenamtlich tätig. Besondere Kosten werden erstattet.

§ 10

Inkrafttreten

Das Statut tritt mit Wirkung vom 1. August 1977 in Kraft.

Ärzteblatt Baden-Württemberg 2/77

Statut einer Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht

Auf Grund von § 4 Abs. 1 und § 9 Abs. 1 des Kammergesetzes in der Fassung vom 31. Mai 1976 (Ges.Bl. S. 473) hat die Vertreterversammlung der Landesärztekammer am 4. Dezember 1976 folgendes Statut beschlossen:

§ 1

Gutachterkommission

(1) Bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg wird eine Kommission zur Begutachtung behaupteter ärztlicher Behandlungsfehler errichtet. Diese führt die Bezeichnung

Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Die Landesärztekammer verfolgt mit Errichtung dieser Gutachterkommission das Ziel, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen möglichen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern.

(2) Die Mitglieder der Gutachterkommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind allein ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung verantwortlich.

§ 2

Aufgaben

(1) Die Kommission erstattet auf Antrag ein schriftliches Gutachten darüber, ob der Patient infolge eines schuldhaften Behandlungsfehlers eines der Landesärztekammer Baden-Württemberg angehörenden Arztes einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

(2) Beteiligte des Verfahrens sind der Patient, der das Vorliegen eines Behandlungsfehlers behauptet, und der betroffene Arzt. Die Beteiligten können sich vertreten lassen; § 157 ZPO gilt entsprechend.

§ 3

Voraussetzungen für die Tätigkeit

(1) Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag des Patienten oder des Arztes, dem ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird, tätig, sofern nicht der Antragsgegner innerhalb eines Monats widerspricht.

(2) Die Gutachterkommission wird nicht tätig,

a) wenn ein Gericht bereits rechtskräftig über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers entschieden hat oder wenn der Streitgegenstand durch Vergleich erledigt wurde;

b) solange ein Gerichtsverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen derselben Tatsachen anhängig ist. Wird ein solches Verfahren wegen derselben Tatsachen nach Anrufung der Gutachterkommission eröffnet, so wird das Verfahren vor der Gutachterkommission ausgesetzt;

- c) wenn der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung länger als fünf Jahre zurückliegt;
- d) wenn kein Behandlungsfehler geltend gemacht wird;
- e) wenn es sich um behauptete Schäden im Zusammenhang mit der Erstattung von ärztlichen Gutachten handelt;
- f) wenn wegen des Behandlungsfehlers Ansprüche aus Amtshaftung geltend gemacht werden können.

§ 4

Zusammensetzung

(1) Der Gutachterkommission gehören drei Mitglieder an, die vom Vorstand der Landesärztekammer auf die Dauer von fünf Jahren bestellt werden. Für Mitglieder, die während dieser Zeit ausscheiden, sind für den Rest der Zeit neue Mitglieder zu berufen. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu bestellen.

(2) Die Gutachterkommission besteht aus

1. einem Mitglied, das die Befähigung zum Richteramt haben muß (Vorsitzender);
2. einem niedergelassenen Arzt für Allgemeinmedizin/praktischen Arzt;
3. einem ärztlichen Mitglied aus Klinik oder Praxis, das in dem gleichen Gebiet tätig ist wie der betroffene Arzt.

(3) Der Vorstand der Landesärztekammer bestellt auf Vorschlag jeder Bezirksärztekammer für deren Bereich ein Mitglied mit der Befähigung zum Richteramt, das nach Maßgabe des § 5 wechselweise den Vorsitz führt.

(4) Zum Mitglied oder Stellvertreter darf nicht berufen werden, wer einem Organ der Landesärztekammer oder ihrer Untergliederungen angehört oder Angestellter der Landesärztekammer oder ihrer Untergliederungen ist.

(5) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter sollen über langjährige Erfahrungen in ihrem Beruf verfügen.

(6) Das Amt als Mitglied der Gutachterkommission ist ein Ehrenamt.

§ 5

Leitung des Verfahrens

(1) Die Leitung des Verfahrens obliegt dem vorsitzenden Mitglied der Gutachterkommission mit der Befähigung zum Richteramt, das für den Bereich der Bezirksärztekammer bestellt wurde, dem der betroffene Arzt angehört.

(2) Dem Vorsitzenden sind alle Anträge, die in den Aufgabenbereich der Gutachterkommission fallen, vorzulegen.

(3) Der Vorsitzende bereitet das Verfahren der Gutachterkommission vor; dazu gehört insbesondere die Einholung von Stellungnahmen der Beteiligten.

Er kann sich der Dienste der Geschäftsstelle der jeweiligen Bezirksärztekammer bedienen.

(4) Der Vorsitzende kann, wenn er eine förmliche Beschlußfassung der Gutachterkommission nicht für notwendig hält, den Beteiligten einen Vorbescheid erteilen. Der Vorbescheid ist zu begründen. Verlangt einer der Beteiligten innerhalb eines Monats eine Beschlußfassung der Gutachterkommission, so ist ihr die Angelegenheit vorzulegen.

§ 6

Aufklärung des Sachverhalts, Beweiswürdigung

(1) Der Sachverhalt ist möglichst schnell aufzuklären.

(2) Die Gutachterkommission soll den Sachverhalt, soweit erforderlich, mit den Beteiligten mündlich erörtern.

(3) Die Gutachterkommission kann die Einholung von Sachverständigengutachten beschließen. Sie sollen den Beteiligten zur Kenntnis gebracht werden.

(4) Die Gutachterkommission ist nicht an Beweisanträge gebunden; sie entscheidet in freier Beweiswürdigung.

(5) Die Gutachterkommission beschließt mit Stimmenmehrheit.

§ 7

Abschließende Entscheidung

(1) Die abschließende Entscheidung der Kommission ist schriftlich abzufassen, zu begründen und von den mitwirkenden Mitgliedern zu unterzeichnen. Den Beteiligten ist je eine Ausfertigung der Entscheidung zu übersenden.

(2) Die Gutachterkommission kann in geeigneten Fällen und mit Zustimmung der Beteiligten einen Schlichtungsversuch unternehmen.

(3) Die Landesärztekammer und die Mitglieder der Gutachterkommission werden aus Gutachten und Schlichtungsvorschlägen der Gutachterkommission nicht verpflichtet.

§ 8

Kostenregelung

(1) Die Kosten der Gutachterkommission trägt die Landesärztekammer.

(2) Das Verfahren vor der Gutachterkommission ist für die Beteiligten gebührenfrei. Wird von einem Beteiligten die Einholung eines Sachverständigengutachtens (§ 6 Abs. 3) beantragt, so trägt die Kosten der Antragsteller.

(3) Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich der Kosten ihrer Vertretung selbst.

(4) Die Mitglieder der Gutachterkommission erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung nach dem Reisekostenstatut der Landesärztekammer in der jeweils geltenden Fassung.

(5) Die Entschädigung für Gutachter (§ 6 Abs. 3) richtet sich nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der jeweils geltenden Fassung.

§ 9
Inkrafttreten

Dieses Statut tritt am 1. Tag des dritten Monats nach der Verkündung im Ärzteblatt Baden-Württemberg in Kraft.

Stuttgart-Degerloch, den 16. Dezember 1976

(gez.) Dr. Kraiss
Stellv. Schriftführer

(gez.) Dr. Maiwald
Präsident

Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat mit Erlaß vom 20. Dezember 1976 – Az. VI 8350/76 – gemäß § 9 Abs. 3 des Kammergesetzes in der Fassung vom 31. Mai 1976 (Ges.Bl. S. 473) das von der Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg am 4. Dezember 1976 beschlossene Statut einer Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht genehmigt.

*Satzung
der Landesärztekammer Baden-Württemberg zur Änderung des Statuts einer Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht vom 23. Januar 1985*

Aufgrund von § 4 Abs. 1 und § 9 des Kammergesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Mai 1976 (GBl. S. 473) hat die Vertreterversammlung der Landesärztekammer am 1. Dezember 1984 folgende Satzung beschlossen:

§ 1

Das Statut einer Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht vom 4. Dezember 1976 (Ärzteblatt Baden-Württemberg 1977, S. 123) wird wie folgt geändert:

In § 4 Abs. 2 erhalten die Nummern 2 und 3 folgende Fassung:

„2. einem Arzt, der niedergelassen ist und über langjährige breitgefächerte berufspraktische Erfahrungen verfügt,

3. einem ärztlichen Mitglied aus Klinik oder Praxis, das die gleiche Gebietsbezeichnung wie der betroffene Arzt führt.“

§ 2
Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Monat der Bekanntmachung im Ärzteblatt Baden-Württemberg folgt.

Die vorstehende Satzung wird nach Genehmigung mit Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit, Familie und Sozialordnung Baden-Württemberg vom 18. Dezember 1984 – Nr. VI/2 – 8350 – hiermit bekanntgemacht.

Stuttgart, den 23. Januar 1985

Dr. Große-Ruyken
Präsident

Dr. Reitingen
Schriftführer

Änderung der Satzung der Gutachterkommission

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer des Saarlandes hat in ihrer Sitzung am 26. September 1990 folgende Änderungen der Satzung der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes beschlossen:

§ 4 Abs. 1 erhält folgenden Wortlaut:

Die Mitglieder der Gutachterkommission werden vom Vorstand der Ärztekammer für die Dauer der Wahlperiode der Delegiertenversammlung berufen. Für Mitglieder, die während dieser Zeit ausscheiden, sind für den Rest der Zeit neue Mitglieder zu berufen. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu bestellen.

§ 4 Abs. 2 erhält folgenden Wortlaut:

Die Gutachterkommission entscheidet in der Besetzung mit einem Mitglied, das die Befähigung zum

Richteramt haben muß (Vorsitzender), und zwei ärztlichen Mitgliedern, von denen eines in dem gleichen Gebiet tätig sein soll wie der betroffene Arzt.

Begründung

Durch die Streichung von Satz 1 in § 4 Abs. 1 der Satzung und die Neuformulierung in § 4 Abs. 2 wird sichergestellt, daß grundsätzlich eines der ärztlichen Mitglieder der Kommission in dem gleichen Gebiet tätig ist wie der betroffene Arzt. Diese Neugestaltung der Besetzung der Kommission ist angezeigt nicht zuletzt zur Kostenreduzierung im Hinblick darauf, daß die Einholung von Sachverständigengutachten dadurch vermieden werden kann, daß künftig die ärztlichen Mitglieder aus den jeweiligen Gebieten den medizinischen Teil des Gutachtens übernehmen.

Nachstehend veröffentlichen wir die geänderte Satzung in vollem Wortlaut.

*Satzung
der Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes*

§ 1

(1) Bei der Ärztekammer des Saarlandes wird eine Kommission zur Begutachtung behaupteter ärztlicher Behandlungsfehler errichtet.

(2) Die Mitglieder der Gutachterkommission sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Sie sind allein ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung verantwortlich.

(3) Die Ärztekammer verfolgt mit dieser Einrichtung das Ziel, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns den durch einen möglichen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern.

§ 2

(1) Die Gutachterkommission erstattet auf Antrag ein schriftliches Gutachten darüber, ob der Patient infolge eines schuldhaften Behandlungsfehlers eines der Ärztekammer des Saarlandes angehörenden Arztes einen Gesundheitsschaden erlitten hat.

(2) Die Gutachterkommission kann in geeigneten Fällen und mit Zustimmung der Beteiligten einen Schlichtungsversuch unternehmen.

§ 3

(1) Beteiligte des Verfahrens sind der Patient, der das Vorliegen des Behandlungsfehlers behauptet, und der betroffene Arzt. Die Beteiligten können sich vertreten lassen, § 157 ZPO gilt entsprechend.

(2) Die Gutachterkommission wird auf schriftlichen Antrag tätig. Antragsberechtigt sind der Patient, der einen Behandlungsfehler behauptet, und der Arzt, dem ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird.

(3) Der Antrag nach Absatz 2 kann jederzeit zurückgenommen werden.

(4) Die Gutachterkommission wird nicht tätig,

a) wenn ein Gericht bereits rechtskräftig über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers entschieden hat oder wenn der Streitgegenstand durch Vergleich erledigt wurde;

b) solange ein Gerichtsverfahren oder ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren wegen derselben Tatsachen anhängig ist. Wird ein solches Verfahren wegen derselben Tatsachen nach Anrufen der Gutachterkommission eröffnet, so wird das Verfahren vor der Gutachterkommission eingestellt;

c) wenn der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung länger als fünf Jahre zurückliegt;

d) wenn es sich um behauptete Schäden im Zusammenhang mit gutachterlicher ärztlicher Beurteilung handelt.

§ 4

(1) Die Mitglieder der Gutachterkommission werden vom Vorstand der Ärztekammer für die Dauer der Wahlperiode der Delegiertenversammlung berufen. Für Mitglieder, die während dieser Zeit ausscheiden, sind für den Rest der Zeit neue Mitglieder zu berufen. Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu bestellen.

(2) Die Gutachterkommission entscheidet in der Besetzung mit einem Mitglied, das die Befähigung zum Richteramt haben muß (Vorsitzender) und zwei ärztlichen Mitgliedern, von denen eines in dem gleichen Gebiet tätig sein soll wie der betroffene Arzt.

(3) Die Mitglieder und ihre Stellvertreter sollen über langjährige Erfahrungen in ihrem Beruf verfügen.

(4) Zum Mitglied oder Stellvertreter darf nicht berufen werden, wer einem Organ der Ärztekammer angehört oder Angestellter der Ärztekammer ist.

(5) Das Amt als Mitglied der Gutachterkommission ist ein Ehrenamt.

§ 5

(1) Die Leitung des Verfahrens obliegt dem Vorsitzenden der Gutachterkommission.

(2) Alle Anträge sind dem Vorsitzenden vorzulegen.

(3) Der Vorsitzende bereitet das Verfahren der Gutachterkommission vor, dazu gehört insbesondere die Einholung von Stellungnahmen der Beteiligten. Er bedient sich hierbei der Dienste der Geschäftsstelle der Ärztekammer des Saarlandes.

(4) Hält der Vorsitzende eine förmliche Beschlußfassung der Gutachterkommission nicht für notwendig, kann er den Beteiligten eine Vorentscheidung erteilen. Die Vorentscheidung ist zu begründen. Verlangt einer der Beteiligten innerhalb eines Monats eine Beschlußfassung, so ist der Gutachterkommission die Angelegenheit vorzulegen.

§ 6

(1) Der Sachverhalt ist möglichst schnell aufzuklären.

(2) Die Gutachterkommission soll den Sachverhalt, soweit erforderlich, mit den Beteiligten erörtern.

(3) Die Gutachterkommission kann die Einholung von Sachverständigengutachten beschließen. Sie sollen den Beteiligten zur Kenntnis gebracht werden.

(4) Die Gutachterkommission ist nicht an Beweisangebote gebunden, sie entscheidet in freier Beweiswürdigung.

(5) Die Gutachterkommission beschließt mit Stimmenmehrheit.

§ 7

(1) Das abschließende Gutachten der Gutachterkommission ist schriftlich abzufassen, zu begründen und

von den mitwirkenden Mitgliedern zu unterzeichnen. Den Beteiligten ist je eine Ausfertigung des Gutachtens zu übersenden.

(2) Die Ärztekammer und die Mitglieder der Gutachterkommission werden aus Gutachten und Schlichtungsvorschlägen der Gutachterkommission nicht verpflichtet.

§ 8

(1) Die Kosten der Gutachterkommission und der von ihr beauftragten Sachverständigen trägt die Ärztekammer.

(2) Das Verfahren vor der Gutachterkommission ist für die Beteiligten gebührenfrei. Wird von einem Beteiligten die Einholung eines Sachverständigengutachtens beantragt, so trägt die Kosten der Antragsteller.

Bekanntmachungen

Änderung des Statuts des Schlichtungsausschusses zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Die neunte Vertreterversammlung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz hat in ihrer 10. Sitzung am 18. November 1995 sowie in ihrer 11. Sitzung am 22. Mai 1996 die von ihr am 6. Mai 1995 beschlossene Satzung geändert.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit hat hierzu seine Genehmigung mit Schreiben vom 4. Juni 1996, Az. 5321-01 723-2, erteilt.

Das Statut des Schlichtungsausschusses hat danach folgenden Wortlaut:

Präambel

Bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz wird ein weisungsunabhängiger Schlichtungsausschuß zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen eingerichtet.

Der Schlichtungsausschuß unterbreitet den Beteiligten einen Entscheidungsvorschlag und unternimmt in geeigneten Fällen einen Schlichtungsversuch.

§ 1

Aufgaben

Der Schlichtungsausschuß soll bei Streit oder Meinungsverschiedenheit zwischen einem Patienten und einem der Kammer als Mitglied angehörenden Arzt darüber, ob ein haftungsbegründender Behandlungsfehler des Arztes zu einem gesundheitlichen Schaden geführt hat oder voraussichtlich führen wird, die notwendigen Feststellungen treffen.

In den Fällen, in denen ein haftungsbegründendes Fehlverhalten des Arztes festgestellt wird, unterbreitet

1) Die Vorschrift betrifft das Inkrafttreten der Satzung in der ursprünglichen Fassung vom 6. Juli 1977. Die Änderung tritt mit dem Ersten des auf die Veröffentlichung im Saarländischen Ärzteblatt folgenden Monats in Kraft.

(3) Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich der Kosten ihrer Vertretung selbst.

(4) Die Mitglieder der Gutachterkommission erhalten für ihre Tätigkeit eine Entschädigung.

(5) Die Entschädigung für Sachverständigengutachten, die von der Gutachterkommission eingeholt wurden, richtet sich nach dem Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen in der jeweils geltenden Fassung.

§ 9

(1) Diese Satzung tritt am Tage der Veröffentlichung im Saarländischen Ärzteblatt in Kraft.¹⁾

der Schlichtungsausschuß einen Entscheidungsvorschlag. Wenn die Beteiligten dies beantragen oder ihr Einverständnis erklären, unternimmt er einen Schlichtungsversuch.

§ 2

Zusammensetzung

Der Schlichtungsausschuß besteht aus einem Juristen mit Befähigung zum Richteramt als Vorsitzendem, einem Arzt mit Gebiets- bzw. Teilgebiets-(Schwerpunkts)Bezeichnung, in dessen Fachgebiet der geltend gemachte Vorwurf eines Behandlungsfehlers fällt, sowie einem weiteren Arzt mit Gebietsbezeichnung.

Für jedes Mitglied ist ein Stellvertreter zu benennen. Die Mitglieder werden vom Vorstand der Landesärztekammer berufen.

Der Vorstand kann aus wichtigem Grund ein Mitglied abberufen.

§ 3

Anforderungen an Sachkunde, Unabhängigkeit und Pflichten der Mitglieder des Schlichtungsausschusses

Der Vorsitzende soll über ausreichende Erfahrungen im Arzthaftpflichtrecht verfügen.

Die ärztlichen Mitglieder des Schlichtungsausschusses sollen über langjährige Berufserfahrung, insbesondere auch in der Erstattung wissenschaftlicher und forensischer Gutachten, verfügen.

Die Mitglieder sind in ihrer Tätigkeit frei und nur ihrem Gewissen unterworfen; sie sind weisungsunabhängig.

Die Tätigkeit als Mitglied im Schlichtungsausschuß ist ein Ehrenamt. Die Mitglieder sind verpflichtet, die übernommenen Aufgaben unverzüglich zu erledigen.

§ 4

Aufgaben des Vorsitzenden

Der Vorsitzende wahrt den ordnungsgemäßen Ablauf des Verfahrens. Er ist berechtigt, die verfahrensleitenden Verfügungen allein zu erlassen; er ist befugt,

der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses fachliche Weisungen zu erteilen.

Der Vorsitzende entscheidet in Verfahrensfragen, auch soweit der Durchführung des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuß ein Verfahrenshindernis entgegensteht, allein.

Der Vorsitzende beauftragt, soweit notwendig, den medizinischen Sachverständigen mit der Erstattung eines Gutachtens zur Beurteilung eines etwaigen Behandlungsfehlers.

Er beruft im Bedarfsfall die Sitzungen des Schlichtungsausschusses ein.

§ 5 Geschäftsführung

Im Rahmen der Aufgabenbeschreibung des § 4 liegt die Geschäftsführung bei dem Vorsitzenden.

Im übrigen ist die verwaltungsmäßige Bewältigung der Aufgaben des Schlichtungsausschusses Aufgabe der Landesärztekammer und deren Geschäftsführung. Bei ihr verbleibt die allgemeine Dienstaufsicht.

§ 6 Verfahren

Das Verfahren ist freiwillig. Es beachtet die Prinzipien des schiedsrichterlichen Verfahrens entsprechend den §§ 1034 bis 1038 ZPO und ergänzend die Vorschriften des Zivilprozeßrechts.

Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuß ist schriftlich. Der Schlichtungsausschuß kann die persönliche Anhörung der Beteiligten beschließen, soweit er dies zur Aufklärung des Sachverhaltes für erforderlich hält.

Im übrigen ist der Entscheidungsvorschlag des Schlichtungsausschusses durch Schriftsätze der Beteiligten vorzubereiten.

An dem Verfahren vor dem Schlichtungsausschuß sind der Patient, der einen Behandlungsfehler behauptet, sowie dasjenige Kammermitglied beteiligt, das nach der Darstellung des Patienten für den Behandlungsfehler verantwortlich sein soll. Beim Tode eines Beteiligten können die Erben an dessen Stelle treten. Die Beteiligten können sich vertreten lassen.

Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuß wird nur auf Antrag betrieben. Antragsberechtigt sind sowohl der Patient, der einen Behandlungsfehler behauptet, wie auch der Arzt, gegen den sich der Vorwurf eines Behandlungsfehlers richtet. Der Antrag kann jederzeit zurückgenommen werden.

§ 7 Ausschlußgründe

Der Schlichtungsausschuß wird in folgenden Fällen nicht tätig:

wenn ein Beteiligter dem Verfahren widerspricht bzw. sich an den Verfahren nicht beteiligt;

wenn ein Gericht bereits über die Frage des angezeigten Behandlungsfehlers oder dessen Kausalität zu

einem behaupteten Gesundheitsschaden entschieden hat;

wenn vor einem Gericht ein Verfahren anhängig ist, welches denselben behaupteten Behandlungsfehler zum Gegenstand hat;

wenn ein strafrechtliches Verfahren (auch Ermittlungsverfahren) wegen des behaupteten Behandlungsfehlers anhängig ist;

wenn zwischen den Parteien eine vergleichsweise Regelung über die Streitsache getroffen wurde;

wenn der behauptete Behandlungsfehler länger als vier Jahre vor dem Eingang des Antrags bei dem Schlichtungsausschuß zurückliegt;

wenn der behauptete gesundheitliche Schaden geringfügig ist.

Der Schlichtungsausschuß stellt ein bei ihm anhängig gewordenes Verfahren ein, wenn hinsichtlich desselben behaupteten Behandlungsfehlers von einem Beteiligten ein Gericht angerufen wird oder ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.

§ 8 Begutachtung

Den Beteiligten wird die Person des Sachverständigen vor dessen Beauftragung mitgeteilt. Einwände gegen die Person des Sachverständigen können nur innerhalb einer Frist von drei Wochen vorgebracht werden.

Werden Einwände nicht erhoben, werden die Akten unverzüglich dem Sachverständigen zur Erstattung eines Gutachtens zugeleitet. Das Gutachten soll in einer für die Beteiligten verständlichen Form erstattet werden.

Das Gutachten muß sich mit dem Vorbringen der Beteiligten auseinandersetzen und auf alle wesentlichen Gesichtspunkte bei der Beurteilung eingehen. Hierbei dürfen nur Unterlagen, Feststellungen oder Tatsachen einbezogen werden, zu denen sich die Beteiligten vorher äußern konnten.

Das Gutachten wird den Mitgliedern des Schlichtungsausschusses im Umlaufverfahren zur Unterzeichnung zugeleitet. Sofern alle Mitglieder des Schlichtungsausschusses durch Unterschriftsleistung ihr Einverständnis mit dem Gutachten erklärt haben, wird das Gutachten als Entscheidungsvorschlag den Beteiligten zugeleitet. Dieser Entscheidungsvorschlag kann in geeigneten Fällen mit einem Schlichtungsversuch in Form eines Vergleichsvorschlages verbunden werden, wenn die Beteiligten dies beantragt haben bzw. ihr Einverständnis erklärt haben. Im übrigen endet das Verfahren mit der Zuleitung des Entscheidungsvorschlages an die Beteiligten.

Widerspricht ein Mitglied des Schlichtungsausschusses der Entscheidung im Umlaufverfahren, so wird der Fall in einer Sitzung des Schlichtungsausschusses verhandelt und sodann durch entsprechende Beschlußfassung mit einfacher Stimmenmehrheit ein Entscheidungsvorschlag festgestellt.

Durch das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuß oder dem Entscheidungsvorschlag wird der Rechtsweg nicht ausgeschlossen.

§ 9

Veröffentlichung der Entscheidungen

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses werden den Beteiligten schriftlich bekanntgegeben.

§ 10

Entschädigung der Mitglieder

Die Tätigkeit der Mitglieder des Gutachterausschusses ist ehrenamtlich. Die Mitglieder erhalten jedoch Ersatz ihrer Aufwendungen nach den Regeln der Kostenordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz.

Die Höhe der Vergütung für den Vorsitzenden und den stellvertretenden Vorsitzenden des Schlichtungsausschusses wird durch den Vorstand der Landesärztekammer festgesetzt.

Der Vorstand beschließt auch Richtsätze für die Vergütung der Sachverständigen.

§ 11

Kosten

Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuß ist für die Beteiligten kostenfrei. Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich notwendiger Auslagen sowie Kosten ihrer Vertretung selbst. Eine Kostenerstattung findet nicht statt.

Entsprechend der Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und dem HUK-Verband trägt der jeweilige Haftpflichtversicherer des beteiligten Arztes die durch die Gutachtererstattung verursachten Kosten und ersetzt der Landesärztekammer die vereinbarte Kostenpauschale. Ein beteiligter Arzt kann sich persönlich verpflichten, die Gutachterkosten zu erstatten.

§ 12

Haftung

Die Mitglieder des Schlichtungsausschusses haften den Beteiligten nur für vorsätzliche und grob fahrlässige Verletzung ihrer Pflichten.

§ 13

Inkrafttreten

Dieses Statut tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Ärzteblatt Rheinland-Pfalz in Kraft.

Verfahren, die bis zum Tage des Inkrafttretens dieses Statutes anhängig geworden sind, werden nach den bisherigen Vorschriften behandelt.

Ausgefertigt und zur Veröffentlichung freigegeben:

Mainz, den 11. Juni 1997

Dr. Dieter Everz
– Präsident –

Ärzteblatt Rheinland-Pfalz Juli 1997