

Begutachtung, Fortbildung, Qualitätssicherung und Patientenschutz

In ihrem Tätigkeitsbericht betont die Gutachterkommission Transparenz und Neutralität des Verfahrens

Am 14. November 1998 legte die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler der Kammerversammlung ihren jährlichen Tätigkeitsbericht vor. In seinen Anmerkungen zu dem nachstehend im vollen Wortlaut abgedruckten Bericht wertete der Vorsitzende der Kommission, Präsident des Oberlandesgerichts a.D. Herbert Weltrich, den weiteren Anstieg der Begutachtungsanträge um fast 12 % als ein deutliches Zeichen für die Akzeptanz der Kommission, deren Arbeit mit dieser Belastung Schritt gehalten habe. Die durchschnittliche Verfahrensdauer liege nunmehr bei rund 12 Monaten, einem seit langem angestrebten Ziel.

Statistik richtig lesen

Zu den Übersichten über die Betroffenheit der verschiedenen Fachgebiete wiederholte Weltrich den für die vergleichende Bewertung dieser Statistiken bereits früher gegebenen relativierenden Hinweis,

das angeführte Zahlenmaterial realistisch zu beurteilen. Das gelte einmal für den Fall der kleinen Zahl, aber auch für andere Fälle, z. B. bei unterschiedlichen Erkenntnismöglichkeiten und Behandlungszahlen. Der letzte Gesichtspunkt sei vor allem beim Vergleich der Fehlerhäufigkeit in der Behandlung durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte zu beachten, weil die Zahl der täglichen Behandlungsmaßnahmen niedergelassener Ärzte ungleich höher sei als die der im Krankenhaus tätigen.

Fortbildung zur Prophylaxe von Behandlungsfehlern

Aber auch bei vorsichtiger Bewertung der statistischen Ergebnisse könnten die Erkenntnisse der Gutachterkommission in einzelnen Fachgebieten Fortbildungsbedarf bei der Diagnose und Therapie bestimmter Erkrankungen ergeben. Die Gutachterkommission Nordrhein bemühe sich in besonderer

Weise um die sogenannte Behandlungsfehlerprophylaxe, sagte Weltrich. Dies werde im Bundesgebiet allgemein anerkannt. Begründet sei dies einmal durch die gute sachliche und personelle Ausstattung der Kommission seitens der Kammer, aber auch aufgrund der Verfahrensstruktur. Alle Grundsatzfälle würden im monatlich tagenden Plenum, dem alle medizinischen und juristischen Mitglieder angehören, interdisziplinär behandelt. Ein knappes Viertel der gutachtlichen Bescheide der Geschäftsführenden Kommissionsmitglieder werde schließlich durch die Gesamtkommission in der Besetzung nach § 4 Abs. 2 des Statuts überprüft und ggf. korrigiert. Das alles führe zu Erkenntnissen über inzwischen mehr als 13.000 gespeicherte Begutachtungsfälle, die es verdienten, ausgewertet und in Zusammenarbeit mit dem in Nordrhein von der Ärzteschaft neu geschaffenen Institut für Qualität im Gesundheitswesen in besonderen Fortbildungsveranstaltungen behandelt zu werden.

Sorgfalt, Unabhängigkeit, Objektivität

Zur Evaluation des Erledigungsjahrgangs 1995 führte Weltrich aus, die Mitglieder der Kommission seien von der Steigerung der außergerichtlichen Erfolgsquote von 85 auf fast 90 % selbst überrascht gewesen. Mit dieser Akzeptanz der gutachtlichen Beurteilungen liege die Kommission weit vor allen anderen Institutionen, die sich mit außergerichtlichen Erledigungen befassen. Um so weniger verständlich sei die apodik-

tische Feststellung der im Bericht erwähnten Großen Anfrage der SPD-Bundestagsfraktion, die bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen entsprächen nicht den Kriterien der Unabhängigkeit. Die Tatsache, daß die Ärzteschaft einen wesentlichen Teil der Kosten dieser Institution trägt, werde als Indiz dafür gewertet, daß die Kommission in ihren Beurteilungen nicht neutral und frei von Einflußnahme sei. Eine solche Wertung verunglimpfe, so Weltrich, die ehrenamtliche Arbeit der Kommissionsmitglieder, die sich sorgfältig und gewissenhaft bemühten, auch die letzten Details aller oft schwer lesbaren, umfangreichen Krankenunterlagen zu ermitteln und zu prüfen, um zu einer nach allen Richtungen objektiven Begutachtung zu gelangen. Daß die juristischen Kommissionsmitglieder, die jahrzehntelang als Berufsrichter unabhängig gewirkt hätten, in ihrem Ehrenamt nicht mehr neutral urteilen könnten, sei eine geradezu abwegige Vorstellung, meinte Weltrich.

Vorteile bei mündlicher Verhandlung?

Die Frage der 7. Landesgesundheitskonferenz, ob durch eine mündliche Verhandlung im Begutachtungsverfahren die Erfolgsquote außergerichtlicher Erledigungen noch gesteigert werden könnte, werde die Kommission prüfen, sei aber aufgrund richterlicher Erfahrung der Auffassung, daß eine regelmäßige mündliche Verhandlung aus den im Bericht genannten Gründen die schon jetzt außergewöhnliche Erfolgsquote von 89,5% nicht nur entscheidend mindern, sondern die Kommissionsarbeit weitgehend zum Erliegen bringen würde.

Eine ganz andere Frage sei die der Gewährung des rechtlichen Gehörs, schloß Weltrich an. Dazu gehöre auch, daß der Patient anläßlich einer vom Gutachter für zweckmäßig erachteten Untersuchung sein Anliegen selbstverständlich mündlich erläutern könne. Die mündlichen Erklärungen des Pati-

enten fänden dann ihren Niederschlag in der Sachverhaltsdarstellung des Gutachtens. Der beschuldigte Arzt erhalte von abweichenden Darstellungen natürlich Kenntnis, denn der Grundsatz rechtlichen Gehörs gelte schließlich in gleicher Weise für ihn. Weltrich forderte die Ärzteschaft abschließend auf, sich allen Bestrebungen zu widersetzen, die der erfolgreichen Kommissionsarbeit die Grundlage entziehen würden. *Ulrich Smentkowski*

Der Tätigkeitsbericht im Wortlaut:

Geschäftsentwicklung weiter positiv

Nachdem die Gutachterkommission im vergangenen Berichtszeitraum über einen historischen Höchststand bei den Erledigungen berichten konnte, ist auch im aktuellen Berichtsjahr ein gutes Ergebnis erzielt worden. Ungeachtet eines weiteren deutlichen Anstiegs der Neuansprüche um 11,44 Prozent auf insgesamt 1.539 gelang es, 1558 Verfahren zum Abschluß zu bringen, davon 1.238 durch gutachtlichen Bescheid. Einzelheiten sind der „Statistischen Übersicht“ (*s. Kasten S. 18*) zu entnehmen, auf die verwiesen wird. Der Bestand an noch zu erledigenden Verfahren liegt jetzt bei 1.204, d.h. unter dem Vorjahresniveau und unter einem Jahreseingang medizinisch zu begutachtender Fälle. Die Quote festgestellter Behandlungsfehler – die erfahrungsgemäß schwankt – lag mit 37,32 Prozent etwas höher als zuvor (34,50 Prozent).

Diese Entwicklung mit bereits im zweiten Jahr über den Eingängen liegenden Erledigungszahlen zeigt, daß die vom Vorstand der Ärztekammer auf Vorschlag der Kommission herbeigeführte erhebliche personelle Verstärkung der Kommission im ehrenamtlichen Bereich notwendig und richtig war. Auch im vergangenen Berichtsjahr sind weitere Mitglieder hinzugekommen bzw. haben als stellvertretende Geschäftsführende Mitglieder zusätzliche Aufgaben, insbesondere bei der

Bescheiderteilung übernommen. In Zukunft wird die steigende Arbeitsbelastung nur zu bewältigen sein, wenn sich noch mehr in Beruf und Gutachtenwesen erfahrene Ärztinnen und Ärzte zur ehrenamtlichen Mitarbeit bereitfinden.

Der Gesamtkommission in der Besetzung nach § 4 Abs. 2 des Statuts sind im Berichtszeitraum 300 Anträge nach § 5 Abs. 4 Satz 3 des Statuts vorgelegt worden, d.h. 11 mehr als zuletzt. Die Quote der Anrufung (22,32 Prozent) lag damit um gut 3 Prozent höher als im Vorjahr (19,29 Prozent). 107 mal (35,67 Prozent) beantragte der von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffene Arzt die Überprüfung des Erstbescheides, in 190 Fällen (63,33 Prozent) richtete sich ein Antrag des Patienten und 3mal (1 Prozent) ein Antrag beider Beteiligten auf Überprüfung von Einwendungen gegen den gutachtlichen Bescheid oder einen Bescheid des (stellvertretenden) Vorsitzenden gemäß § 4 a Abs. 2 des Statuts durch die Gesamtkommission.

Erledigt wurden mit 292 Verfahren 35 (13,62 Prozent) mehr als im Vorjahr, so daß nun noch 151 Verfahren von der Gesamtkommission zu entscheiden sind. Auch hier wird der Vorjahresbestand (154) damit trotz gesteigener Zahl der Anrufungen unterschritten.

Neue Evaluation

Im März 1998 ermittelte die Gutachterkommission durch eine Umfrage bei den Haftpflichtversicherern das weitere Schicksal der im Jahre 1995 durch gutachtlichen Erstbescheid abgeschlossenen 773 Verfahren. Die Ergebnisse dieser zweiten Evaluation, über die im Rheinischen Ärzteblatt (*Ausgabe 5/98*) ausführlich berichtet wurde, erbrachten die hohe außergerichtliche Erledigungsquote von 89,5 Prozent. Während Patienten in den 290 Fällen, in denen die Gutachterkommission haftungsbegründende Behandlungs- oder Aufklärungsfehler festgestellt hatte, in 214 Fällen Scha-

denersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machten, verfolgten nach Verneinung von Behandlungs- oder Aufklärungsfehlern in 483 Fällen nur 54 Anspruchsteller (11,18 Prozent) ihre Forderungen weiter. Vergleichsweise regulierten die Haftpflichtversicherer bei anerkannten Behandlungsfehlern in 139 Fällen, in weiteren 25 Fällen waren die Regulierungsverhandlungen noch nicht abgeschlossen, 14mal aber bereits Vorauszahlungen aufgrund des Bescheides geleistet. Nach Verneinung eines Behandlungsfehlers zahlten die Haftpflichtversicherer in nur 2 Fällen dennoch einen Ausgleich. Klage wurde in lediglich 81 Fällen (10,5 Prozent) erhoben, davon 40mal nach Vernei-

nung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers durch die Kommission und 41mal nach Bestätigung, hier 10mal, weil keine Einigung über die Höhe der Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche erzielt werden konnte. Soweit die 29 bereits abgeschlossenen gerichtlichen Verfahren nicht durch Vergleich oder Klagerücknahme erledigt waren (11 Fälle), ergingen nur 5 vom Ergebnis des Kommissionsverfahrens abweichende Urteile, also unter 1 Prozent.

Patientenrechte unzureichend?

Vor diesem Hintergrund ist es aus der Sicht der Gutachterkommission unverständlich, wie die SPD-Bun-

destagsfraktion in einer Großen Anfrage mit dem Titel „Patientenselbstbestimmung und Patientenschutz bei fehlerhafter medizinischer Behandlung“ zu der Einschätzung kommen kann, die Patientenrechte seien in Deutschland grundsätzlich unzureichend. Vor allem ist dem mit der Fragestellung vermittelten Eindruck zu widersprechen, Verfahren bei ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen seien nicht transparent und die Neutralität der Einrichtungen sei zweifelhaft. Solche Behauptungen entbehren jeglicher sachlichen Grundlage. Sie verkennen, daß die Mitglieder der Gutachterkommission nicht nur nach dem Wortlaut des Statuts, sondern auch faktisch bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben weisungsgebunden und nur ihrem Gewissen verpflichtet sind, und sie ignorieren die durch die Evaluation objektivierten Ergebnisse der Kommissionsarbeit. Es muß nachdrücklich davor gewarnt werden, hilfe- und ratsuchende Patienten auf diese Weise zu verunsichern und die erfolgreiche außergerichtliche Streitschlichtung in Arzthaftungssachen durch die von den Landesärztekammern eingerichteten Stellen damit zu gefährden.

Mündliche Erörterung sinnvoll und zweckmäßig?

Die 7. Landesgesundheitskonferenz hat in ihrer Entschließung vom 13.08.1998 empfohlen, anhand dazu geeigneter Fälle zu prüfen, ob durch mündliche Erörterung im Verfahren der Gutachterkommissionen in noch größerem Umfang, als dies zur Zeit erreicht werde, gerichtliche Verfahren vermieden werden könnten. Die Kommission wird dieser Empfehlung folgen und sie in einigen Fällen erproben.

Dazu eine grundsätzliche Anmerkung: Schon jetzt gibt das Statut der Kommission die Möglichkeit, den Sachverhalt mit den Beteiligten zu erörtern, wenn dies sachdienlich ist. In aller Regel ist allerdings diese Voraussetzung nicht gegeben, und zwar aus folgenden Gründen:

Tabelle 1

Gebiete	von einem Antrag betroffen (n = 1.391)			von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffen (n = 488)		
	absolut	in Prozent		absolut	in Prozent der auf das Gebiet entfallenden Fälle	
			(1995/96)			(1995/96)
Chirurgie (einschl. Schwerpunkte, Herz-, Kinder- und Plastische Chirurgie)	489	35,15	(34,13)	161	32,92	(35,21)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	190	13,66	(13,27)	64	33,68	(31,15)
Orthopädie	163	11,72	(12,31)	63	38,65	(30,47)
Innere Medizin (einschl. Schwerpunkte)	131	9,42	(9,33)	37	28,24	(26,80)
Allgemeinmedizin	73	5,25	(3,75)	41	56,16	(53,85)
Anaesthesiologie	54	3,88	(4,04)	17	31,48	(33,33)
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	48	3,45	(4,52)	15	31,25	(21,28)
Radiologie	43	3,09	(4,04)	27	62,79	(61,90)
Neurochirurgie	37	2,66	(1,83)	6	16,22	(31,58)
Urologie	32	2,30	(3,85)	9	28,13	(32,50)
Augenheilkunde	31	2,23	(2,79)	12	38,71	(20,69)
Haut- und Geschlechtskrankheiten	25	1,80	(1,54)	15	60,00	(12,50)
Kinderheilkunde	23	1,65	(1,73)	5	21,74	(11,11)
Neurologie	19	1,37	(1,15)	6	31,58	(16,67)
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	17	1,22	(0,86)	2	11,76	(22,22)
Strahlentherapie	5	0,36	(-)	1	20,00	-
Psychiatrie	3	0,22	(0,57)	1	33,33	(16,67)
Sonstige (ohne Gebietsbez.)	3	0,22	(0,19)	3	100,00	(50,00)
Pathologie	2	0,14	(0,10)	2	100,00	-
Epileptologie	2	0,14	(-)	1	50,00	-
Nuklearmedizin	1	0,07	(-)	-	-	-
Summe	1.391	100 %	100 %	488		

1. Die Kommission ermittelt den Sachverhalt aufgrund
 - der beigezogenen vollständigen Krankenunterlagen der beschuldigten sowie der vor- und nachbehandelnden Ärzte,
 - etwaiger Untersuchungsergebnisse der Fachgutachter in den Fällen, in denen eine Untersuchung des Patienten vor der Begutachtung angezeigt ist und
 - der übereinstimmenden Darstellung des Krankheitsverlaufs.

Eine zusätzliche mündliche Erörterung des festgestellten Sachverhalts dient in der Regel nicht der Sache und bedeutet einen Aufwand an Zeit und Arbeitskraft, der besser der vorrangigen Begutachtungsarbeit der Kommissionsmitglieder zugute kommen sollte. Angesichts der zeitlichen und organisatorischen Belastung durch eine mündliche Verhandlung in den zur Zeit monatlich über 100 medizinisch zu beurteilenden Fällen würden nicht mehr, sondern weniger außergerichtliche Erledigungen erreicht werden. Die Verfahrensdauer würde sich zudem erheblich verlängern.

2. Eine mündliche Erörterung würde im übrigen erfordern, daß neben dem Patienten und den beschuldigten Ärzten sowie dem für den Erstbescheid zuständigen medizinischen und juristischen Kommissionsmitglied auch der an dem Verfahren beteiligte Fachgutachter teilnimmt. Niedergelassene Ärzte könnten an den Termintagen ihre Sprechstunden weitgehend nicht wahrnehmen. Die betroffenen Klinikärzte würden in gleicher Weise ihrer ärztlichen Tätigkeit entzogen. Gleiches gilt für die zumeist aktiv tätigen Fachsachverständigen. Es stellt sich daneben die Frage, wer die erheblichen Mehrkosten trägt. Die Haftpflichtversicherer sind hierzu sicher nicht bereit. Wie wir aus ersten Hinweisen wissen, besteht zudem die Gefahr, daß die Versicherer ihren

Tabelle 2

Gebiet	betroffene Ärzte (n = 1.391)				von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffene Ärzte (n = 488)			
	im Krankenhaus		in der Praxis		im Krankenhaus		in der Praxis	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Chirurgie (einschl. Schwerpunkte, Herz-, Kinder- und Plastische Chirurgie)	377	27,10	112	8,05	113	23,16	48	9,84
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	123	8,84	67	4,82	35	7,17	29	5,95
Orthopädie	89	6,40	74	5,32	28	5,74	35	7,17
Innere Medizin (einschl. Schwerpunkte)	90	6,47	41	2,95	22	4,51	15	3,07
Allgemeinmedizin	-	-	73	5,25	-	-	41	8,40
Anaesthesiologie	49	3,52	5	0,36	15	3,07	2	0,41
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	37	2,66	11	0,79	11	2,25	4	0,82
Radiologie	16	1,15	27	1,94	6	1,22	21	4,31
Neurochirurgie	35	2,52	2	0,14	6	1,22	-	-
Urologie	23	1,65	9	0,65	6	1,22	3	0,61
Augenheilkunde	18	1,30	13	0,94	4	0,82	8	1,64
Haut- und Geschlechtskrankheiten	5	0,36	20	1,43	1	0,21	14	2,87
Kinderheilkunde	13	0,94	10	0,72	2	0,41	3	0,61
Neurologie	12	0,86	7	0,50	4	0,82	2	0,41
Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie	12	0,86	5	0,36	2	0,41	-	-
Strahlentherapie	5	0,36	-	-	1	0,21	-	-
Psychiatrie	3	0,22	-	-	1	0,21	-	-
Sonstige (ohne Gebietsbez)	-	-	3	0,22	-	-	3	0,61
Pathologie	1	0,07	1	0,07	1	0,21	1	0,21
Epileptologie	2	0,14	-	-	1	0,21	-	-
Nuklearmedizin	1	0,07	-	-	-	-	-	-
Summe	911	65,49	480	34,51	259	53,07	229	46,93

Versicherungsnehmern aus unterschiedlichen Gründen nahelegen werden, bei Einführung mündlicher Verhandlungen ihre Beteiligung am Begutachtungsverfahren – zur Zeit wirken über 99 Prozent der beschuldigten Ärzte freiwillig mit – abzulehnen. Das würde die zur Zeit so erfolgreiche Arbeit der Kommission lahmlegen. Die Versicherungen werden auch nicht bereit sein, die Kosten anwaltlichen Beistands zu tragen, der von den beschuldigten Ärzten in den Fällen gewünscht werden könnte, in denen die Patienten anwaltlich vertreten sind, zur Zeit in mehr als 50 Prozent der Fälle.

3. Das bisher für die Patienten kostengünstige Verfahren würde sich verteuern, einmal in den Fällen, in denen sie sich bisher schon anwaltlich vertreten ließen. Die

anwaltlichen Gebühren erhöhen sich bei der Wahrnehmung mündlicher Verhandlungen. Zum anderen würden sich die Patienten, die bisher – mit Recht – darauf vertrauten, daß für die Durchsetzung ihrer Interessen bei der Verfahrensweise der Kommission die Einschaltung eines Anwalts nicht erforderlich ist, bei Einführung einer mündlichen Verhandlung veranlaßt sehen, sich nunmehr um einen anwaltlichen Beistand zu bemühen. Dabei lehrt die Erfahrung der Gutachterkommission, daß sich die Erfolgsquote für die Patienten in den ohne Anwalt geführten Verfahren von den anderen Verfahren nicht unterscheidet.

Die dargelegten Gründe sprechen gegen die grundsätzliche Einführung mündlicher Verhandlungen, da eine solche Verfahrensände-

rung die außergerichtliche Erledigungsquote von zur Zeit 89,5 Prozent nicht weiter erhöhen, vielmehr nicht nur ganz entscheidend mindern, sondern der Kommissionsarbeit die Grundlage entziehen würde. Das kann weder im Interesse der Patienten noch der Ärzteschaft liegen.

Verteilung von Vorwürfen und Behandlungsfehlern

Wie in der Vergangenheit soll die im zweijährigen Rhythmus übliche Berichterstattung über die Verteilung der im Geschäftsjahr eingegangenen Anträge und der festgestellten Behandlungsfehler auf die verschiedenen Gebiete der Medizin beibehalten werden. Die Einzelheiten ergeben sich aus den nachstehenden Tabellen 1 (Seite 18) und 2 (Seite 19). Zählseinheit sind die von einem Antrag/ Behandlungsfehler

betroffenen Kliniken/ niedergelassenen Ärzte. Sofern in einem Verfahren mehrere Kliniken und/oder niedergelassene Ärzte betroffen waren, sind innerhalb derselben Fachgruppe nur unterschiedliche Fachgebiete mehrfach gezählt, Kliniken/ Ärzte gleicher Fachrichtung und -gruppe hingegen nur einmal.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, sind die Anteile der verschiedenen Fachgebiete weitestgehend unverändert. Bei den festgestellten Behandlungsfehlern liegt die Radiologie nach wie vor mit nun 62,79 Prozent an der Spitze, gefolgt vom Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten, in dem sich die Behandlungsfehlerquote auf nun 60 Prozent erhöht hat. Läßt man die statistisch nicht relevanten, selten betroffenen Fachgebiete (Pathologie, Epileptologie und Sonstige) außer Betracht, liegen über der Durchschnittsquote von 37,32 Pro-

zent sonst nur noch die Allgemeinmedizin sowie – knapp – die Orthopädie und die Augenheilkunde.

Niedergelassene Ärzte häufiger betroffen

Die Verteilung auf Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte zeigt Tabelle 2 auf Seite 19.

Während also wiederum etwa zwei Drittel der Anträge auf Krankenhausbehandlung und ein Drittel auf die Behandlung in der Praxis entfielen, hat sich gegenüber dem Berichtszeitraum 1995/96 die Zahl der innerhalb der Fachgruppen festgestellten Behandlungsfehler zuungunsten der niedergelassenen Ärzte verschoben. Auf sie entfallen nicht ganz die Hälfte der Behandlungsfehler, obwohl nur gut ein Drittel der Anträge diese Fachgruppe betreffen. So liegt dann auch die Behandlungsfehlerquote bei niedergelassenen Ärzten in mehreren

Statistische Übersicht

	Berichtszeitraum (01.10.1997 - 30.09.1998)	letzter Berichtszeitraum	Gesamtzahl (seit 01.12.1975)
I.			
1. Zahl der Anträge	1.539	1.381	19.515
2. Zahl der Erledigungen	1.558	1.688	18.311
davon			
2.1 gutachtliche Bescheide des geschäftsführenden Kommissionsmitglieds	1.238	1.342	13.456
2.2 formelle Bescheide des Vorsitzenden	106	156	1.801
2.3 sonstige Erledigungen (Rücknahmen, Unzuständigkeit)	214	190	3.054
3. noch zu erledigende Anträge	1.204	1.223	
von 2.1 Zahl der festgestellten Behandlungsfehler (in Prozent)	462 (37,32 v.H.)	463 (34,50 v.H.)	*4.286 (31,85 v.H.)
II.			
1. Zahl der Anträge auf Entscheidung durch die Gutachterkommission gemäß § 5 Abs. 4 S. 3 des Statuts	300	289	2.727
(in Prozent der Erstbescheide zu I. 2.1 und 2.2)	(22,32 v.H.)	(19,29 v.H.)	(17,87 v.H.)
2. Zahl der			
2.1 Kommissionsentscheidungen (davon wichen im Ergebnis vom Erstbescheid ab)	292 (23)	257 (20)	2.505 (163)
2.2 sonstigen Erledigungen (Rücknahmen, Einstellungen)	11	15	71
3. noch zu erledigen	151	154	

* unter Berücksichtigung von Änderungen im Verfahren vor der Gesamtkommission

Fachrichtungen zum Teil deutlich über dem Durchschnitt (37,32 Prozent).

Fortbildungsveranstaltungen gut besucht

Im Berichtszeitraum sind von dem Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission zwei Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt worden, und zwar am 26.08.1998 in Bonn zum Thema „Fehler und Gefahren bei der Behandlung der distalen Radiusfraktur“ und am 12.09.1998 in Essen zum Thema „Qualität und Sicherheit in der Diagnostik des Mammakarzinoms“.

Eine weitere Veranstaltung hat am 10.10.1998 in Köln zum Thema „Ärztliche Behandlungsfehler bei der laparoskopischen Cholezystektomie - Probleme der Begutachtung nach Einführung einer neuen operativen Technik“ stattgefunden. Die vierte und letzte ist für den 28.11.1998 in Düsseldorf zum Thema „Fehler und Gefahren bei der Behandlung proktologischer Erkrankungen“ vorgesehen.

Soweit die Veranstaltungen im Zeitpunkt der Vorbereitung dieses Tätigkeitsberichts bereits stattgefunden hatten, ist über ein reges Teilnahmeinteresse zu berichten. Über die Inhalte der Veranstaltungen sind zusammenfassende Berichte im Rheinischen Ärzteblatt geplant.

Für das kommende Jahr sind folgende Themenbereiche für Fortbildungsveranstaltungen vorgesehen:

- Thromboseprophylaxe
- Malignes Melanom
- Diagnose der Appendicitis
- Geburtshilfliche Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Überwindung einer Schulterdystokie

Abschließend sei wiederum allen Ärztinnen und Ärzten im Kammerbereich für die in der Regel bereitwillige und zügige Unterstützung der Kommissionsarbeit gedankt.

gez. H. Weltrich

OLG-Präsident a.D.

Vorsitzender

Prof. Dr. med. L. Beck

Geschäftsführendes

Kommissionsmitglied

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Das Arzt-Patienten-Verhältnis leidet unter den Sachzwängen des Gesundheitswesens

Wie kann sich das Gesundheitswesen mehr an den Bedürfnissen der Bürger orientieren? Das war die zentrale Frage einer Diskussionsrunde kürzlich in Köln, zu der Dr. Heinrich Antz, Vorsitzender der Kreisstelle Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, eingeladen hatte.

Zu Gelassenheit bei der Diskussion über den Begriff „Bürgerorientierung“ riet der Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein, Dr. rer. pol. Wolfgang Klitzsch. Er stellte auch fest, daß um diese Frage schon lange gerungen werde. Wer sich „Anwalt der Patienten“ nennen könne, habe eine gewisse Macht inne. Klitzsch sagte, es sei für die Ärztekammer Nordrhein eine gute Zeit, sich dieses Themas anzunehmen, denn mit der Entwicklung der elektronischen Medien bekämen die Bürger sehr leicht medizinische Fachinformationen. Auch wünschten zahlreiche Patientenvertreter aus-

drücklich, daß die Ärztekammer Nordrhein als Anwalt der Patienten auftreten solle. Ein weiterer Grund, sich der Bürgerorientierung zuzuwenden, sei, daß die gesetzlichen Krankenkassen als Patientenanwalt ausfielen, da der kranke Mensch für sie uninteressant geworden sei, so Klitzsch.

Dem widersprach Klaus Bremen vom Paritätischen Wohlfahrtsverband in Wuppertal. Er habe vielmehr den Eindruck, daß die Krankenkassen bei Patienteninformation und -service aufrüsten. Die Zeit sei vorbei, in der der Arzt die Rolle des Patientenanwalts für sich reklamieren konnte, so Bremen. Seine These lautete: „Die Frage der Bürgerorientierung ist eine Frage der Profession.“ Er sehe den Beruf des Arztes in einer Krise, die zur Zeit von den finanziellen Problemen fast völlig überdeckt werde.

Auch Dr. Jan Leidel, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Köln,

sagte, Patienten fühlten sich mit ihren Problemen von Ärztinnen und Ärzten oft nicht vollkommen akzeptiert. Wenn Menschen zum Arzt gehen, kämen sie nicht als informierte Bürger, sondern vornehmlich als Leidende. Gleichzeitig sehe er auch die Sachzwänge, in denen die Ärzteschaft heute steckt, und die das Arzt-Patienten-Verhältnis belasten.

Bürger sei man immer, Patient nur manchmal; aber jeder Patient sei auch Bürger, sagte die Gesundheitsdezernentin von Köln, Dr. rer. pol. Ursula Christiansen, über das Verhältnis der Menschen zum Gesundheitswesen. Erst wenn die Menschen krank seien, gewinne das Gesundheitssystem an Bedeutung. Dies sei ein Grund, warum die Diskussion um das Gesundheitswesen und die Bürgerorientierung oftmals irrational geführt werde. Sie berichtete von dem 1991 gegründeten Kölner Gesundheitsforum. Es wurden zu Themen wie „Gesundheit und Alter“, „Umweltschutz“ oder „Ausländer“ Projektgruppen gebildet, die Vorschläge zur Verbesserung der jeweiligen Situation ausarbeiteten. „Fachlich sind wir sehr weit gekommen. Bei der Umsetzung sind wir oft gescheitert“, gestand die Dezernentin ein. Der Grund: Es fehlte finanzielle Unterstützung. *Jürgen Brenn*