

Gute Ausgangsbedingungen für Patientenansprüche

Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler geht in ihrem Jahresbericht auch auf das Problem der Haftung des Arztes bei Leistungsbegrenzungen in der GKV ein – Patienten nehmen außergerichtliche Streitschlichtung weiter sehr stark in Anspruch

Eine aktuelle rechtsvergleichende Studie zweier Rechtsprofessoren aus den Niederlanden und aus Österreich ist zu dem Ergebnis gekommen, dass Patienten in Deutschland günstigere Ausgangsbedingungen für die Durchsetzung ihrer Rechte aus fehlerhafter ärztlicher Behandlung finden als in anderen europäischen Staaten. Das sagte der Vorsitzende der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein, Präsident des Oberlandesgerichts a.D. Dr. jur. Heinz-Dieter Laum, bei der Vorstellung des diesjährigen Tätigkeitsberichts vor der Kammerversammlung kürzlich in Köln.

Das deutsche Arzthaftungsrecht mit seinen hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen sehe in vielen Fällen, zum Beispiel bei Dokumentationsmängeln und beim Vorliegen grober Behandlungsfehler, Beweiserleichterungen für den Patienten vor. Es bedürfe deshalb nach Ansicht der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmer einer vom Bundesjustizministerium einberufenen Arbeitsgruppe, die sich unlängst mit materiellen und prozessrechtlichen Fragen des Arzthaftungsrechts befasst hat, auch keiner Änderung im Sinne einer von Patientenverbänden geforderten generellen Beweislastumkehr. Auch die Einführung eines verschuldensunabhängigen Ausgleichs für im Rahmen medizinischer Behandlung erlittene Gesundheitsschäden nach skandinavischem Vorbild würde gegenüber geltender Rechtslage keine Vorteile bringen, meinte Laum. So falle etwa in Schweden, einem in die

Studie einbezogenen Land, die Entschädigung vergleichsweise erheblich geringer aus, weil Selbstbehalte und Entschädigungshöchstgrenzen vorgesehen seien.

Die Gutachterkommission, die im Berichtsjahr wiederum in etwa 1.600 Begutachtungsfällen angerufen wurde, leistet weiterhin einen wichtigen Beitrag zur außergerichtlichen Klärung von Arzthaftungsstreitigkeiten. Weder die etwas erhöhte Behandlungsfehlerquote von gut 38 Prozent der medizinisch geprüften Fälle noch die Verteilung der Vorwürfe und Behandlungsfehler auf die verschiedenen medizinischen Fachgebiete gebe Anlass zu besonderen Bemerkungen, so Laum.

Gewisse Sorge bereiteten neuerdings jedoch Fälle, in denen sich Konflikte zwischen dem zivilrechtlichen Haftungsmaßstab und dem Sozialrecht zeigten. Diese Problematik sei in der Kommissionsarbeit speziell bei Unterlassung von Vorsorgeuntersuchungen zu Tage getreten, die zwar medizinisch sinnvoll, im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aber nicht vorgesehen sind. Die Gutachterkommission habe in solchen Fällen eine Haftung des Arztes stets verneint, weil das Haftungsrecht nicht fordern könne, was das Sozialrecht verbietet, betonte Laum. Über die Frage, ob der Vertragsarzt in derartigen Fällen verpflichtet sei, den Patienten über die Möglichkeit aufzuklären, vom Sozialgesetzbuch nicht umfasste Leistungen als sogenannte individuelle Gesundheitsleistung gegen privatärztliches Honorar in Anspruch zu nehmen, sei bisher gerichtlich nicht entschieden worden.

Laum ging im Rahmen seiner Erläuterungen auch auf die übrigen Inhalte des Tätigkeitsberichts ein, der nachstehend im vollen Wortlaut abgedruckt ist.

Ulrich Smentkowski

Weitgehend konstante Geschäftsentwicklung

Die Zahl der neu eingegangenen Begutachtungsanträge blieb im Berichtszeitraum mit 1.590 leicht hinter der des Vorjahres (1.609) zurück. Deutlicher abgefallen ist leider die Zahl der Verfahrensabschlüsse mit nur 1.316 Gesamterledigungen (Vorjahr: 1.397) bei 984 gutachtlichen Bescheiden (Vorjahr: 1.036). Der Bestand an noch unerledigten Begutachtungsverfahren liegt mit 1.675 merklich über dem Vorjahresstand (1.401). Zurückzuführen war diese Entwicklung im Wesentlichen auf die vorübergehend angespannte Personalsituation in der Geschäftsstelle, die zu mehrwöchigen Arbeitsrückständen und damit zu einer Verlangsamung der Verfahrensabläufe geführt hatte.

Die sogenannte Behandlungsfehlerquote, das heißt der Anteil der festgestellten 380 Behandlungsfehler an den durch gutachtlichen Bescheid abgeschlossenen 984 Begutachtungsverfahren, überstieg mit 38,62 Prozent die des Vorjahres (37,64 Prozent) etwas, bewegt sich aber innerhalb der normalerweise zu beobachtenden Schwankungsbreite.

Die Gutachterkommission in der Besetzung nach § 4 Absatz 2 des Statuts (Gesamtkommission) hat 275 Anträge (Vorjahr: 262) auf Überprüfung medizinischer Bescheide

der (stellvertretenden) Geschäftsführenden Kommissionsmitglieder und verfahrensleitender Entscheidungen der stellvertretenden Vorsitzenden im Sinne von § 4 a Absatz 2 des Statuts vorgelegt bekommen. Das entspricht einem gesteigerten Anteil von 24,93 Prozent (Vorjahr: 22,49 Prozent). Die 221 „zweitinstanzlichen“ Gutachten führten in 13 Fällen zu abweichenden Entscheidungen, 8-mal zugunsten des antragstellenden Patienten und 5-mal zugunsten des durch die Feststellung eines Behandlungs- oder Aufklärungsfehlers im Erstbescheid belasteten Arztes. Darüber hinaus war 3-mal über die Ablehnung von der Kommission vorgesehener Gutachter zu entscheiden; die Ablehnungsgesuche wurden in allen Fäl-

len als unbegründet zurückgewiesen.

Höhere Fehlerquote in Urologie und Chirurgie

Eine Auswertung der im Berichtszeitraum erledigten Verfahren ergibt hinsichtlich der Verteilung der erhobenen Behandlungsfehler vorwürfe und der durch die Gutachterkommission festgestellten Behandlungsfehler auf die Fachgebiete das in *Tabelle 1* gezeigte Bild.

Bei den auf die Fachgebiete entfallenden Behandlungsfehler vorwürfen haben sich demnach wesentliche Verschiebungen nicht ergeben. Lediglich in den Fachgebieten Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Urologie ist im Vergleich zum Berichts-

zeitraum 1997/98 eine deutlichere Zunahme der Anträge zu verzeichnen gewesen. In der Allgemeinmedizin halbierte sich der Anteil der auf das Fachgebiet entfallenden Behandlungsfehler vorwürfe, während in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe die Antragszahl um etwa 2 Prozentpunkte und in der Neurochirurgie um einen Prozentpunkt rückläufig war.

Bei den festgestellten Behandlungsfehlern hingegen zeigen sich größere Veränderungen: Eine erhöhte Fehlerquote ist gegenüber 1997/98 vor allem in der Urologie und in den chirurgischen Fächern festzustellen. Deutlich geringer als zuvor war der Anteil festgestellter Behandlungsfehler in der Orthopädie, in der Anaesthesiologie, in der Radiologie, in der Allgemeinmedizin und in der Augenheilkunde.

Die in *Tabelle 1* dargestellten Zahlen verteilen sich auf Ärzte in Krankenhaus und Praxis wie in *Tabelle 2 auf Seite 19* gezeigt.

Wie bisher schon richten sich die Anträge der Patienten also zu etwa zwei Dritteln gegen Krankenhaus- und zu etwa einem Drittel gegen niedergelassene Ärzte, wobei letztere etwas überproportional häufig von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffen sind.

Spannungen zwischen Haftungsrecht und Sozialrecht

Es soll im Rahmen dieses Tätigkeitsberichts auf Fallbeispiele hinsichtlich der im Einzelnen festgestellten, eine Haftung des Arztes begründenden Sorgfaltsmängel verzichtet und statt dessen kurz auf eine aktuelle Problematik hingewiesen werden, die derzeit im medizinisch-juristischen Schrifttum diskutiert wird. Es geht hierbei um die Frage der Haftung des Arztes bei Leistungsbegrenzungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Grundsätzlich gilt, dass Kassenspatienten wie Privatpatienten Anspruch auf eine dem medizinischen Standard voll entsprechende Behandlung haben. Dieser Anspruch bleibt selbst dann unberührt, wenn der Vertragsarzt die Leistungen nicht kostendeckend vergütet be-

Tabelle 1

Gebiete	von einem Antrag betroffene Ärzte		von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffene Ärzte			
	n = 1.151		n = 397			
	absolut	in Prozent	absolut	in Prozent der auf das Gebiet entfallenden Fälle		
		(1997/98)		(1997/98)		
(Zeitraum 01.10.2000 bis 30.09.2001)						
Chirurgie (incl. Schwerpunkte Gefäß-, Herz-, Hand-, Kinder-, Unfall- und Plastische Chirurgie)	409	35,53	35,15	168	41,08	32,92
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	134	11,64	13,66	42	31,34	33,68
Orthopädie	132	11,47	11,72	38	28,79	38,65
Innere Medizin (incl. Schwerpunkte)	112	9,73	9,42	36	32,14	28,24
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	54	4,69	3,45	14	25,93	31,25
Urologie	49	4,26	2,30	26	53,06	28,13
Anaesthesiologie	42	3,65	3,88	8	19,05	31,48
Radiologie	33	2,87	3,09	12	36,36	62,79
Allgemeinmedizin	27	2,35	5,25	9	33,33	56,16
Augenheilkunde	26	2,26	2,23	3	11,54	38,71
Haut- und Geschlechtskrankheiten	20	1,74	1,80	11	55,00	60,00
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	20	1,74	1,22	4	20,00	11,76
Neurologie	20	1,74	1,37	5	25,00	31,58
ohne Gebietsbezeichnung*	20	1,74	0,22	10	50,00	100,00
Neurochirurgie	19	1,65	2,66	3	15,79	16,22
Kinderheilkunde	13	1,13	1,65	2	15,38	21,74
Psychiatrie	5	0,43	0,22	2	40,00	33,33
Geriatrie	4	0,35	-	1	25,00	-
Strahlentherapie	4	0,35	0,36	-	-	20,00
Nuklearmedizin	3	0,26	0,07	-	-	-
Pathologie	3	0,26	0,14	3	100,00	100,00
Sonstige (Ärzte in Justizvollzugsanstalten)	2	0,17	-	-	-	-

* in Statistik 97/98 teilweise unter Allgemeinmedizin gezählt

Tabelle 2

Gebiete (Zeitraum 01.10.2000 bis 30.09.2001)	betroffene Ärzte				von der Feststellung eines Behandlungsfehlers betroffene Ärzte			
	n = 1.151		n = 397		im Krankenhaus		in der Praxis	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Chirurgie (incl. Schwerpunkte Herz-, Gefäß-, Unfall-, Hand-, Kinder- u. Plastische Chirurgie)	313	27,19	96	8,34	118	29,72	50	12,60
Frauenheilkunde (mit Geburtshilfe)	91	7,90	43	3,74	24	6,05	18	4,53
Orthopädie	63	5,48	69	5,99	19	4,79	19	4,79
Innere Medizin (incl. Schwerpunkte)	78	6,78	34	2,95	23	5,79	13	3,27
Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	32	2,78	22	1,91	7	1,76	7	1,76
Urologie	34	2,96	15	1,30	19	4,79	7	1,76
Anaesthesiologie	37	3,22	5	0,43	6	1,51	2	0,50
Radiologie	17	1,48	16	1,39	4	1,01	8	2,02
Allgemeinmedizin	-	-	27	2,35	-	-	9	2,27
Augenheilkunde	7	0,61	19	1,65	1	0,25	2	0,50
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	2	0,17	18	1,57	1	0,25	10	2,52
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie	6	0,52	14	1,22	-	-	4	1,01
Neurologie ohne Gebietsbezeichnung	11	0,96	9	0,78	4	1,01	1	0,25
Neurochirurgie	-	-	20	1,74	-	-	10	2,52
Kinderheilkunde	18	1,57	1	0,09	2	0,50	1	0,25
Psychiatrie	6	0,52	7	0,61	2	0,50	-	-
Geriatric	2	0,17	3	0,26	1	0,25	1	0,25
Strahlentherapie	4	0,35	-	-	1	0,25	-	-
Nuklearmedizin	3	0,26	1	0,09	-	-	-	-
Pathologie	2	0,17	1	0,09	-	-	-	-
Sonstige (Ärzte in Justizvollzugsanstalten)	3	0,26	-	-	3	0,76	-	-
Summe	-	-	2	0,17	-	-	-	-
Summe	729	63,34	422	36,66	235	59,19	162	40,81

kommt oder bei Budgetüberschreitungen mit Regressforderungen rechnen muss (vgl. BSG, Urteil vom 14.03.2001 – B 6 KA 54/00 R).

Andererseits sieht das Recht der vertragsärztlichen Versorgung für den Kassenpatienten unter anderem insoweit Leistungsbegrenzungen vor, wie neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann angewendet und abgerechnet werden dürfen, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sie in Richtlinien empfohlen und in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen hat.

Bei dieser Rechtslage ist nicht auszuschließen, dass die im Sozialrecht vorgesehenen Leistungen dem medizinischen Mindeststandard nicht immer voll entsprechen. Bei der Gutachterkommission ist dieses Problem bei ärztlichen Maßnahmen

zur Früherkennung von Krankheiten aufgetreten, zum Beispiel in Fällen, in denen Patienten ihrem Arzt vorwarfen, durch unterlassene Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) als Screening-Untersuchung ein Prostatacarcinom verspätet erkannt und dessen Therapie verzögert zu haben.

Die Gutachterkommission hat in solchen Fällen einen ärztlichen Behandlungsfehler stets mit der Begründung verneint, dass der Arzt nicht verpflichtet war, über den Katalog der GKV und seine Pflichten als Vertragsarzt hinausgehende Leistungen zu erbringen. In der Literatur wird jedoch erörtert, ob der Vertragsarzt in solchen Fällen verpflichtet sein könnte, den Patienten darauf hinzuweisen, dass eine vom Leistungsumfang der GKV nicht abgedeckte, aber medizinisch sinnvolle Maßnahme gegen besondere

Vergütung erbracht werden könnte (sogenannte wirtschaftliche Aufklärungspflicht). Gerichte haben sich – soweit erkennbar – mit dieser Frage bisher nicht zu befassen gehabt.

Patientenrechte in Deutschland hoch entwickelt

Die beim Bundesministerium der Justiz eingerichtete Unterarbeitsgruppe III, die sich im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzten Arbeitsgruppe „Patientenrechte in Deutschland: Fortentwicklungsbedarf und Fortentwicklungsmöglichkeiten“ speziell mit Fragen von „Arztvertragsrecht und Behandlungsfehlerhaftung“ zu befassen hatte, gelangte in ihrer abschließenden Sitzung im Mai 2001 mit der Mehrheit der dort vertretenen Behörden, Körperschaften, Verbände und sonstigen Organisationen zu der Überzeugung, dass die von Patienten- und Verbraucherschutzorganisationen geforderten Änderungen des materiellen Arzthaftungsrechts nicht erforderlich seien, weil die Rechtsprechung auf dem Gebiet des Arzthaftungsrechts die Interessengegensätze insgesamt angemessen ausgleiche.

Erwogen werden gewisse Änderungen auf dem Gebiet des Verfahrensrechts wie zum Beispiel die flächendeckende Einrichtung gerichtlicher Spezialspruchkörper. In einem an den Vorsitzenden der Gutachterkommission Nordrhein als Teilnehmer der Unterarbeitsgruppe gerichteten persönlichen Schreiben hat die Bundesjustizministerin unlängst auch die Möglichkeit angesprochen, die bestehenden Patientenrechte in einer von allen beteiligten Gruppen getragenen „Patientencharta“ festzuhalten, weil damit ein wesentlicher Schritt zu mehr Transparenz und Vertrauen auf Patientenseite erreicht werden könnte.

Internationaler Vergleich

Eine Notwendigkeit zu gesetzgeberischer Kodifizierung des geltenden Arzthaftungsrechts lässt sich auch aufgrund der vor wenigen Monaten veröffentlichten Ergebnisse einer Studie zum ärztlichen Be-

handlungsfehler im Vergleich europäischer Rechtssysteme nicht erkennen. Die im Auftrag der Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH vom European Centre of Tort and Insurance Law, Wien, und vom Institute for Transnational Legal Research, Maastricht, gemeinsam vorgelegte Studie kommt zu dem Schluss, dass Deutschland beim Patientenschutz im Falle von Behandlungsfehlern im internationalen Vergleich günstig abschneidet und dass Patienten in Deutschland gute Ausgangsbedingungen bei der Durchsetzung ihrer Rechte haben. Die deutsche Rechtsordnung erleichtere aufgrund geltender Beweislastregeln den Nachweis der Kausalität eines Behandlungsfehlers für den eingetretenen Gesundheitsschaden und beschleunige hierdurch die Feststellung der Haftung. Darüber hinaus sehe sie vergleichsweise hohe Entschädigungen vor.

Die Autoren der Studie, Prof. Dr. Michael G. Faure LL.M und Prof. Dr. Helmut Koziol, kommen bei Vergleich der Verhältnisse in den in die Untersuchung einbezogenen Staaten (Belgien, Frankreich, Niederlande, Portugal, England, Schweden und Deutschland) im Übrigen zu dem Ergebnis, dass eine europaweite Harmonisierung des Arzthaftungsrechts nicht durchführbar erscheint. Im Zusammenhang mit Überlegungen, eine Patientenversicherung nach skandinavischem Vorbild mit verschuldensunabhängigem Ersatz für durch eine Behandlung verursachte Gesundheitsschäden einzuführen, warnen sie unter anderem vor dem Wegfall der Präventivfunktion des Schadenersatzrechts. Eine individuelle Haftungsfreistellung des Arztes ließe aus ihrer Sicht befürchten, dass der Anreiz, in der Behandlung die erforderliche Sorgfalt zu wahren, und damit letztlich das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten beeinträchtigt werden könnte (zu der Studie siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt November 2001, Seite 11, im*

Internet verfügbar unter www.aekno.de, Rubrik Rheinisches Ärzteblatt).

Eckpunktepapier für noch mehr Verfahrenstransparenz

Anregungen aus dem politischen Raum, die Verfahrensabläufe im Patienteninteresse zu vereinheitlichen und damit zu verbessern, hatten die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bewogen, die Frage einer „Musterverfahrensordnung“ für alle ärztlichen Gutachter- und Schlichtungsstellen im Bundesgebiet zu prüfen. Eine hierzu eingesetzte Arbeitsgruppe, in der auch nordrheinische Vertreter mitwirkten, kam zu dem Ergebnis, dass die bestehenden erheblichen regionalen Besonderheiten vor allem bei der Antragsbelastung der Einrichtungen mit zwischen rund 100 und über 3.700 Anträgen jährlich notwendigerweise Unterschiede in der Verfahrenspraxis mit sich bringen, die eine einheitliche Regelung durch eine Mustersatzung nicht möglich machen.

Die Arbeitsgruppe hat deshalb ein „Eckpunktepapier“ entworfen, das die im Interesse der Transparenz an die Verfahrensordnungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu erhebenden Mindestanforderungen beschreibt. Der Katalog betrifft Fragen der Wahrung des rechtlichen Gehörs, der Auswahl der Fachgutachter und der Formulierung des Gutachtenauftrags nach Anhörung der Beteiligten sowie des Rechts auf Einsichtnahme in die Verfahrensakten und in eingeholte Sachverständigengutachten. Nachdem die Ständige Konferenz in ihrer Sitzung am 18.06.2001 das Papier verabschiedet hat, liegt es nunmehr den Vorständen von Landesärztekammern und Bundesärztekammer zur Beschlussfassung vor.

Behandlungsfehlerbegutachtung durch die MDK

Zur Koordinierung der Behandlungsfehlerbegutachtung zwischen

Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen und den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) fand im März 2001 auf Einladung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) ein Workshop unter bundesweiter Beteiligung von Vertretern der genannten Einrichtungen, der Bundesärztekammer und von Landesärztekammern sowie der Krankenkassen statt. Dabei ist die Frage einer Kooperation zum Beispiel zur Vermeidung von Doppel- oder Parallelbegutachtungen sowie auf dem Gebiet qualitätsvergleichender bzw. -sichernder Maßnahmen und der Behandlungsfehlerprophylaxe aus der Sicht von Ärztekammern und Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen davon abhängig zu machen gewesen, dass die Verfahren vor den MDK zunächst an formale und rechtliche Mindestanforderungen – vorrangig bei der Gewährung rechtlichen Gehörs gegenüber dem vom Behandlungsfehlervorwurf betroffenen Arzt – angepasst werden. Eine Fortsetzung des Dialogs ist für den 31. Oktober dieses Jahres vorgesehen.

Fortbildungsveranstaltungen und Veröffentlichungen

In Zusammenarbeit von Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein und Gutachterkommission wurden im Berichtszeitraum weitere regionale Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, bei denen erneut eine bemerkenswert rege Teilnahme fortbildungsinteressierter Ärztinnen und Ärzte nicht nur aus dem Kammerbereich Nordrhein zu verzeichnen war. Die hohe Teilnehmerzahl darf als eindrucksvoller Beleg dafür gewertet werden, wie ernst Ärztinnen und Ärzte ihren gesetzlichen Auftrag zur ständigen Fortbildung nehmen. Die Themen im Einzelnen:

- „Fehler und Gefahren bei der Endoskopie des Gastrointestinaltrakts – Durchführung, Überwachung und Nachsorge“ am 15. November 2000 in Köln (Mode-

ration: Prof. Dr. med. Julius Schoenemann);

- „Aktuelle Fragen des Arztthaftungsrechts“ am 31. Januar 2001 in Düsseldorf (Moderation: Dr. jur. Heinz Dieter Laum);
- „Thrombose und Thromboseprophylaxe“ am 28. März 2001 in Köln (Moderation: Prof. Dr. med. Hans Friedrich Kienzle);
- „Aktuelle Diagnostik und Therapie des Myokardinfarktes“ am 27. Juni 2001 in Düsseldorf (Moderation: Dr. jur. Pia Rumler-Detzel, Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow),
- „Qualität und Sicherheit in der Mammadiagnostik“ am 26. September 2001 in Köln (Moderation: Dr. med. Peter Potthoff).

Kommentar zum Statut erschienen

Ende 2000 erschien im Verlag Dr. Otto Schmidt der Kurzkomentar zum Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler. Der Kommentar erläutert anhand der Vorschriften des Statuts und mit Fallbeispielen die Praxis der Gutachterkommission. Neben den Fragen, die speziell mit dem Verfahren zusammenhängen, werden unter Berücksichtigung der aktuellen Arzthaftpflichtrechtsprechung auch allgemein solche zu ärztlichen Behandlungsfehlern, den dadurch verursachten oder zu erwartenden Gesundheitsschäden und zu Aufklärungsproblemen behandelt. Der Kommentar ist auf beachtliche Nachfrage vor allem bei der Anwaltschaft und den an Begutachtungsverfahren beteiligten Ärzten getroffen.

Prophylaxe durch Information

In der Reihe „Aus der Arbeit der Gutachterkommission“ erschienen im Berichtsjahr im *Rheinischen Ärzteblatt* zu den Themen „Risiko- und Sicherungsaufklärung“, „Hodentorsion: Totalen Infarkt durch zügiges Handeln vermeiden“, „Zur Diagnostik von Lungenembolien“, „Diagnostische Versäumnisse des Myokardinfarktes“, „Zur Diagnostik der

Heparin-induzierten Thrombozytopenie“ und „Überwachung einer Venenkatheteranlage“ weitere Beiträge des früheren Kommissionsvorsitzenden OLG-Präsident a.D. Herbert Weltrich und des früheren Stellvertretenden Geschäftsführenden Kommissionsmitglieds Dr. med. Herwarth Lent. Die Reihe mit Darstellungen aktueller, allgemein interessierender Ergebnisse von Begutachtungsverfahren wird fortgesetzt.

Im *Deutschen Ärzteblatt* sind im Berichtszeitraum folgende Beiträge von Mitgliedern der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein veröffentlicht worden:

- Prof. Dr. med. Hans-Friedrich Kienzle/Herbert Weltrich: Lähmung der Stimmbandnerven nach Schilddrüsenresektion (Heft 1-2/ 2001);
- Dr. jur. Heinz Dieter Laum, Prof. Dr. med. Lutwin Beck: 25 Jahre

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen – Im Interesse von Ärzten und Patienten (Heft 15/2001);

- Prof. Dr. med. Martin Hansis: Koordinationsdefizite als Ursache vorgeworfener Behandlungsfehler (Heft 31-32/2001)

Schlussbemerkung

Allen Ärztinnen und Ärzten, die die Arbeit der Gutachterkommission bereitwillig und in vielfältiger Weise unterstützen, sei an dieser Stelle für ihre Hilfsbereitschaft und ihr Engagement erneut herzlich gedankt.

*Dr. jur. H.-D. Laum
Präsident des
Oberlandesgerichts a.D.*

*Vorsitzender
Prof. Dr. med. L. Beck
Geschäftsführendes
Kommissionsmitglied*

*der Gutachterkommission für
ärztliche Behandlungsfehler*

Statistische Übersicht

	Berichtszeitraum (01.10.2000 - 30.09.2001)	letzter Berichts zeitraum	Gesamtzahl (seit 01.12.1975)
I.			
1. Zahl der Anträge	1.590	1.609	24.178
2. Zahl der Erledigungen	1.316	1.397	22.503
davon			
2.1 gutachtliche Bescheide des geschäftsführenden Kommissionsmitglieds	984	1.036	16.625
2.2 formelle Bescheide des Vorsitzenden	119	129	2.183
2.3 sonstige Erledigungen (Rücknahmen, Unzuständigkeit)	213	232	3.695
3. noch zu erledigende Anträge	1.675	1.401	
von 2.1 Zahl der festgestellten Behandlungsfehler (in Prozent)	380 (38,62 v.H.)	390 (37,64 v.H.)	*5.459 (32,11 v.H.)
II.			
1. Zahl der Anträge auf Entscheidung durch die Gutachterkommission gemäß § 5 Abs. 4 S. 3 des Statuts (in Prozent der Erstbescheide zu I. 2.1 und 2.2)	275 (24,93 v.H.)	262 (22,49 v.H.)	3.586 (18,70 v.H.)
2. Zahl der			
2.1 Kommissionsent- scheidungen (davon wichen im Ergebnis vom Erstbescheid ab)	221 (13)	258 (20)	3.267 (218)
2.2 sonstigen Erledigungen (Rücknahmen, Einstellungen)	15	13	115
3. noch zu erledigen	204	165	

* unter Berücksichtigung von Änderungen im Verfahren vor der Gesamtkommission