

**Aus dem Clemenshospital Münster
Akademisches Lehrkrankenhaus der WWU Münster
Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie
Chefarzt: Prof. Dr. med. Horst Rieger**

**Der ärztliche Behandlungsfehler in der Unfallchirurgie und
Orthopädie:
eine Bewertung anhand von empirischen Daten der
Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen
bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des doctor rerum medicinalium

der

**Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

vorgelegt von

Oliver Ulf Heising

aus

Münster/Westf.

2008

**Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Volker Arolt

- 1. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Horst Rieger**
- 2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. Marc Schult**

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Mai 2008

**Referent: Prof. Dr. med. Horst Rieger
Korreferent: Priv.-Doz. Dr. med. Marc Schult**

Zusammenfassung

Der ärztliche Behandlungsfehler in der Unfallchirurgie und Orthopädie: eine Bewertung anhand von empirischen Daten der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Oliver Ulf Heising

Das Gesundheitssystem steht seit Jahren in der öffentlichen Diskussion. Neben den Fragen, wie z.B. das System zukünftig gerecht finanziert werden soll, bildet dabei das Problem der ärztlichen Kunst- oder Behandlungsfehler einen weiteren Focus.

Zu klären ist hierbei, wie das Vorliegen eines solchen Fehlers festgestellt und der dadurch verursachte Schaden reguliert werden kann.

Zu diesem Zwecke wurden bundesweit seitens der berufsständischen Einrichtungen der Ärzte Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet.

Die von der Ärztekammer Westfalen-Lippe 1977 gegründete „Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen“ hat das Ziel, mögliche Behandlungsfehler von Ärzten aufzuklären und eine außergerichtliche Streitbeilegung zwischen Arzt und Patient zu unternehmen.

Es wurden für die Arbeit 407 Akten der Kommission in den Bereichen „Orthopädie“ und „Unfallchirurgie“ für die Jahre 1994 bis 2004 stichprobenartig auf die Entscheidungen der Gutachter und der Kommission wegen Vorliegens eines Behandlungsfehlers untersucht.

Ergebnisse dieser Untersuchung sind, dass circa 33 % der Patienten im Kammergebiet Westfalen-Lippe, die den Vorwurf eines Behandlungsfehlers erheben, diesen auch durch die Kommission bestätigt bekommen. Dieses Auftreten ist unabhängig von Alter, Bildungsstand oder Nationalität. 22,9 % der ausländischen Patienten erlitten einen Behandlungsfehler. Das Aufsuchen eines zweiten Arztes nebst zweiter Meinung und auch der Versorgungsgrad des Krankenhauses haben keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Fehlers. Die durchschnittliche Verfahrensdauer beträgt circa 10 Monate und auch nach 4,5 Jahre sind noch Haftungsfälle nachweisbar.

Die Kommission ist so taugliches Mittel, einen echten Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient herbeizuführen.

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Mai 2008

Abkürzungsverzeichnis

Bezüglich der in der Arbeit verwendeten Abkürzungen wird verwiesen auf:

Kirchner/Butz

Abkürzungsverzeichnis der Rechtssprache

5., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Bearbeitet von Cornelia Butz

De Gruyter Verlag, Berlin, 2003

Inhaltsverzeichnis

	S.
Zusammenfassung	
Abkürzungsverzeichnis	
1 Einleitung	1
1.1 Problemaufriss	1
1.2 Verfahren und Methode	4
2 Die Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen	5
2.1 Rechtliche Stellung	5
2.2 Ziel	7
2.3 Beteiligte	8
2.4 Kommission	20
2.5 Verfahren	21
2.5.1 Allgemeines	21
2.5.2 Der Behandlungsfehler	42
2.5.2.1 Die historische Entwicklung	42
2.5.2.2 Die verschiedenen Begrifflichkeiten	43
2.5.2.2.1 Der Aufklärungsfehler	43
2.5.2.2.2 Der Organisationsfehler	44
2.5.2.2.3 Der eigentliche Behandlungsfehler	45
2.5.2.2.3.1 Zivilrecht	46
2.5.2.2.3.2 Strafrecht	47
2.5.2.3 Prüfungsschema der Kommission	47
2.5.3 Folgen für die Arbeit	49
2.5.4 Abschluss des Verfahrens	50

2.6 Kosten	51
3 Darstellung des hier angewandten Erhebungsverfahrens	51
3.1 Aktenlage	51
3.2 Fragebogen	52
3.3 Methode	58
4 Ergebnisse	59
5 Diskussion	81
5.1 Stellungnahme zu den Kritikpunkten	81
5.1.1 Dauer des Verfahrens	81
5.1.2 Objektivität	82
5.1.2.1 Anzahl der Gutachter im Kammerbezirk	82
5.1.2.2 Berücksichtigung anderer Entscheidungen	84
5.1.2.3 Berücksichtigung des Statuts	85
5.1.2.4 Berücksichtigung der Ergebnisse	85
5.2 Anmerkungen im Detail	87
5.2.1 Fehlerquote bei „in Ausbildung“	87
5.2.2 Fehlerquote bei „Wahleingriff“	88
5.2.3 Fehlerquote bei „Wirbelsäule“	89
5.2.4 Fehlerquote bei „Gruppe von Ärzten“	89
5.2.5 Zwischenbilanz	89
5.2.6 Weitere Ergebnisse	90
5.2.7 Abschließendes Fazit	92
5.3 Ausblick	93
6 Literaturverzeichnis	
7 Danksagung	
8 Lebenslauf	

9 Anhang I

10 Anhang II

Gutachten

1 Einleitung

1.1 Problemaufriss

„Orandum est, ut sit mens sana in corpore sano“¹.

Dieses lateinische Zitat beschreibt sehr eindringlich die seit einigen Jahren in der Gesellschaft schwelende Diskussion zum Thema „Gesundheit“.

„Es ist darum zu bitten, dass ein gesunder Geist in einem gesunden Körper ist (sei)“. Dieser, im Kontext des römischen Komödiendichters Juvenal eher satirisch zu verstehende Ausspruch, könnte im Licht der aktuellen

Reformdebatte auch als ernsthafte Hoffnung bezeichnet werden.

Streitpunkte des Diskurses waren und sind: Die Reform des Gesundheitswesens, die Partizipation aller Bürger am medizinischen Fortschritt, die Frage einer leistungsgerechten Bezahlung von Ärzten, die Steigerung der Volksgesundheit oder wie auf das Älterwerden der Bevölkerung am besten reagiert werden kann.²

Ein Aspekt dieser Diskussion ist auch die Frage, was passiert, wenn der Arzt aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht einen Fehler bei der Behandlung eines Patienten macht. Schlagwörter hierbei sind die Begriffe „Arztfehler“, „Kunstfehler“ oder „Behandlungsfehler“,³ wobei der letztgenannte Begriff der gebräuchlichste ist.⁴

Um einen möglichen Behandlungsfehler bereits außergerichtlich und dadurch kostengünstig die Frage einer Haftung des Arztes oder des Krankenhauses klären zu können, gibt es für den beschwerdeführenden Patienten unter anderem die Möglichkeit, die Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen einzuschalten (eine Alternative ist z. B. die

¹ Aus den Satiren, X 356“; röm. Dichter Juvenal, ca. 58 n.Chr. - ca. 138 n.Chr.

² so bereits beschrieben von Hansis, S. 69 f, der in Anlehnung an §§ 1 und 11 der Bundesärztleordnung von einem „Verantwortungsdreieck der ärztlichen Behandlung“ spricht.

³ zum Stand und zur Dauer der Diskussion sei verwiesen auf: Matthies, S.14 ff.; Högermeyer, S.1 f.; Laufs/Uhlenbruck - Ulsenheimer, S. 935, Rdnr. 5 f.

⁴ Laufs/Uhlenbruck a.a.O.

Anrufung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen, auch MDK genannt).

Vor etwas mehr als 25 Jahren haben die einzelnen Ärztekammern im damaligen Gebiet der Bundesrepublik Deutschland angefangen, solche Kommissionen einzurichten. Ziel war und ist es, mittels einer solchen Kommission den Betroffenen die Möglichkeit an die Hand zu geben ohne Einschaltung eines Zivilgerichtes, und dadurch ohne großen Zeitverlust, durch Fachgutachter mit dem notwendigen Sachverstand klären zu lassen, ob ärztliches Fehlverhalten vorliegt und bei Bejahung eines Fehlers eine Schlichtung zu versuchen.⁵

Aber trotz dieser Zielsetzung ist die Gutachterkommission nicht unumstritten.⁶

Neben viel Zuspruch wird immer Kritik am Entscheidungsverfahren der Kommissionen laut.⁷

Es wird angeführt, dass eine Gutachterkommission allein aufgrund ihrer Besetzung schon nicht in der Lage sei, unabhängig und überparteilich zu entscheiden. Ärzte würden über Ärzte zu Gericht sitzen und daher sei eine objektive Urteilsfindung fraglich. Weiterhin sei die Länge des Verfahrens nicht mit den Zielsetzungen einer schnellen Entscheidung vereinbar. Auch wird die rechtliche Einordnung der Gutachterkommission kritisch gesehen. Die Rechtsprechung zur Stellung der Gutachterkommission ist uneinheitlich.

Nach einer Entscheidung des OLG Zweibrücken ist ein Arzthaftungsprozess bis zum Ende des Verfahrens vor der Gutachterkommission auszusetzen.⁸

Dies bedeutet, dass das Gericht im Sinne des § 148 ZPO eine Vorgreiflichkeit angenommen hat, was wiederum nur dann möglich ist, wenn der Ausgang des Rechtsstreits „vom Bestehen oder Nichtbestehen eines Rechtsverhältnisses abhängt, das den Gegenstand eines anderen anhängigen Rechtsstreits bildet“. Der Senat des OLG Zweibrücken hat

⁵ so z.B. das Statut der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen bei der ÄKWL in § 2.

⁶ Doms, NJW 1981, S. 2489,2492; Matthies/Bodenburg, VersR 1982, 729,731; Rumler-Detzel, VersR 1988, S. 8.

⁷ Giesen, S. 77, 80 f. in: Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen-Anspruch, Praxis, Perspektiven.

⁸ OLG Zweibrücken, NJW-RR 2001, S.667.

somit das Verfahren vor der Gutachterkommission wie einen anderen gerichtlich anhängigen Rechtsstreit aufgefasst.

Im Ergebnis ähnlich sieht offensichtlich das OLG Köln das Verfahren vor der Kommission. Dort wurde angenommen, dass das Verfahren vor der Kommission die Verjährung des Anspruches gegen den Arzt hemmt.⁹

Da eine Hemmung grundsätzlich das Anhängigmachen eines Anspruches bei Gericht bedeutet, hat auch der Senat des OLG Köln das Verfahren vor der Kommission einem Gerichtsverfahren gleichgestellt.

So weit wollte das LG Dortmund nicht gehen. Zwar soll nach dessen Entscheidung ein abgeschlossenes Verfahren vor der Kommission notwendig sein, um im Zivilverfahren gegen den beklagten Arzt Prozesskostenhilfe gewährt zu bekommen,¹⁰ aber dies bedeutet nicht, dass das Gericht damit eine Voreingrifflichkeit im Sinne des § 148 ZPO angenommen hat. Erkennbar ist gleichwohl die Tendenz der Rechtsprechung, der Kommission einen gerichtähnlichen Status zuzusprechen.

Demgegenüber hat die Literatur starke Kritik an den jeweiligen Entscheidungen vorgebracht. Da die Gutachterkommission eo ipso keine rechtsverbindlichen Entscheidungen treffen könne, sei es unzulässig, die Kommission in den Rang einer Rechtsprechungskompetenz zu erheben.¹¹

Vor diesem Hintergrund soll es das Ziel dieser Ausarbeitung sein, dem Arzt, dem Anwalt und/oder dem Patienten das Verfahren vor der „Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen“ bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu erläutern und die empirischen Daten vorzustellen. Weiter soll versucht werden, anhand der erzielten Ergebnisse Rückschlüsse auf die medizinische Versorgung im Kammergebiet Westfalen-Lippe zu ziehen. Schließlich soll diese Arbeit helfen, dem Leser die Möglichkeit zu geben, sich hinsichtlich der oben angesprochenen Kritik an der Gutachterkommission sein eigenes Urteil bilden zu können.

⁹ OLG Köln, VersR 1988, S.744.

¹⁰ LG Dortmund, JZ 1988, S. 255.

¹¹ Bürger, MedR 1999, S. 100, 104; Franzki, MedR 2000, S. 398, 399; Eberhardt, NJW 1986, S. 747, 750; Scholz, r+s, 1996, S. 381, 384; Bodenburg/Matthies, VersR 1982, S. 729, 733.

1.2. Verfahren und Methode

Es wurden mittels eines selbst erstellten Fragenkatalogs¹² 407 Akten der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe aus den Jahre 1994 bis 2004 anhand vorher selbst festgelegter Kriterien untersucht. Diese Akten waren aufgrund von Verfahren vor der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen in den Bereichen „Unfallchirurgie“ und „Orthopädie“ angelegt worden. Inhalt der Akten waren neben einem Fragebogen der Gutachterkommission über persönliche Daten des Patienten und Fragen zur Behandlung bzw. zum Fehlervorwurf¹³, die medizinischen Unterlagen der jeweiligen Behandlung, die Gutachten der jeweiligen medizinischen Sachverständigen und die Entscheidung der Kommission für den einzelnen Fall. Mit Hilfe des EDV-Systems „AKKOM - Ärztekammerkommunikationsprogramm“¹⁴ wurde eine zufällige, gleichmäßige Auswahl der Akten vorgenommen. Eine Randomisierung hat somit stattgefunden. Es konnten so aus jedem Jahr ungefähr 40 Akten untersucht werden. Die gefundenen Ergebnisse wurden operationalisiert und in einer Tabelle zusammengetragen. Die Auswertung erfolgte durch das statistische Datenverarbeitungsprogramm SPSS in der Version 11.5 für Windows. Um statistisch valide Ergebnisse präsentieren zu können, wurden die in den Fragebögen gewonnenen Daten zu Datengruppen zusammengefasst. Die daraus gewonnenen Ergebnisse sind im Fließtext als Diagramme oder Wertetabellen dargestellt. Abgedruckt im Anhang II befinden sich die gesamten Ergebnisse.

Aus Gründen des Datenschutzes wurden alle Daten vertraulich behandelt, eine Erklärung über die Einhaltung des Datenschutzes wurde unterschrieben.

¹² siehe Anhang I, „Fragebogen zur Untersuchung“.

¹³ siehe Anhang I, „Fragebogen der Gutachterkommission“.

2 Die Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen

2.1 Rechtliche Stellung

Wie aus den Statuten der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe ersichtlich,¹⁵ hat die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe in ihrer Sitzung am 23. April 1977 aufgrund des § 17 Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juli 1975 (GV.NW.S.529/SGV.NW.2122) die Einrichtung einer solchen Kommission beschlossen. Dieser Beschluss ist durch Erlass des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 31.05.1978 - V A 1- 0810.52.1- genehmigt worden. Zu fragen wäre zwar, ob die Kammer überhaupt ein solches Statut hätte erlassen dürfen, auf dessen Grundlage die Kommission arbeitet und aus der sich die sachliche und örtliche Zuständigkeit für ärztliche Haftungsfragen im Kammergebiet Westfalen-Lippe ergibt.¹⁶ Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach den Grenzen des Kammerbezirkes Westfalen-Lippe. Die nachfolgende Abbildung stellt diese regionalen Grenzen des Kammerbezirks Westfalen-Lippe der Ärztekammer Westfalen-Lippe dar.

¹⁴ relationale Oracle-Datenbank, Version 10.02 mit der Ein- und Ausgabemaske „Oracle Forms 6.0“ sowie „Word Office 2003“.

¹⁵ siehe Anhang I, „Statut der Gutachterkommission“.

¹⁶ Neu/Petersen/Schellmann S. 512; Laufs/Uhlenbruck - Ulsenheimer § 113, Rdnr. 3.

Kammergebiet Westfalen-Lippe unterteilt nach Verwaltungsbezirken



Abb.1

Abbildung 1: Karte des Kammerbezirks Westfalen-Lippe der Ärztekammer Westfalen-Lippe unterteilt in einzelne Verwaltungsbezirke

© ÄKWL

Bezüglich der sachlichen Zuständigkeit ist anzumerken, dass nach Art. 30, 70 GG die Länder für die Regelungen der Rechtsverhältnisse der Kammern zuständig sind. Die Ärztekammer ist, wie die Kassenärztlich Vereinigung, eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und somit Träger funktionaler Selbstverwaltung, nach der eine solche Körperschaft die Interessen ihrer Mitglieder autonom regeln kann.¹⁷ Die Ärztekammer Westfalen-Lippe kann daher zwecks Regelung der ihre Mitglieder betreffenden Angelegenheiten

tätig werden, und zwar durch Erlass eines Statuts für die „Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen“.¹⁸ Zweifel an der formellen und materiellen Rechtmäßigkeit dieses Statuts bestehen nicht. Die Gutachterkommission ist daher nach § 1 II ihres Statuts eine organisatorisch selbstständige Einrichtung, die in der Bearbeitung der an sie gerichteten Anträge weisungsunabhängig ist.

Sie ist daher sachlich wie örtlich zuständig, die im Kammerbezirk Westfalen-Lippe auftretenden Fragen zwischen Patienten und Ärzten bezüglich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers zu klären.

Weiter ist, wie bereits erwähnt¹⁹, zwar aus juristisch-prozessualer Sicht unklar, inwieweit die Gutachterkommission in den Verlauf eines Zivilverfahrens einzubetten sei. Unstrittig ist aber, dass die Kommission mit ihren Entscheidungen keine rechtsprechende Gewalt im Sinne des Art. 92 ff. GG ausübt.²⁰ Die Kommission ist daher kein Schiedsgericht im Sinne der §§ 1025 ZPO.²¹

Weiterhin haben die Entscheide der Kommission gem. § 8 III des Statuts keinerlei Bindungswirkung für die beteiligten Parteien. Ein Verfahren vor der Gutachterkommission hindert die Beteiligten nicht, den Weg zur Zivil- und/ oder Strafgerichtsbarkeit zu betreten.²² In der Praxis der Kommission wird aber eine Weiterverfolgung des jeweiligen Sachverhaltes nach Abschluss des Verfahrens vor der Gutachterkommission nicht betrieben.

2.2 Ziel

Das erklärte Ziel des Verfahrens vor der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist in § 2 des Status legaldefiniert.

Danach soll *„durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen möglichen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung*

¹⁷ für die KV: Kluth, MedR 2003, S. 123f.; Henschel, S. 171.

¹⁸ Henschel, S. 169,172; Deutsch/Spickhoff, Rdnr. 421.

¹⁹ siehe Fußnoten 9 bis 11.

²⁰ Henschel, S. 171; Bodenbug/Matthies, VersR. 1982, S. 729, 732.

²¹ Laufs/Uhlenbruck - Ulsenheimer, §113, Rdnr. 7; Eberhardt, NJW 1986, S. 747,750.

²² Bergmann, S. 162; Rumler-Detzel, r+s 1988, S. 6, 8; Deutsch/Spickhoff, Rdnr.425.

unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern und in geeigneten Fällen ein[...] Schlichtungsversuch zu unternehmen“ sein.²³

Es soll also die Möglichkeit geschaffen werden, zu begutachten, ob seitens des Arztes ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht.

2.3 Beteiligte

Am Verfahren vor der Gutachterkommission sind gem. § 3 II des Statuts der Patient und der Arzt, der die vermeintliche Fehlbehandlung am Patienten vorgenommen haben soll, beteiligt. Auch können mehrere Ärzte Beteiligte im Sinne des § 3 II 1 sein, d.h. dass sich der Antrag des Patienten gegen zwei oder mehr Ärzte richten kann, die an einer Behandlung beteiligt waren. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die im untersuchten Zeitraum beteiligten Patienten, unterteilt in Geschlecht,

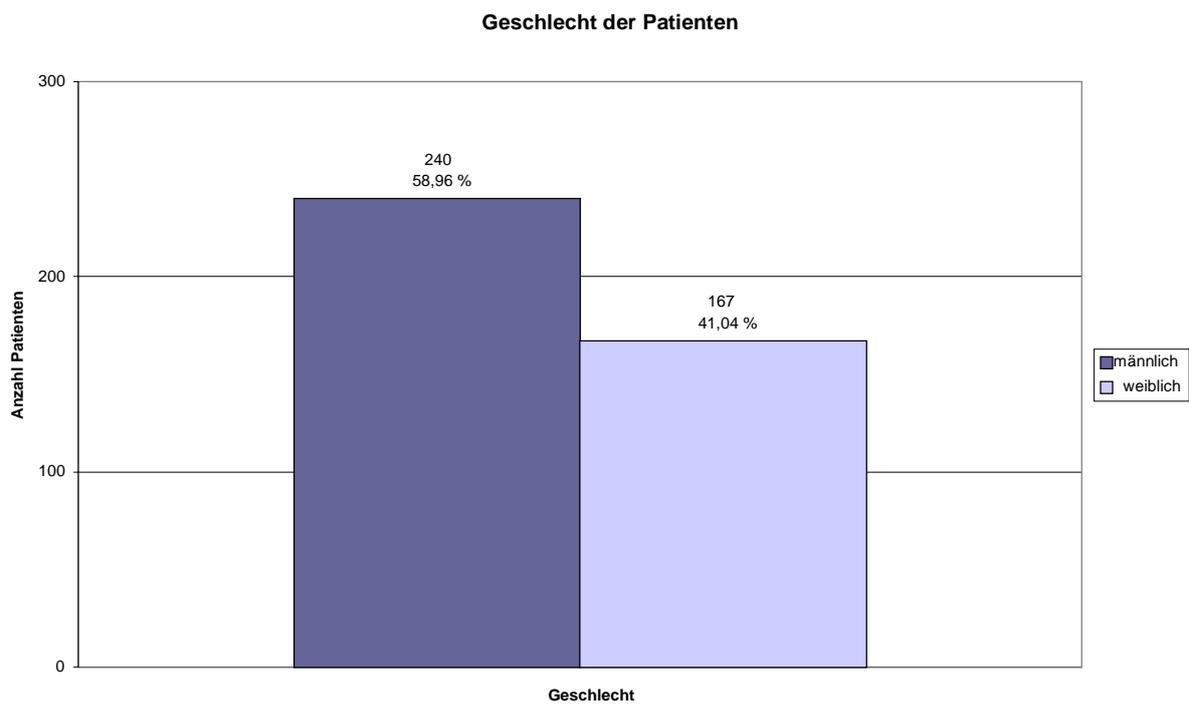


Abbildung 2: Anzahl und Anteil des Geschlechts der Patienten im untersuchten Zeitraum (Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

²³ siehe Anhang I, „Statut der Gutachterkommission“, § 2.

Nationalität,

Nationalität der behandelten Patienten

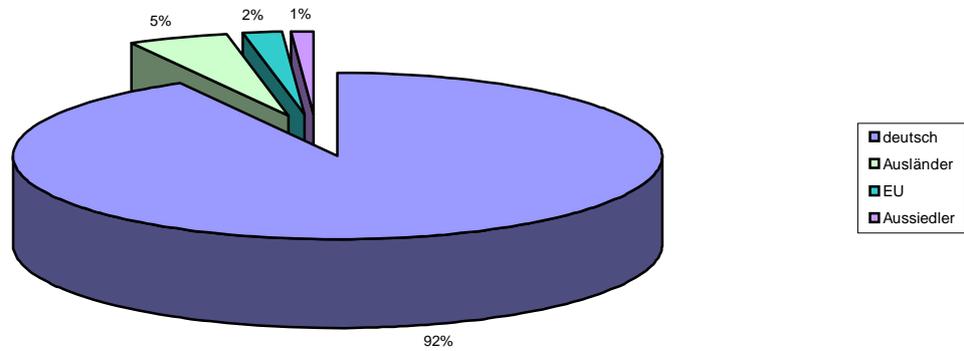


Abbildung 3: Anteil der Nationalitäten der behandelten Patienten

(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Bildungsstand,

Schulabschluß der Patienten

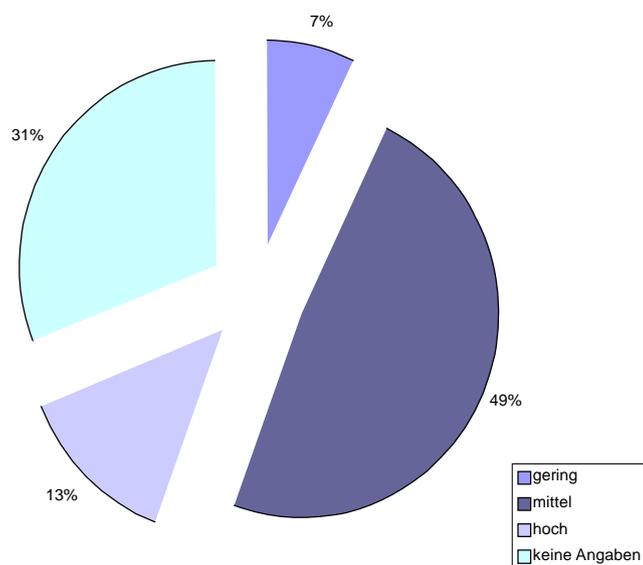


Abbildung 4: Anteil des Bildungsstandes der Patienten im untersuchten Zeitraum

(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Beruf

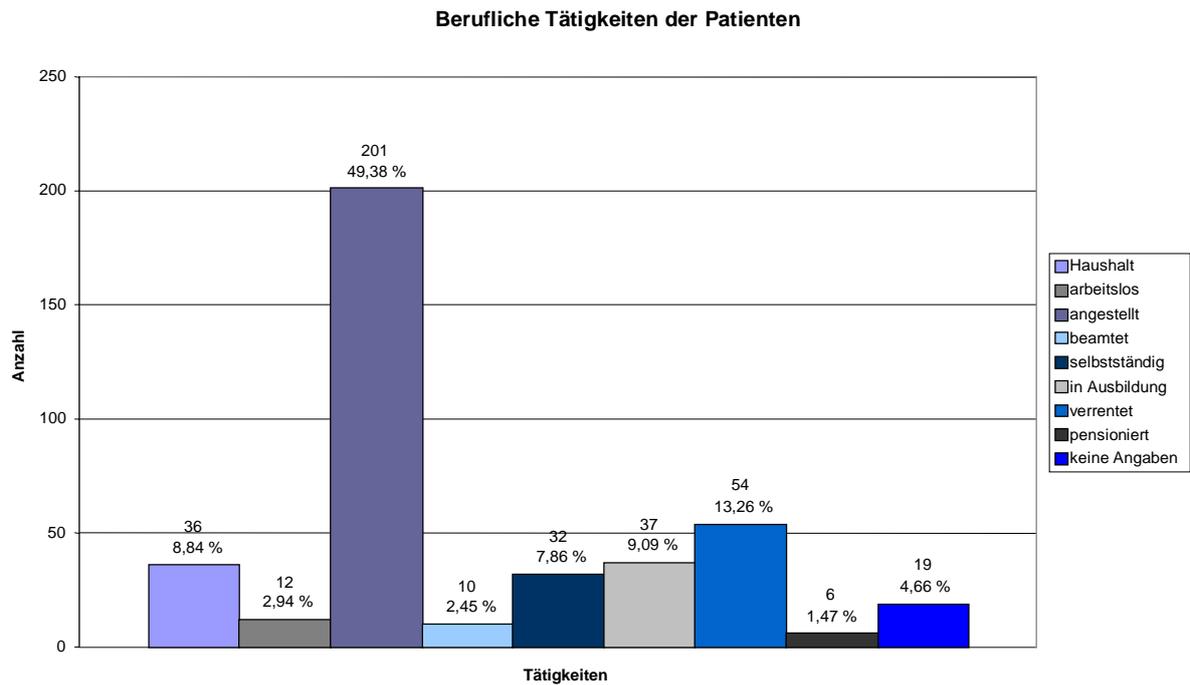


Abbildung 5: Anteil und Anzahl berufliche Tätigkeit der Patienten im Untersuchungszeitraum. (Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Altersverteilung,

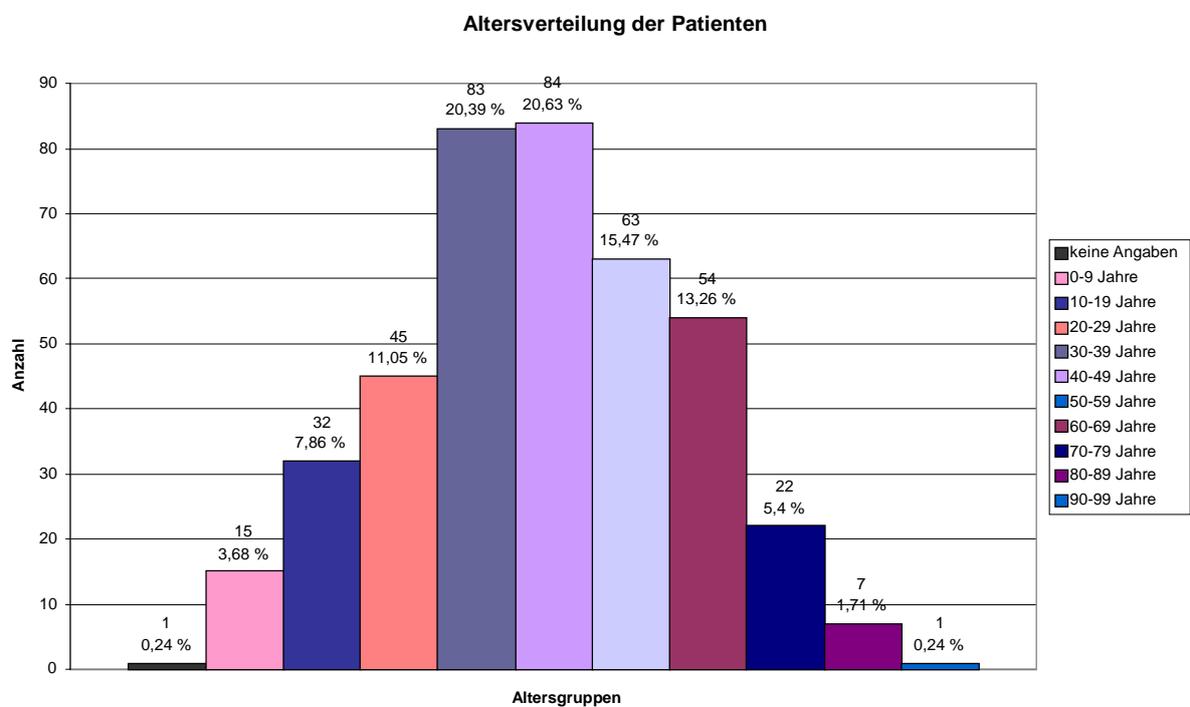


Abbildung 6: Anteil und Anzahl der Altersgruppen der Patienten im Untersuchungszeitraum. (Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

und den Anteil der gesetzlich Krankenversicherten in Kammerbezirk Westfalen-Lippe.²⁴

Anteil der gesetzlich krankenversicherten Einwohner des Kammerbezirkes Westfalen-Lippe (Stand: 25.10.2005)

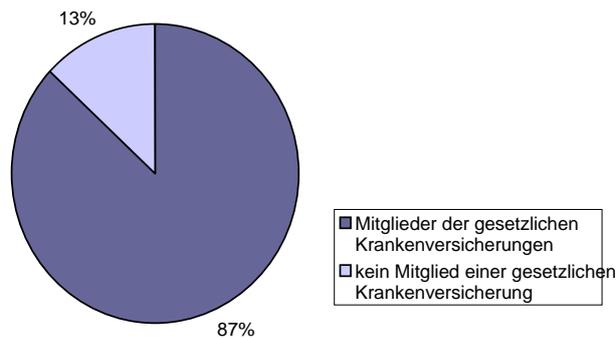


Abbildung 7: Anteil der gesetzlich krankenversicherten Einwohner des Kammerbezirkes Westfalen-Lippe (Stand: 25.10.2005)

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Weiter soll nach § 3 II 2 des Statuts eine Vertretung seitens der Beteiligten möglich sein, wobei § 157 ZPO entsprechend gelten soll.

Nach § 157 I 1 ZPO sollen für die Prozessführung ungeeignete Vertreter als Bevollmächtigte und Beistände in Gerichtsverhandlungen ausgeschlossen werden. Weiter kann das Gericht nach § 157 II 1 ZPO Parteien, Bevollmächtigten und Beiständen, die nicht Rechtsanwälte sind, wenn ihnen die Fähigkeit zum geeigneten Vortrag fehlt, den weiteren Vortrag in der Sache untersagen.

Ziel dieser Regelung ist es nicht, den Kreis der für die Beteiligten tätigen geschäftsmäßigen Verfahrensbevollmächtigten auf Rechtsanwälte oder andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer zu beschränken.²⁵ Sondern es kann so verhindert werden, dass Personen, denen es an der Befähigung zur Vertretung mangelt, trotzdem zum Schaden der jeweils vertretenen Partei

²⁴ anzumerken ist, dass die Prozentangaben innerhalb der Abbildungen rundungsbedingt nicht immer in der Summe 100 % ergeben können.

²⁵ Kom-Nordrhein § 2 Nr. 1; so für die Gutachterkommission Nordrhein, die in ihren Statuten einen gleichen Passus in § 1 II 3 hat.

vor Gericht auftreten.²⁶ In der Praxis der Kommission ist es daher möglich, dass der Patient sich durch einen Anwalt, eine Krankenversicherung oder nächste Angehörige, wie z.B. Ehefrau oder Erblasser vertreten lassen kann. Ebenso kann der Arzt sich durch einen Rechtsbeistand vertreten lassen. In allen Fällen ist eine Vollmacht vorzulegen. In den untersuchten 407 Akten ließen sich die Patienten in 251 Fällen nicht durch einen Anwalt vertreten, in 156 fand eine Vertretung statt. (siehe Abbildung Nr. 8)

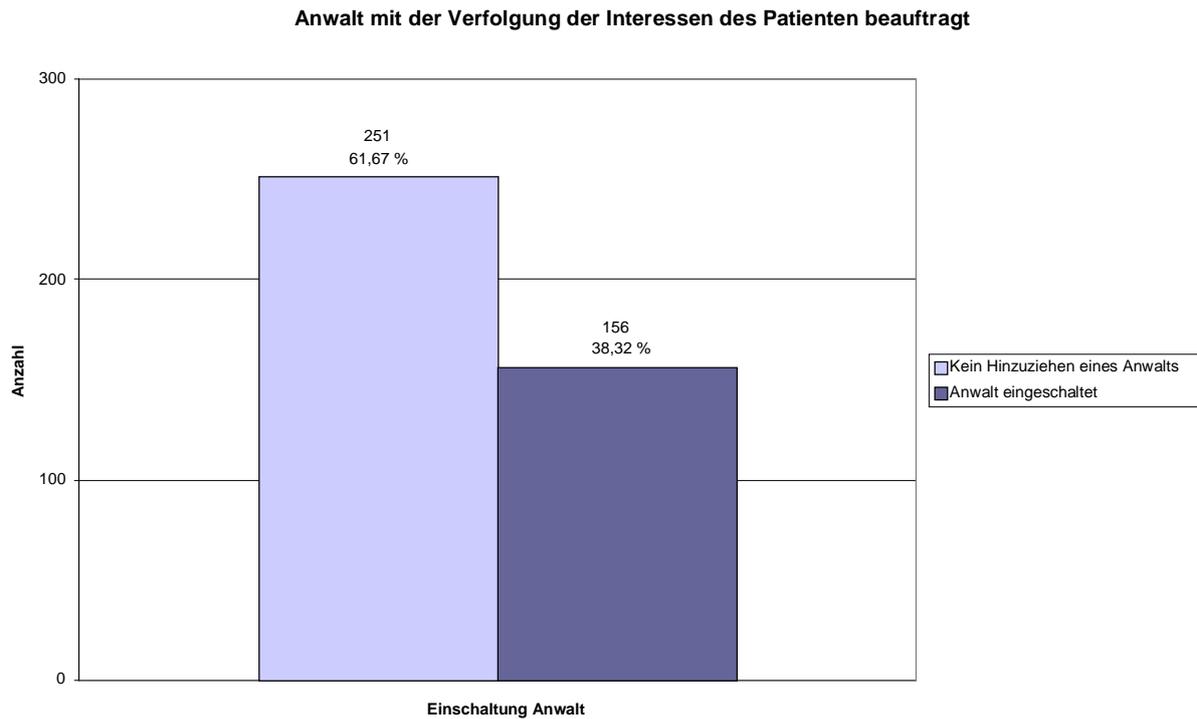


Abbildung 8: Anteil und Anzahl der mit der Interessenvertretung der Patienten beauftragten Anwälte im Untersuchungszeitraum.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

²⁶ Zöller -Geimer, § 157 ZPO Rdnr. 3.

In den nachfolgenden Grafiken werden zum einen alle im Kammerbezirk Westfalen-Lippe gemeldeten Ärzte in ihrer regionalen Verteilung und in ihren Tätigkeitsbereichen angezeigt.

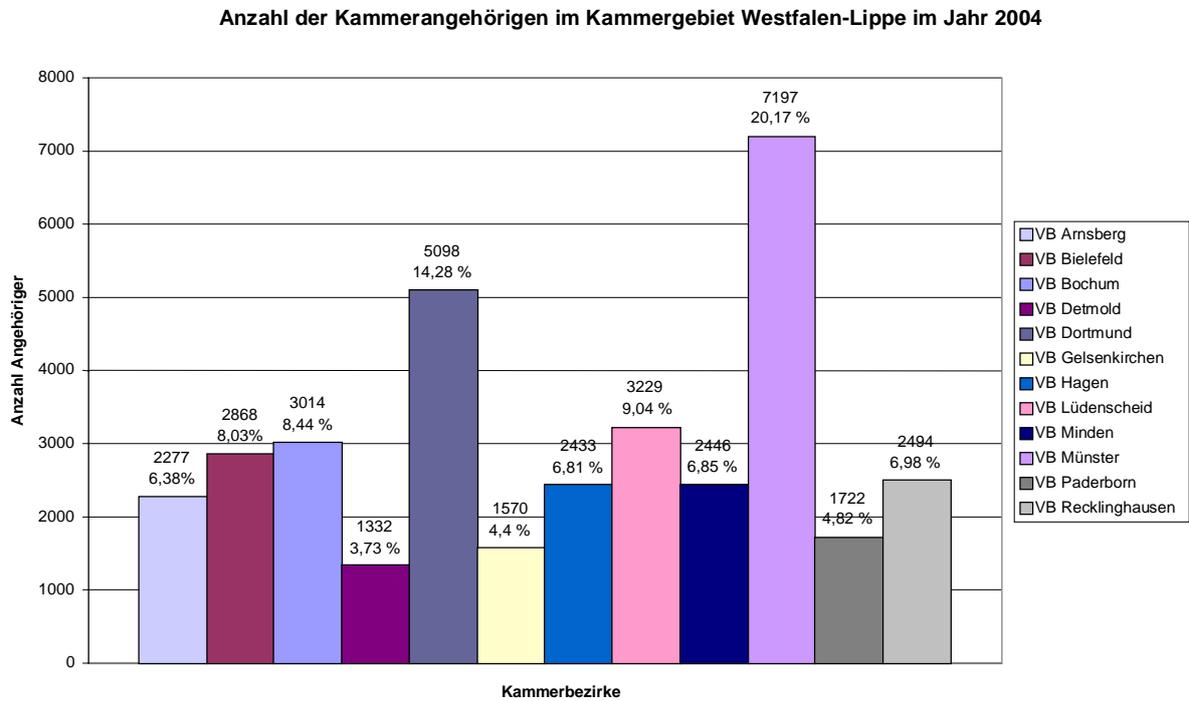


Abbildung 9: Anteil und Anzahl der Kammerangehörigen im Kammergebiet Westfalen-Lippe im Jahr 2004, verteilt auf die einzelnen Verwaltungsbezirke (Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004; n = 35680)

Tätigkeitsfeld aller im Kammerbezirk gemeldeten Ärzte im Jahr 2004

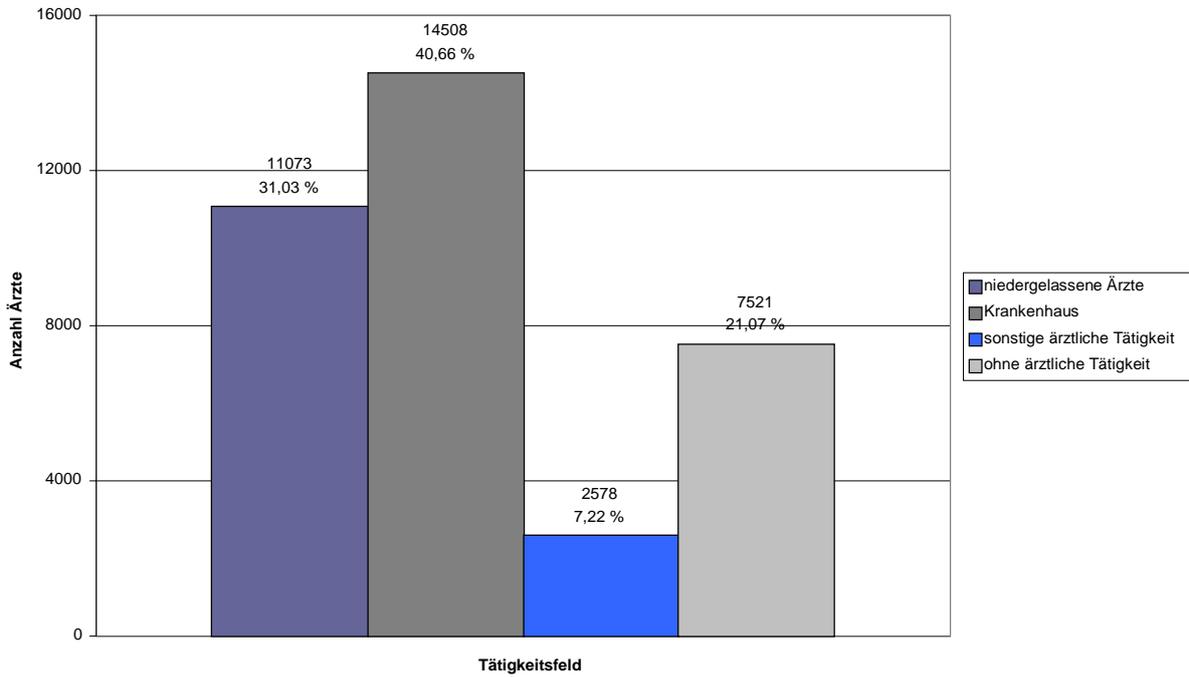


Abbildung 10: Anteil und Anzahl der Tätigkeitsfelder aller im Kammerbezirk gemeldeten Ärzte im Jahr 2004

(Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004; n = 35680)

Tätigkeitsfeld der im Kammerbezirk gemeldeten Ärzte(m) im Jahr 2004

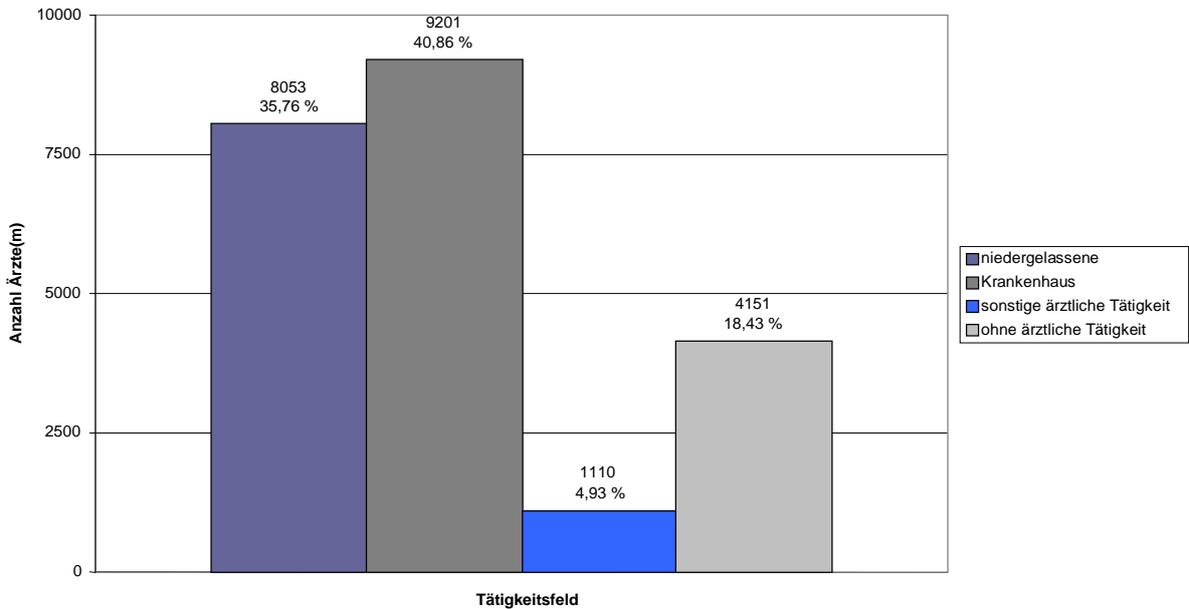


Abbildung 11: Anteil und Anzahl der Tätigkeitsfelder aller im Kammerbezirk gemeldeten Ärzte (m).

(Quelle: Vorstandsbericht ÄKWL für das Jahr 2004; n = 22515)

Tätigkeitsfeld der im Kammerbezirk gemeldeten Ärztinnen im Jahr 2004

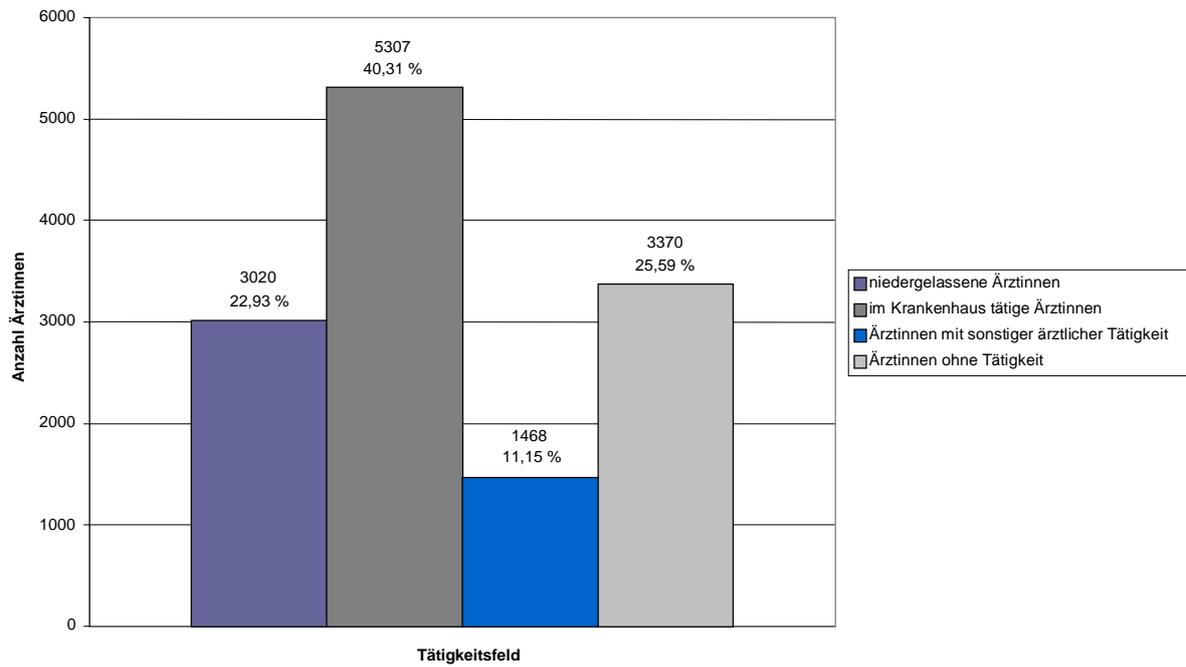


Abbildung 12: Anteil und Anzahl der Tätigkeitsfelder aller im Kammerbezirk gemeldeten Ärztinnen im Jahr 2004
(Quelle: Vorstandsbericht ÄKW für das Jahr 2004; n = 13165)

Zum anderen werden in den folgenden drei Abbildungen die jeweiligen Facharzttrichtungen der im Kammergebiet gemeldeten Krankenhausärzte/innen und der niedergelassenen Ärzte dargestellt.

Facharzttrichtung der im Kammerbezirk gemeldeten Krankenhausärzte im Jahr 2004

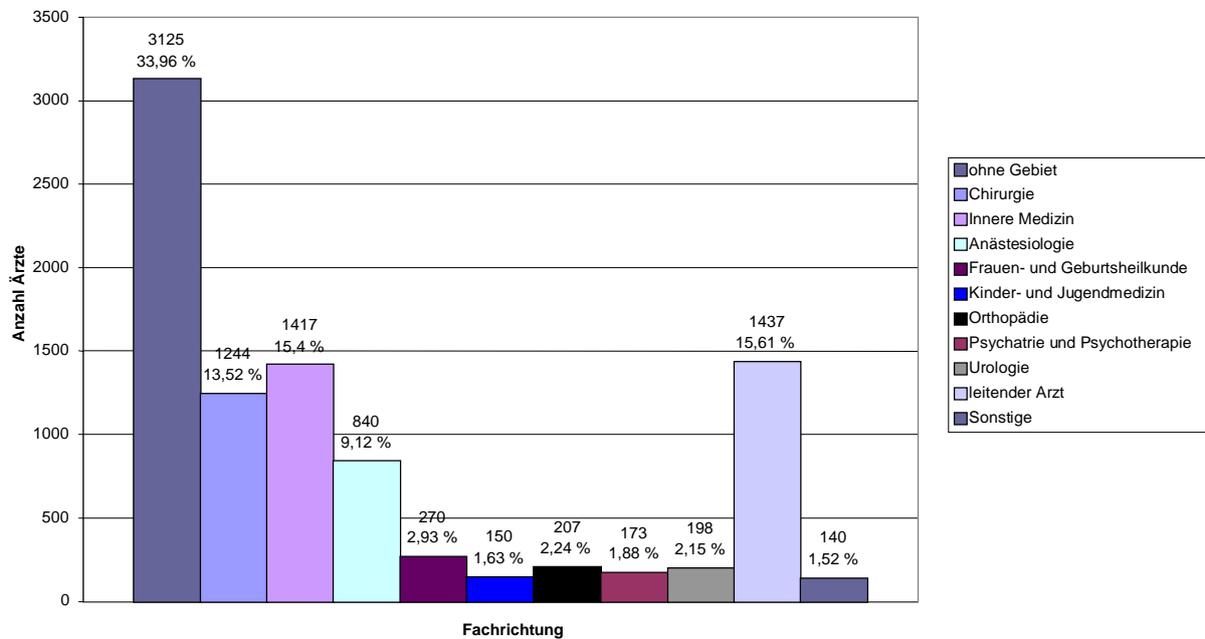


Abbildung 13: Anteil und Anzahl der Facharzttrichtung aller im Kammerbezirk gemeldeter Krankenhausärzte im Jahr 2004
(Quelle: Vorstandsbericht ÄKWL für das Jahr 2004; n = 9201)

Facharzttrichtung der im Kammergebiet gemeldeten Krankenhausärztinnen im Jahr 2004

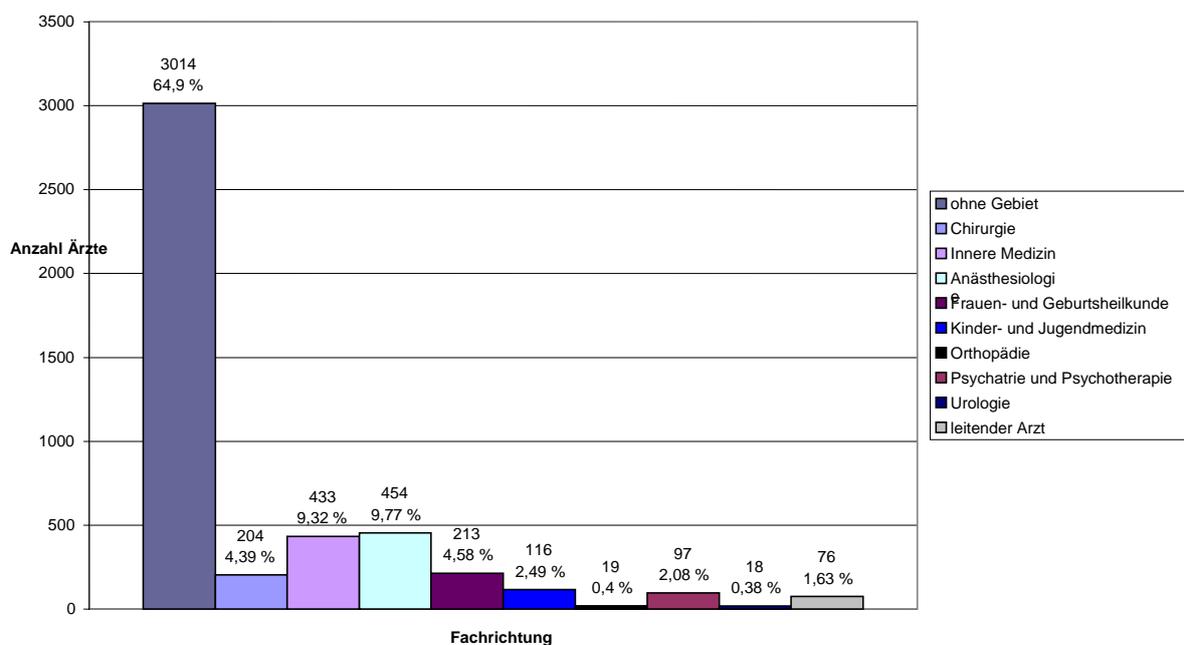


Abbildung 14: Anteil und Anzahl der Facharzttrichtung der im Kammerbezirk gemeldeten Krankenhausärztinnen im Jahr 2004
(Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004; n = 4644)

Fachrichtung aller im Kammerbezirk gemeldeten, niedergelassen praktizierenden Ärzte im Jahr 2004

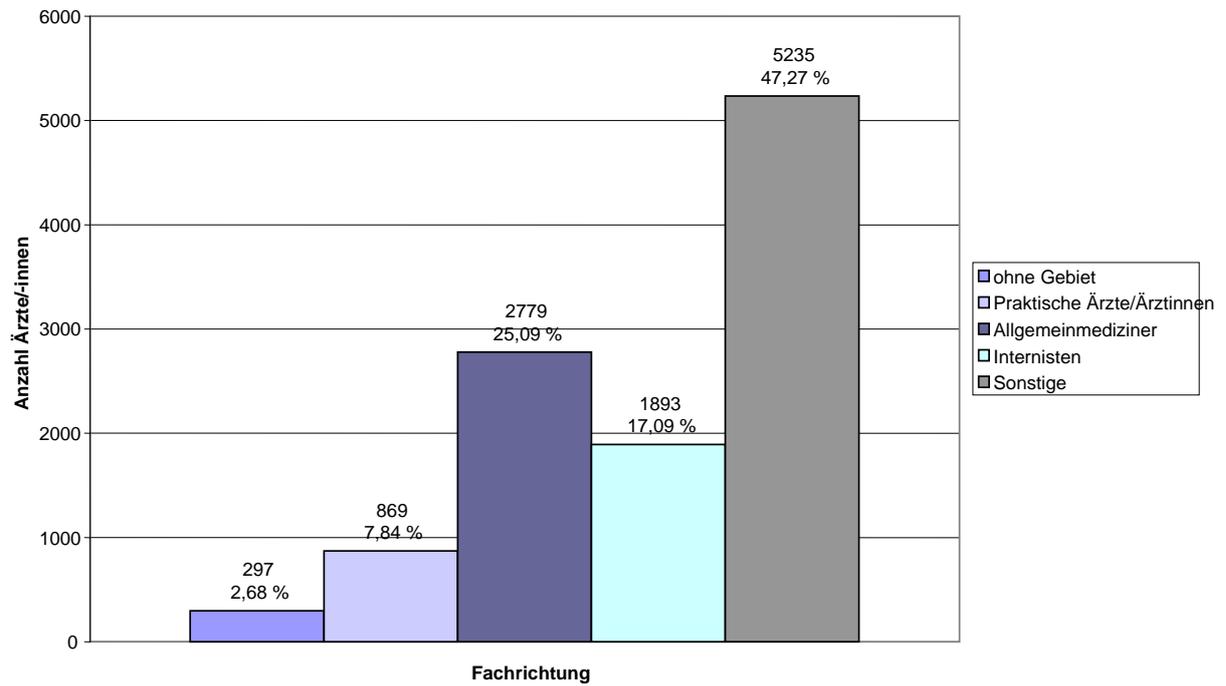


Abbildung 15: Anteil und Anzahl der Fachrichtungen der im Kammerbezirk gemeldeten, niedergelassen praktizierenden Ärzte im Jahr 2004.

(Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004; n = 11073)

Zum dritten werden in den nun folgenden vier Abbildungen die Alterstruktur der im Kammerbezirk Westfalen-Lippe tätigen Krankenhausärzte und der niedergelassenen Ärzte dargestellt.

Alterstruktur der Krankenhausärzte im Kammerbezirk im Jahr 2004

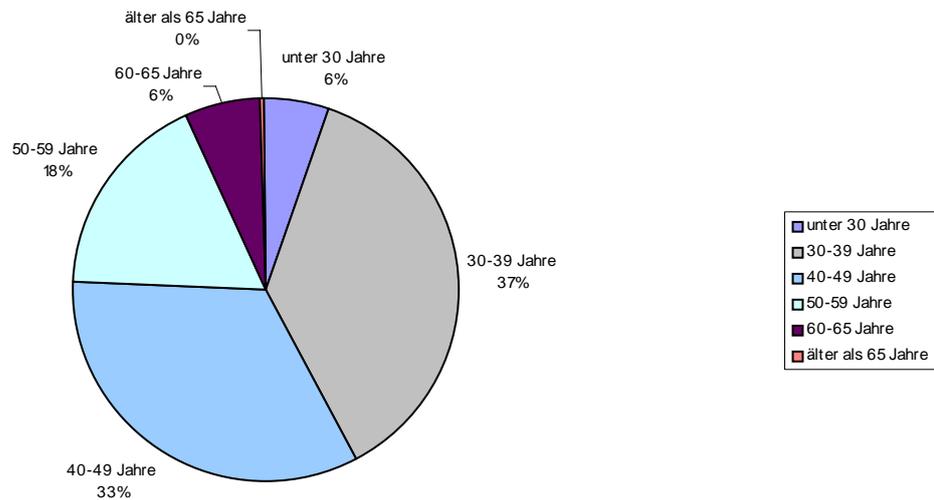


Abbildung 16: Anteil der Alterstruktur der Krankenhausärzte im Kammerbezirk im Jahr 2004 (Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004, n = 9201)

Altersstruktur der Krankenhausärztinnen im Kammergebiet im Jahr 2004

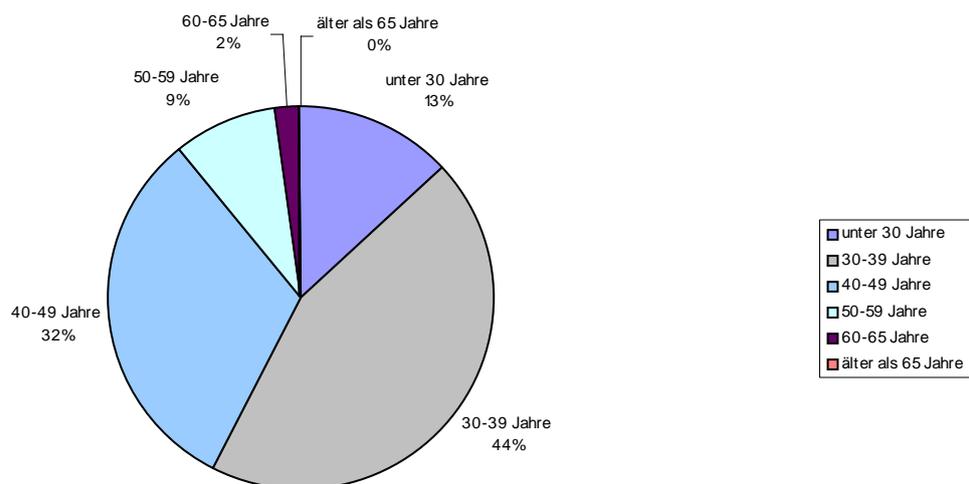


Abbildung 17: Anteil der Altersstruktur der Krankenhausärztinnen im Kammergebiet im Jahr 2004 (Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004, n = 5307)

Altersstruktur der im Kammergebiet niedergelassenen Ärzte im Jahr 2004

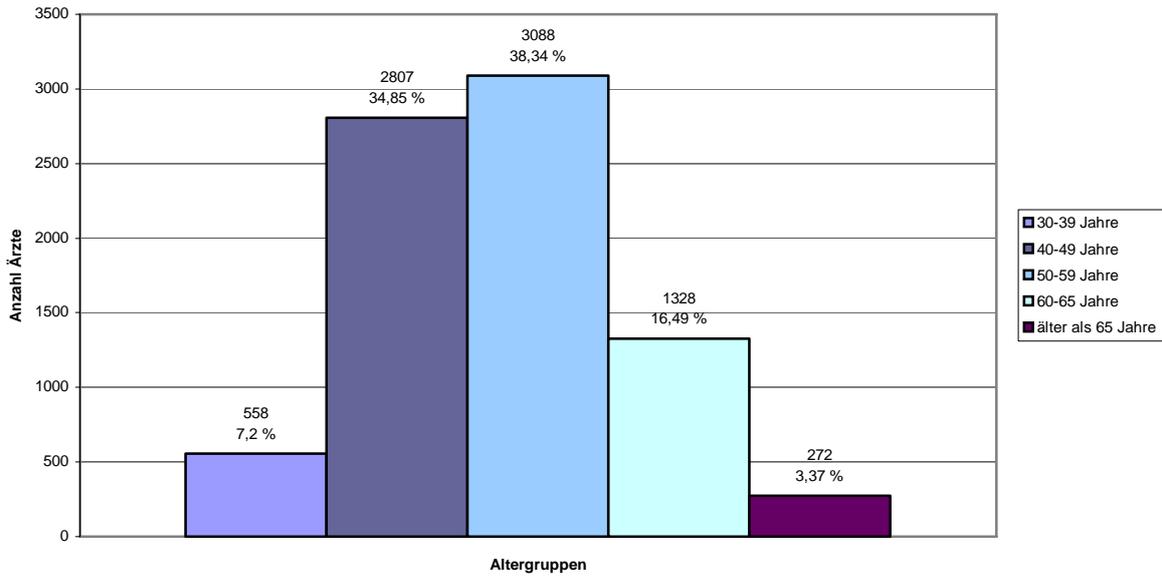


Abbildung 18: Anteil und Anzahl der Altersstruktur der im Kammerbezirk niedergelassenen Ärzte im Jahr 2004
(Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004, n = 8053)

Altersstruktur der im Kammergebiet niedergelassenen Ärztinnen im Jahr 2004

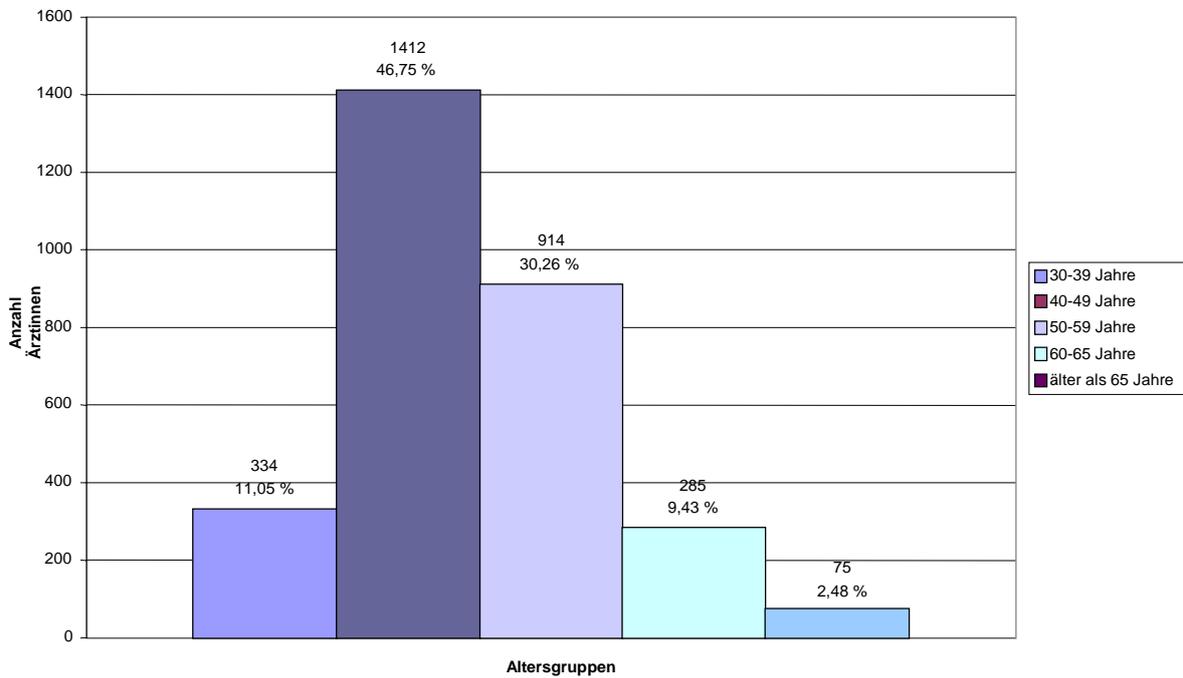


Abbildung 19: Anteil und Anzahl der Altersstruktur der im Kammerbezirk niedergelassenen Ärztinnen im Jahr 2004
(Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004; n = 3020)

2.4 Kommission

Die Kommission besteht gem. § 5 des Statuts aus drei Mitgliedern. Der Vorsitzende ist ein Jurist mit der Befähigung zum Richteramt, die beiden anderen Mitglieder sind Ärzte, die als Gutachter den jeweils vorliegenden Fall begutachten sollen. Voraussetzung dafür ist, dass die Gutachter im gleichen Fachgebiet tätig sind, wie es der betroffene Arzt ist.

Alle Kommissionsmitglieder sollen über langjährige berufliche Erfahrung verfügen und im Gutachterwesen vertraut sein. Eine Amtszeit hat die Dauer von fünf Jahren, für alle Mitglieder sind Stellvertreter zu bestimmen.

Für den untersuchten Bereich „Orthopädie“ und „Unfallchirurgie“ ist die Entwicklung der Anzahl der ärztlichen Gutachter für diese Fachgebiete zwischen den Jahren 1994 bis 2004 bei der Gutachterkommission in den Abbildungen 20 und 21 dargestellt.

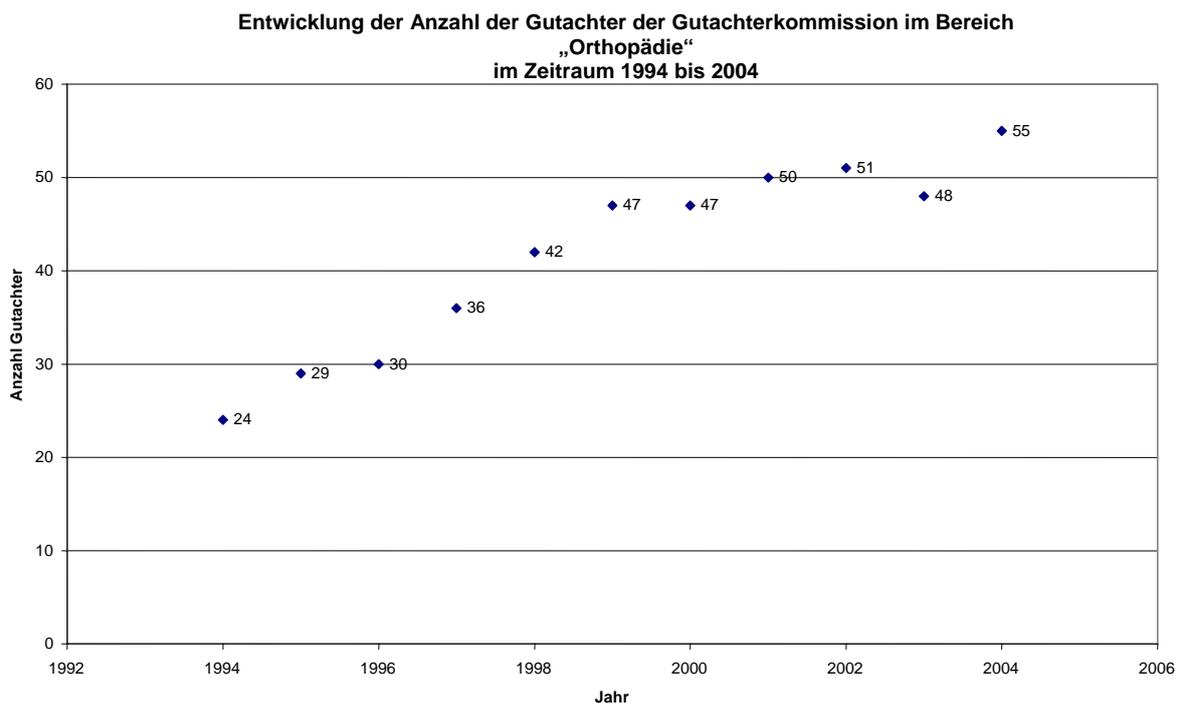


Abbildung 20: Entwicklung der Anzahl der Gutachter der Gutachterkommission im Fachbereich „Orthopädie“ im Zeitraum 1994 bis 2004.
(Quelle: ÄKWL)

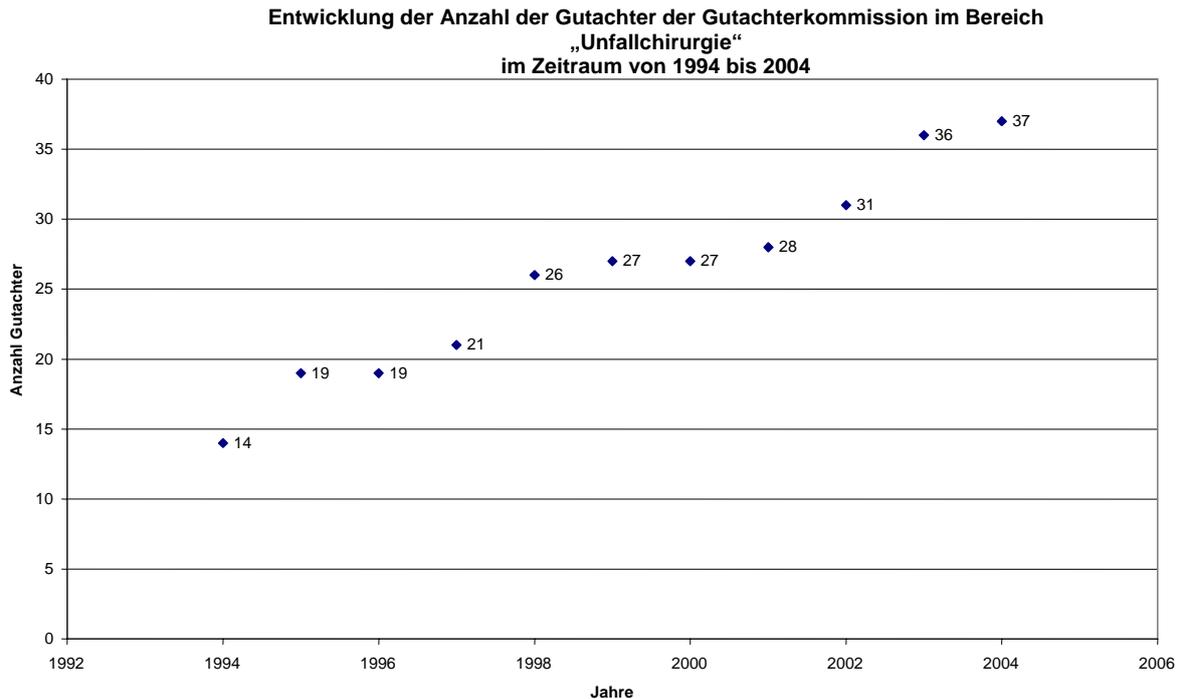


Abbildung 21: Entwicklung der Anzahl der Gutachter der Gutachterkommission im Fachbereich „Unfallchirurgie“ im Zeitraum 1994 bis 2004.
(Quelle: ÄKWL)

2.5 Verfahren

2.5.1 Allgemeines

Das Verfahren vor der Gutachterkommission beruht auf Freiwilligkeit der Beteiligten, sie können jederzeit ihre Mitwirkung am Verfahren ohne die Angabe von Gründen beenden.²⁷ So kann es vorkommen, dass einer der Beteiligten dem Verfahren widerspricht und seine Mitarbeit nicht anbietet. Damit endet das Verfahren, die Kommission kann keinen Abschlussbescheid erstellen. In dem untersuchten Zeitraum ist es nur einmal vorgekommen, dass seitens eines Beteiligten die Mitarbeit mit der Kommission nicht fortgeführt wurde.

Die nachfolgenden Abbildungen 22, 23 und 24 geben für den untersuchten Zeitraum von 1994 bis 2004 einen kurzen Einblick über die Anzahl der gestellten Anträge, die tatsächlich beschiedenen Anträge und die Anzahl der

²⁷ Kom-Nordrhein, § 1 II; Bergmann, S. 163.

Anträge, in denen die Gutachterkommission das Vorliegen eines Behandlungsfehlers bejaht hat.

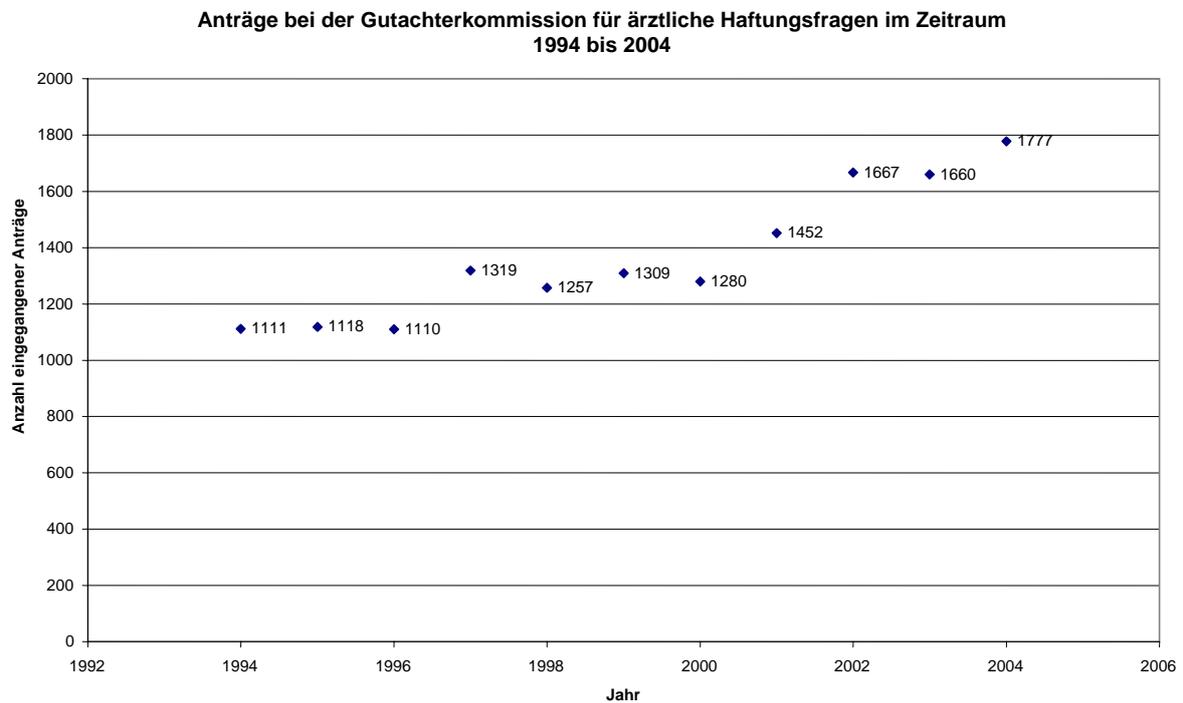


Abbildung 22: Entwicklung der Anzahl der bei der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen gestellten Anträge für den Zeitraum 1994 bis 2004. (Quelle: Vorstandsberichte der ÄKWL für die Jahre 1994 bis 2004)

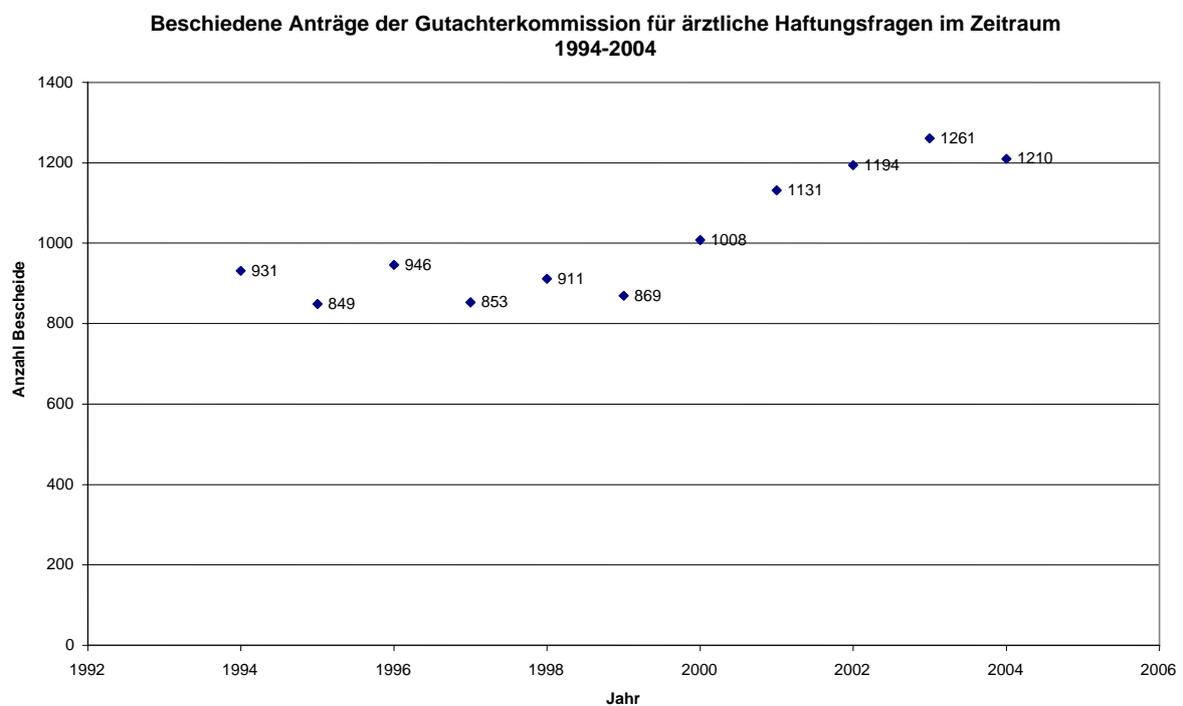


Abbildung 23: Entwicklung der Anzahl der von der Gutachterkommission tatsächlich beschiedenen Anträge im Zeitraum 1994 bis 2004. (Quelle: Vorstandsberichte der ÄKWL für die Jahre 1994 bis 2004)

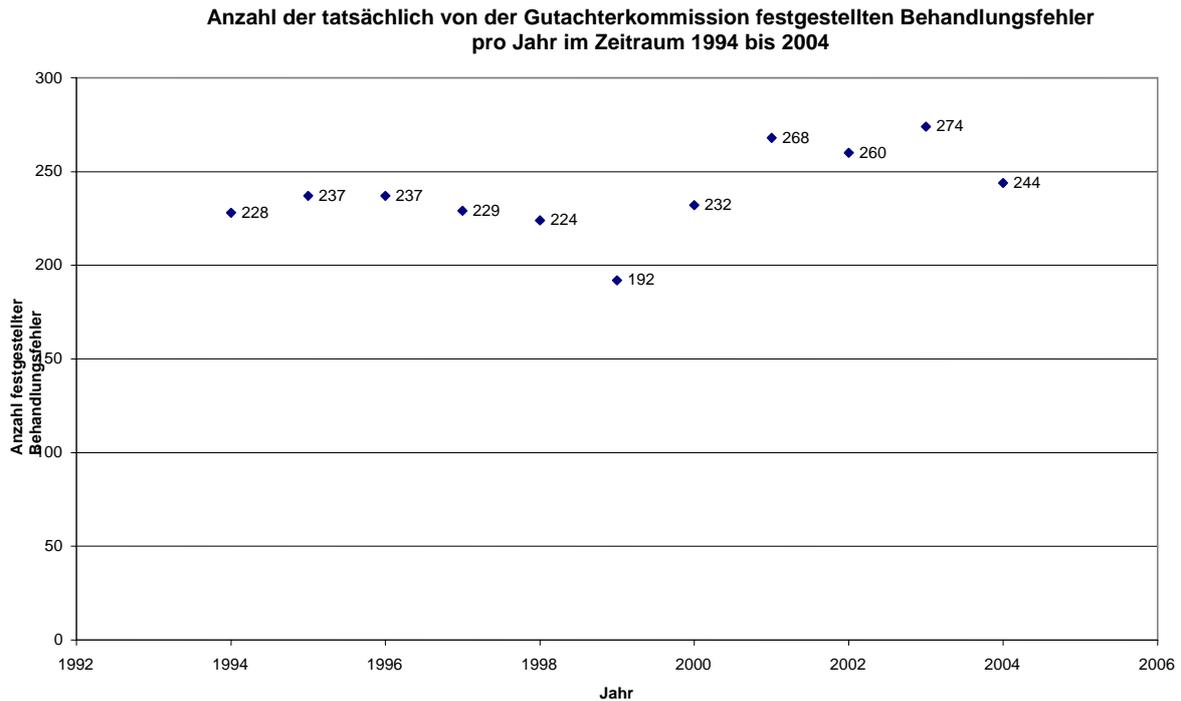


Abbildung 24: Entwicklung der Anzahl der von der Gutachterkommission pro Jahr tatsächlich festgestellten Behandlungsfehler im Zeitraum 1994 bis 2004.

(Quelle: Vorstandsberichte der ÄKWL für die Jahre 1994 bis 2004)

Das weitere Verfahren richtet sich nach den §§ 6-9 des Statuts. Danach obliegt dem Vorsitzenden die Leitung des Verfahrens. Geht ein schriftlicher Antrag seitens eines Beteiligten bei der Gutachterkommission ein, sorgt er dafür, dass die eingehende Beschwerde des Beteiligten bearbeitet wird. Er holt die Stellungnahmen der Beteiligten ein, beauftragt die Gutachter und achtet darauf, dass dem Verfahren vor der Gutachterkommission nicht Hinderungsgründe im Sinne des § 4 II des Statuts wie z. B.

Rechtshängigkeit vor einem Zivil- oder Strafgericht oder ein bereits in der Sache ergangenes Urteil entgegenstehen.

Die Aufgabe der Gutachter ist es, den Sachverhalt umfassend und möglichst schnell aufzuklären. Dabei erstellt ein Erstgutachter das Erstgutachten unter Würdigung aller ihm vom Vorsitzenden zugesandten Unterlagen. Die Abbildungen 25 und 26 stellen die Ergebnisse von den jeweiligen Erstgutachtern zusammengefasst für den Untersuchungszeitraum dar.

Entscheidung der Erstgutachter in Prozent über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers

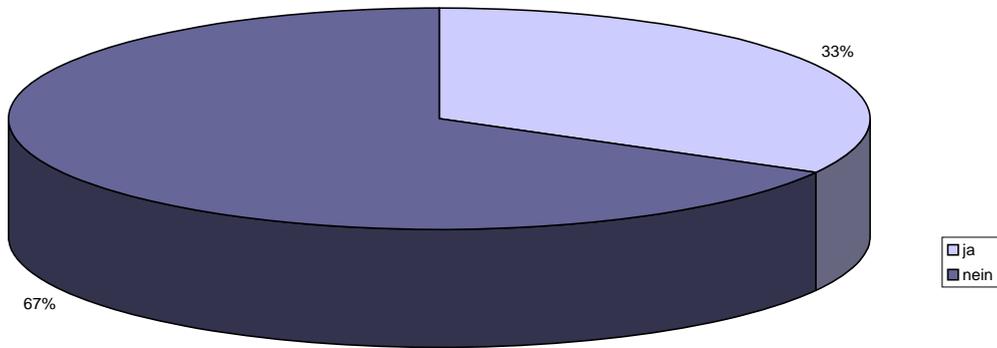


Abbildung 25: Entscheidung der Erstgutachter in Prozent über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers für den Zeitraum 1994 bis 2004.
(Quelle: untersuchte Aktenlage, n = 407)

Entscheidung Erstgutachter über Vorliegen Behandlungsfehler

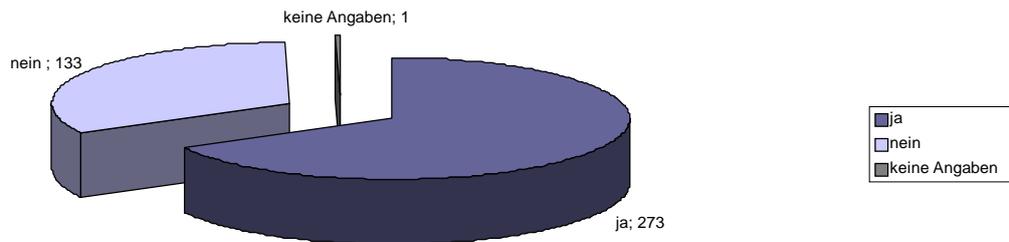


Abbildung 26: Die Anzahl der Entscheidungen der Erstgutachter über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers für den untersuchten Zeitraum 1994 bis 2004.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Dieses Erstgutachten stellt der Gutachter dem Vorsitzenden zur Verfügung, welches dieser dann mitsamt allen medizinischen Unterlagen dem Zweitgutachter übergibt. Ein Zweitgutachter erstellt daraufhin das Zweitgutachten und übergibt die gesamten Unterlagen dem Vorsitzenden. Die in den untersuchten Fällen auftretenden Ergebnisse der jeweiligen Zweitgutachter sind in der nachfolgenden Abbildung für den Zeitraum von 1994 bis 2004 aufsummiert dargestellt.

Entscheidung des Zweitgutachters in Prozent über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers

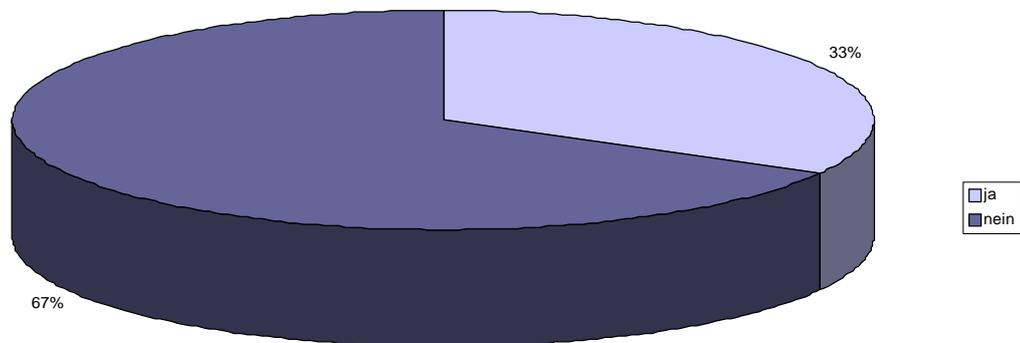


Abbildung 27: Entscheidung der Zweitgutachter über das Vorliegen von Behandlungsfehlern in Prozent für den untersuchten Zeitraum 1994 bis 2004. (Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Entscheidung Zweitgutachter über Vorliegen Behandlungsfehler

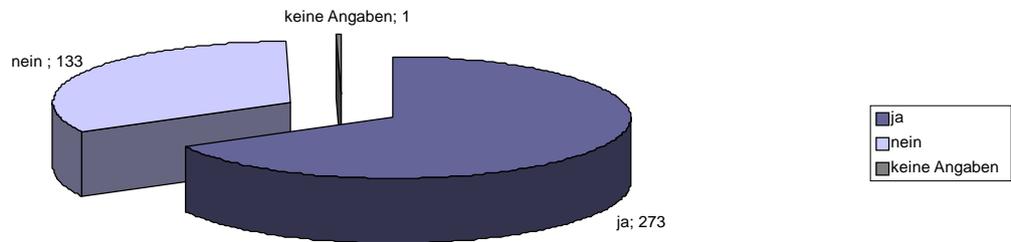


Abbildung 28: Anzahl der Entscheidungen der Zweitgutachter über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers für den untersuchten Zeitraum 1994 bis 2004.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Sollten trotz dieser beiden Fachgutachten weiterhin Unklarheiten bezüglich der Frage bestehen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, so kann der Vorsitzende einen Drittgutachter bestellen, um eine Entscheidung herbeizuführen.

In Abbildung 29 ist die Anzahl der Fälle dargelegt, in denen das Anrufen des Drittgutachters laut untersuchter Aktenlage notwendig war.

Tätigwerden und Entscheidung eines Drittgutachters

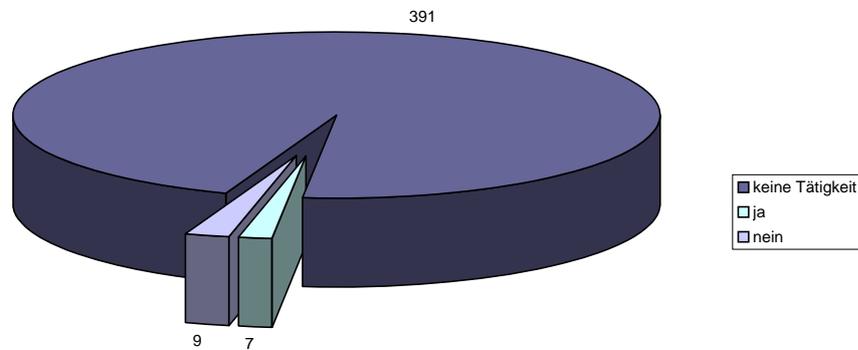


Abbildung 29: Anzahl des Tätigwerdens eines Drittgutachters und Entscheidung der
Drittgutachter über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers entscheidet die Kommission mit Stimmenmehrheit.

Insgesamt hat die Kommission in 268 Fällen das Vorliegen eines Behandlungsfehlers verneint, in 138 Fällen bejaht und in einem Fall keine Entscheidung getroffen.

Diese Ergebnisse finden sich in der nachfolgenden Abbildung 30 und für die prozentualen Angaben in Abbildung 31 für den gesamten Untersuchungszeitraum wieder.

Abschließende Entscheidungen der Kommission über das Vorliegen von Behandlungsfehlern

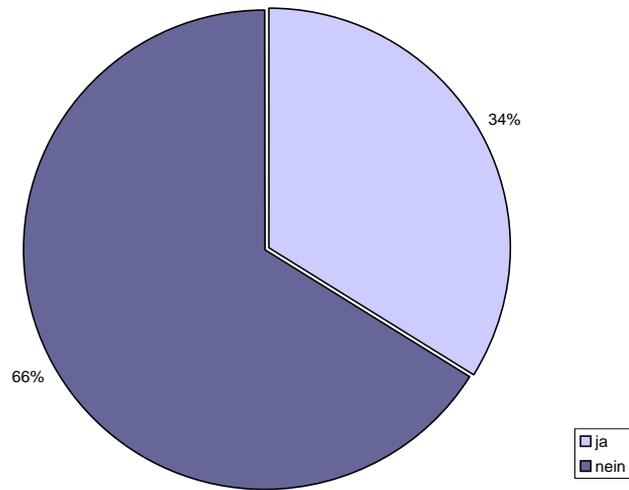


Abbildung 30: Abschließende Entscheidungen der Kommission über das Vorliegen von Behandlungsfehlern in Prozent.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Abschließende Entscheidungen der Kommission über das Vorliegen von Behandlungsfehlern

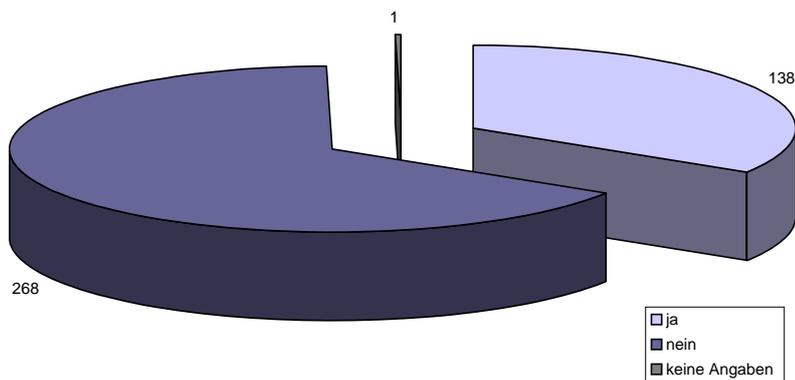


Abbildung 31: Abschließende Entscheidungen der Kommission über das tatsächliche Vorliegen eines Behandlungsfehlers.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

In Abbildung 32 ist dokumentiert, welchem Geschlecht die behandelnde Person oder Personengruppe angehört hat. (Es ist zu differenzieren zwischen dem „tatsächlich“ behandelnden Arzt und dem Arzt, der laut Arztbrief die Verantwortung getragen hat. Vorliegend wurde zum Zwecke der Objektivierung nur das Verhalten der behandelnden Personen berücksichtigt).

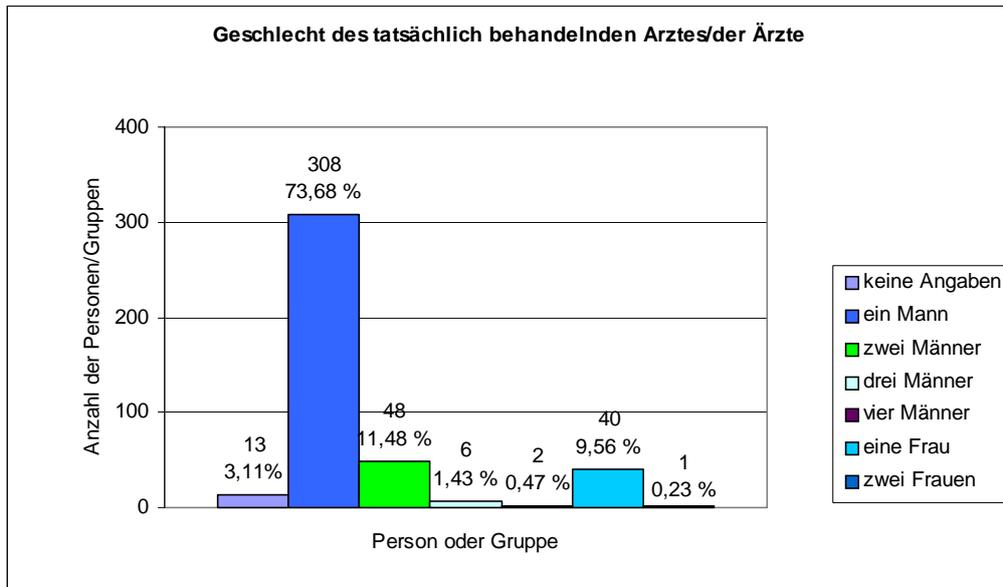


Abbildung 32: Anteil und Anzahl des Geschlechts des den beschwerdeführenden Patienten tatsächlich behandelnden Arzt/Ärzte.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 418, Mehrfachnennungen möglich)

Die Abbildung 33 zeigt, welchen Qualifikationsgruppen die behandelnden Personen angehört haben.

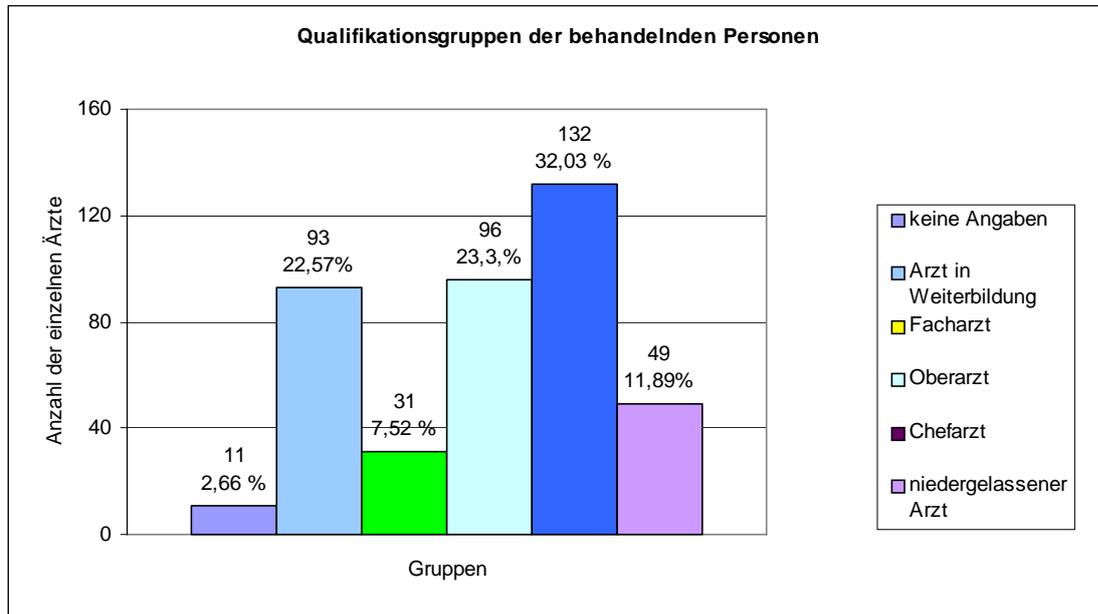


Abbildung 33: Anteil und Anzahl der behandelnden Personen, unterteilt nach ihrer jeweiligen Qualifikation.

(Quelle: untersuchte Akten, n = 412, Mehrfachnennungen möglich)

Die Abbildung 34 zeigt die jeweiligen Tageszeiten, zu denen die Behandlungen jeweils stattgefunden haben.

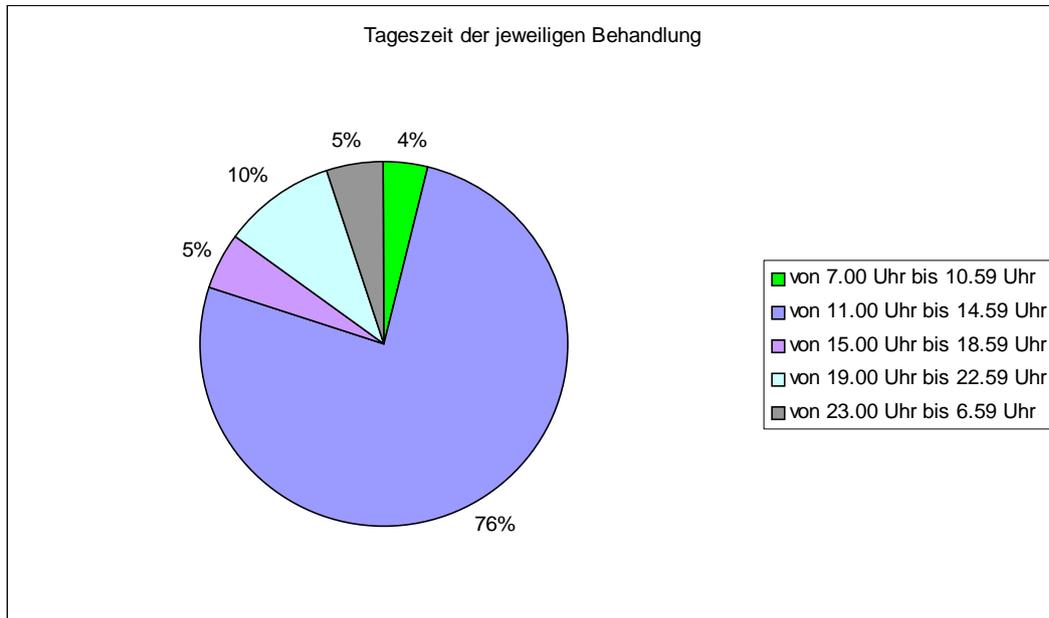


Abbildung 34: Anteil der Tageszeiten, an denen eine Behandlung stattgefunden hat.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Die nachfolgende Abbildung 35 zeigt Krankenhäuser der Regelversorgung, unterteilt nach den Regionen Münsterland, Ruhrgebiet und Ostwestfalen-Lippe, welche von den Patienten für die jeweilige Behandlung aufgesucht wurden.

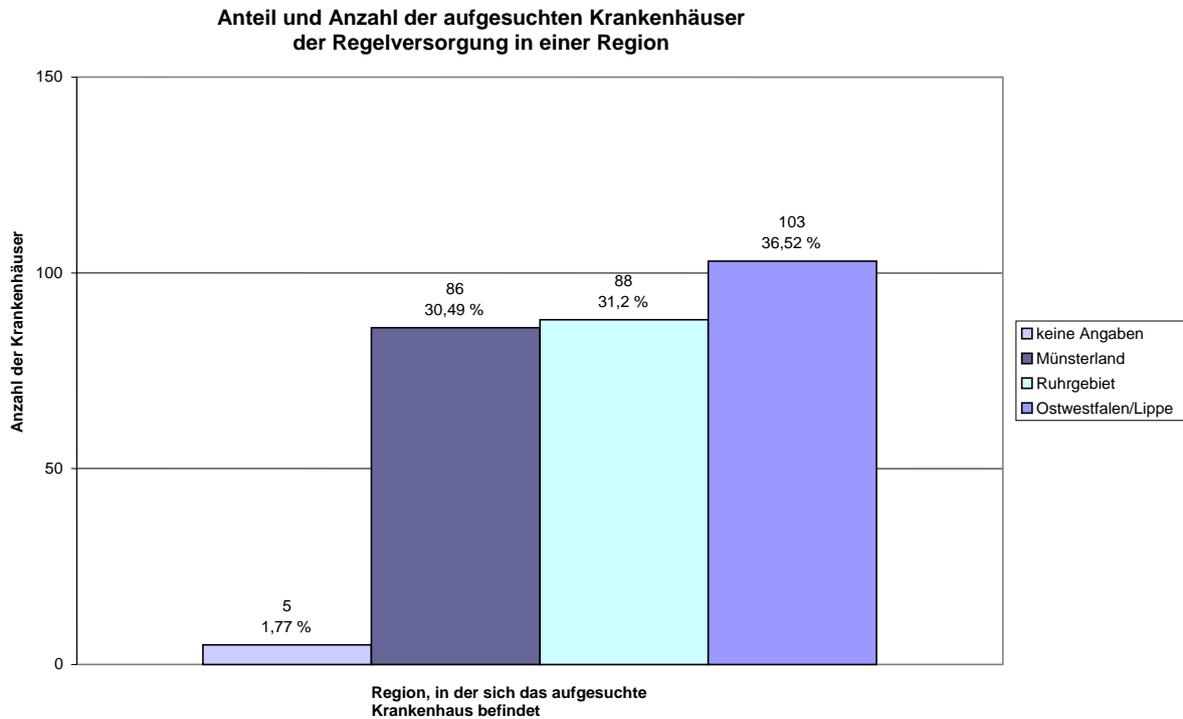


Abbildung 35: Anteil und Anzahl der von den Patienten aufgesuchten Krankenhäuser der Regelversorgung nach Regionen.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 282)

Die folgende Abbildung 36 zeigt die von den Patienten aufgesuchten Krankenhäuser der höheren Versorgung (Maximalversorgung, akademisches Lehrkrankenhaus und Universitätsklinik) in den Regionen Münsterland, Ruhrgebiet und Ostwestfalen-Lippe.

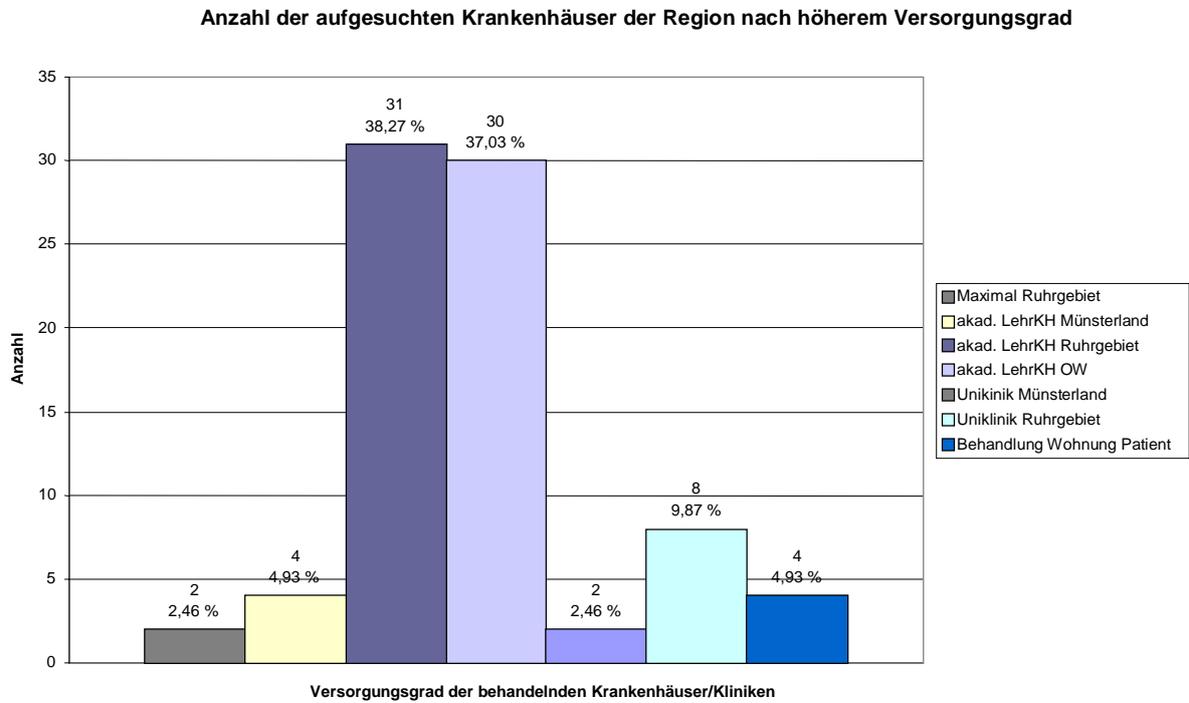


Abbildung 36: Anteil und Anzahl der von den Patienten aufgesuchten Krankenhäuser mit höherem Versorgungsgrad in der jeweiligen Region.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 81)

Die Abbildung 37 zeigt die regionale Verteilung der die jeweiligen beschwerdeführenden Patienten behandelnden niedergelassenen Ärzte.

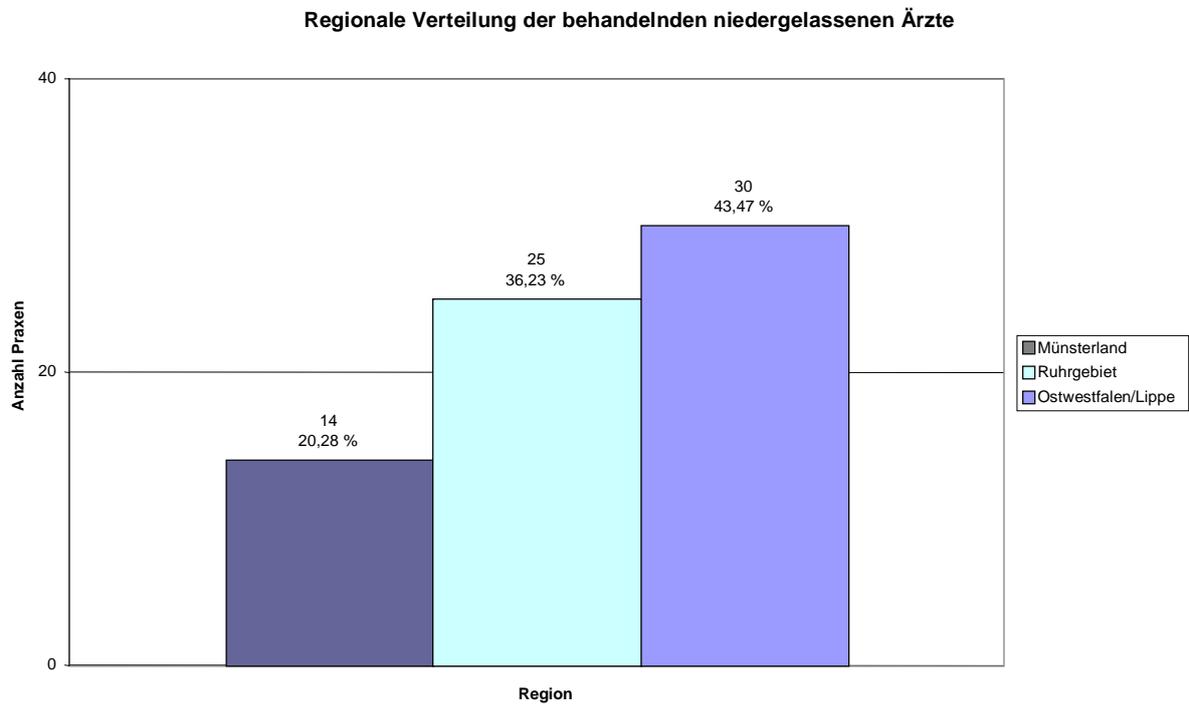


Abbildung 37: Anteil und Anzahl der niedergelassenen Ärzte in den Regionen, die eine vermeintliche Fehlbehandlung am Patienten vorgenommen haben.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 69)

In Abbildung 38 ist dargestellt, welcher Bereich des Körpers angeblich fehlbehandelt wurde.

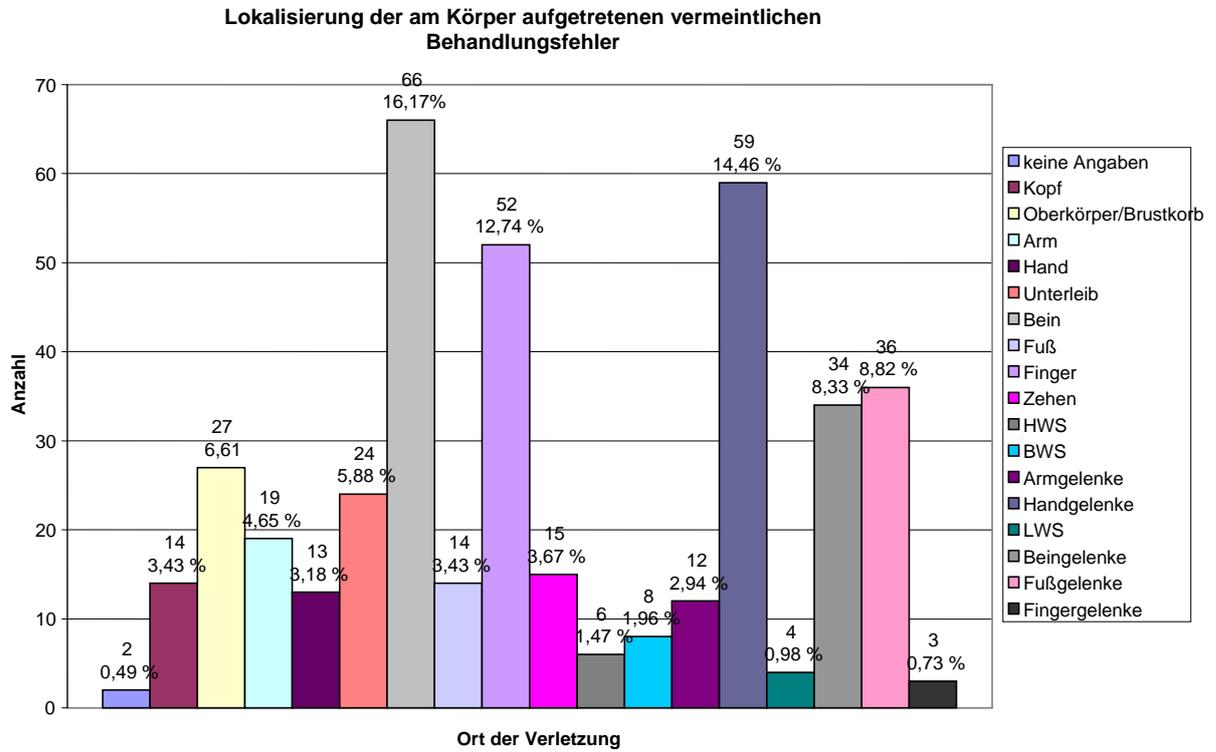


Abbildung 38: Anteil und Anzahl der Lokalisierung des vermeintlichen Behandlungsfehlers am Körper des Patienten.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 408, eine Mehrfachnennung)

Die Abbildung 39 stellt eine Zusammenfassung der vermeintlichen Behandlungsfehler dar.

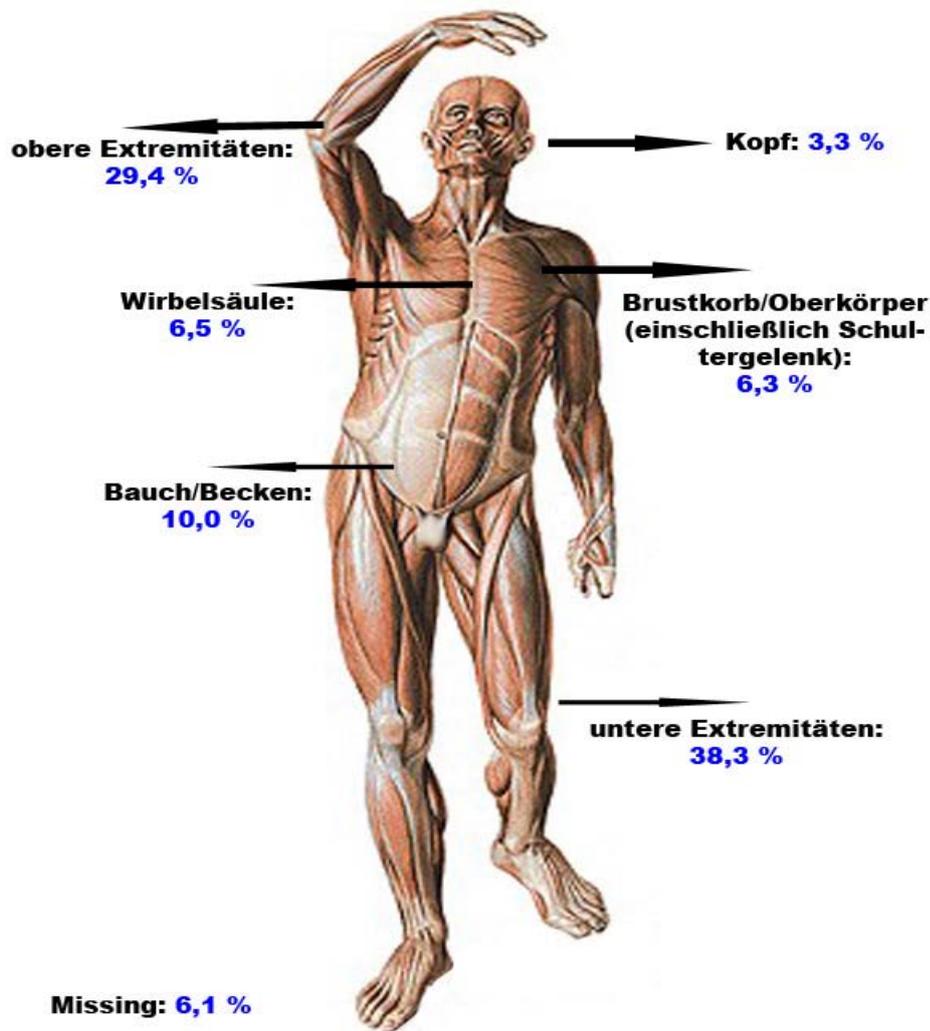


Abbildung 39: Zusammenfassung der vermeintlichen Behandlungsfehler vorwürfe der Patienten, verteilt über den Körper.

(Quelle: untersuchte Akten, n = 407, fehlende Werte („Missing“) aufgrund von Zuordnungsproblemen;

Grafik modifiziert nach dem Skript zur Vorlesung „Funktionelle Anatomie und Physiologie für Studenten der Pharmazie und medizinischen Physik“ der Universität Greifswald im Wintersemester 2006/07)

Die Abbildung 40 stellt dar, warum die Patienten einen Arzt aufgesucht haben.

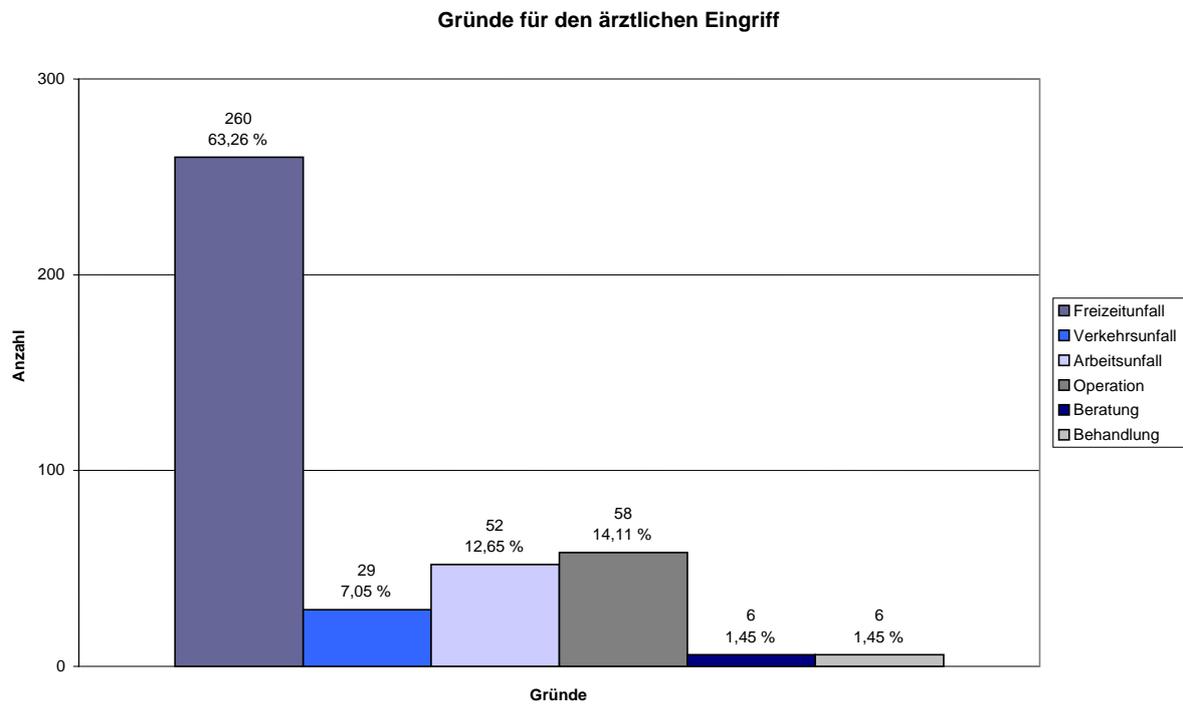


Abbildung 40: Anteil und Anzahl der Gründe für das Aufsuchen von Ärzten/ Gründe für den ärztlichen Eingriff.
(Quelle: untersuchte Akten; n = 411, Mehrfachnennungen möglich.)

Die Abbildung 41 stellt die medizinische Indikationslage als Grund
 medizinischen Handelns
 dar.

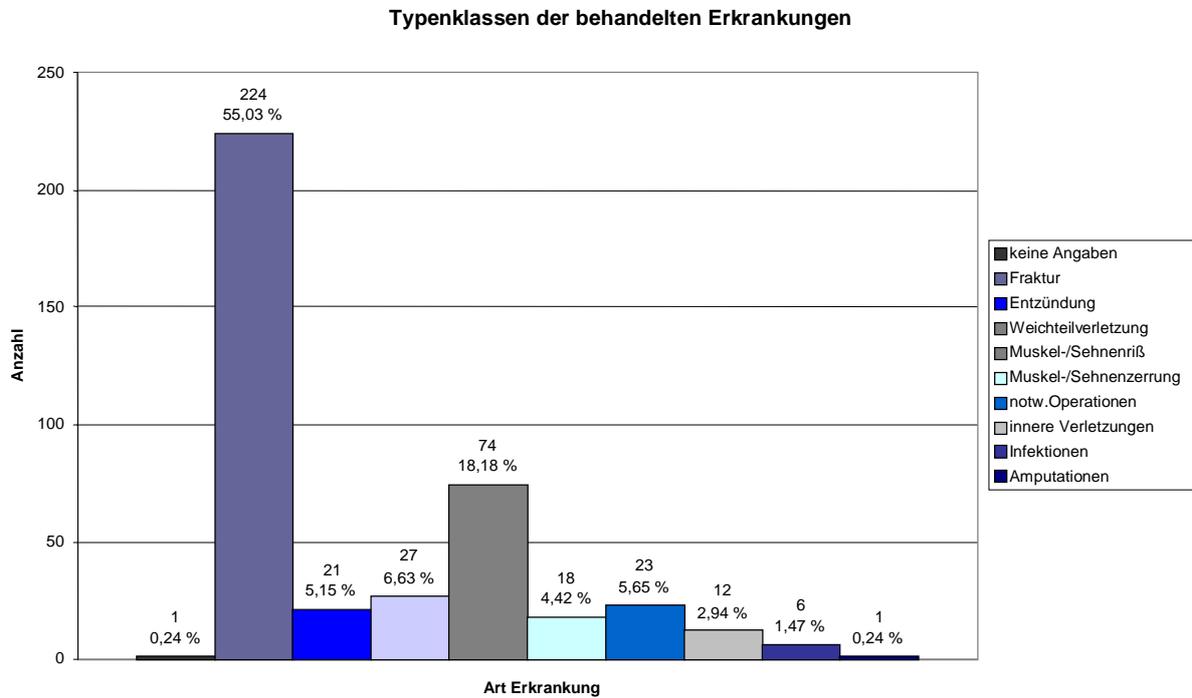


Abbildung 41: Anteil und Anzahl der behandelten Erkrankungen.
 (Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Abbildung 42 zeigt den Anteil der Patienten, die mehr als nur einen weiteren Arzt aufsuchten, um eine zweite Meinung einzuholen.

Anteil der Patienten, die nach dem behandelnden Erstarzt weitere Ärzte aufsuchten

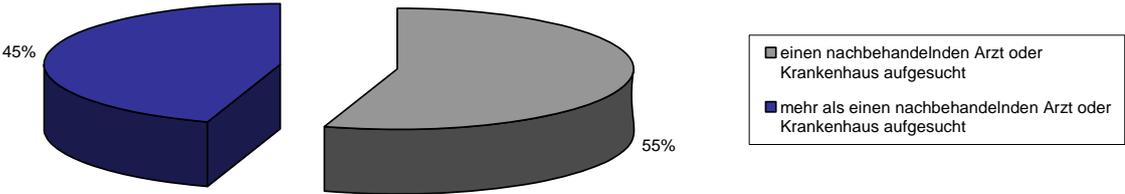


Abbildung 42: Anteil der Patienten, die mehr als nur einen Zweitarzt konsultiert haben.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

Abbildung 43 zeigt die Anzahl und den Anteil der von den Patienten konsultierten Zweitärzte. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die jeweiligen Patienten aufgrund des vermeintlichen Behandlungsfehlers durch den Erstarzt sowohl einen weiteren Arzt, als auch mehrere Ärzte und zusätzlich Krankenhaus, Reha-Klinik oder Universitätsklinik aufgesucht haben.

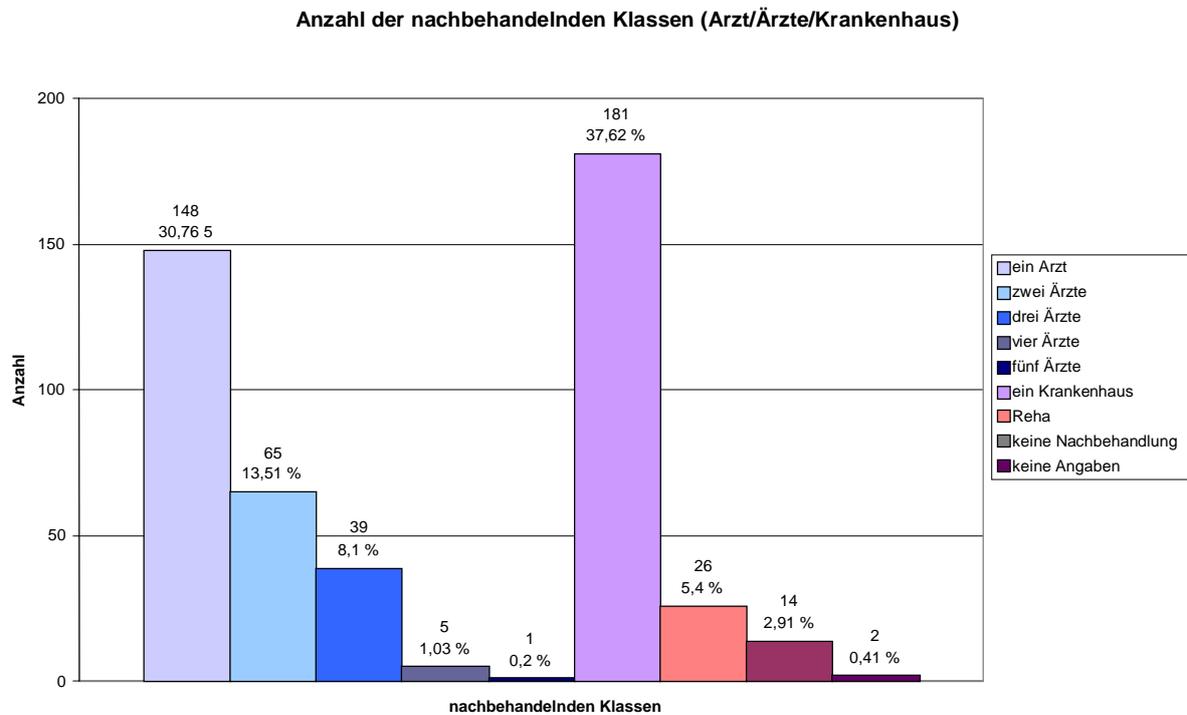


Abbildung 43: Anteil und Anzahl der den beschwerdeführenden Patienten nachbehandelnden Zweitarzt/Krankenhaus, unterteilt in Klassen.

(Quelle: untersuchte Akten, n = 481, Mehrfachnennungen möglich)

Abbildung 44 stellt dar, welche Fachrichtungen durch die Patienten als weitere ärztliche Meinung konsultiert wurden. Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

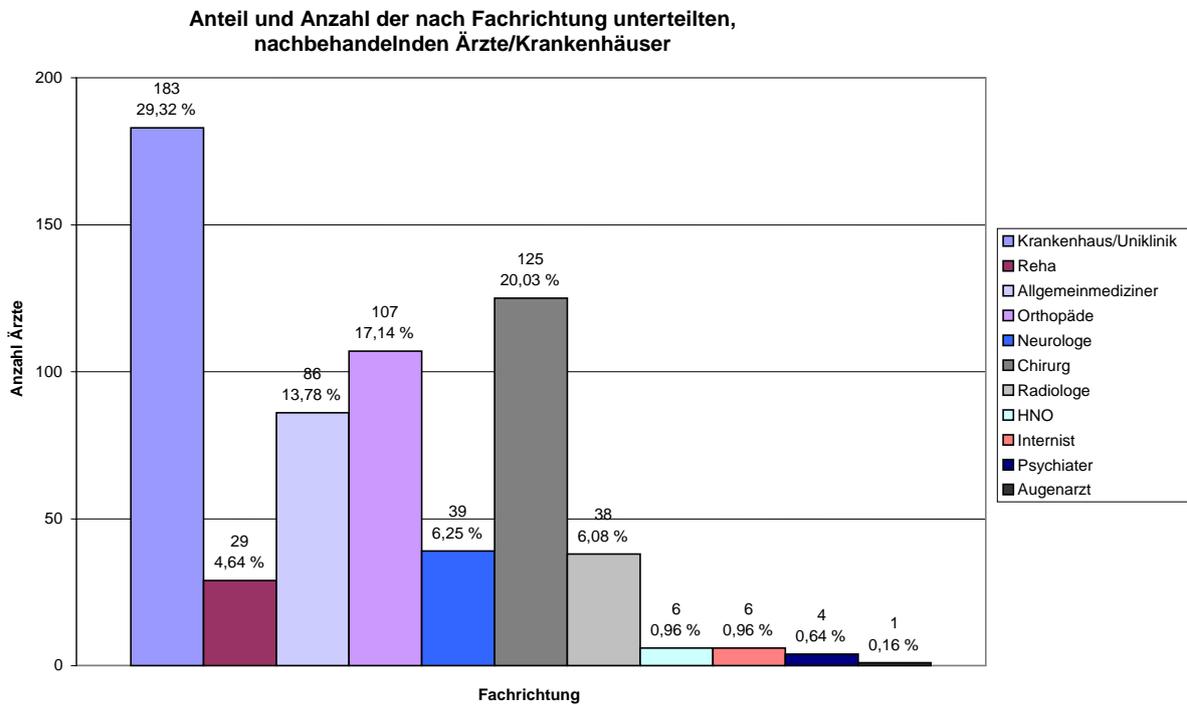


Abbildung 44: Anteil und Anzahl der nach Fachrichtung unterteilten, nachbehandelnden Ärzte/Krankenhäuser.
(Quelle: untersuchte Akten, n = 624, Mehrfachnennungen möglich)

Abbildung 45 stellt den Anteil der tödlich verlaufenen Behandlungen im Berichtszeitraum dar.

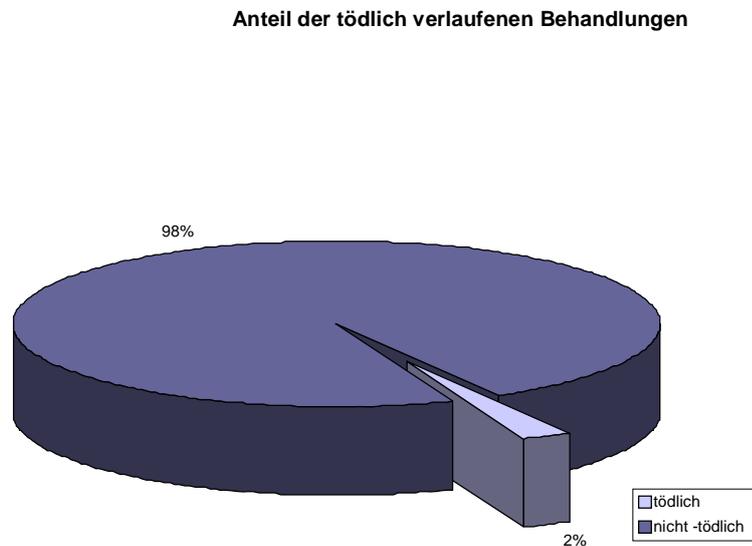


Abbildung 45: Anteil der tödlich verlaufenen Behandlungen, die im untersuchten Zeitraum aktenkundig wurden.

(Quelle: untersuchte Akten, n = 407)

(Die gesamten Ergebnisse der Befragung/Untersuchung sind im Anhang II abgedruckt.)

2.5.2 Der Behandlungsfehler

2.5.2.1 Die historische Entwicklung

In früheren Zeiten sprach man vom ärztlichen Kunstfehler. Der Arzt Rudolf Virchow definierte ihn als „Verstoß gegen die allgemein anerkannten Regeln der Heilkunst infolge eines Mangels an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht“.²⁸

Gerade wegen der strafrechtlichen Relevanz gibt es seit jeher unterschiedliche Meinungen in Rechtsprechung und juristischer Literatur.

²⁸ so zitiert von Jürgens, S. 38; Högermeyer, S: 2; Winter, S. 202.

Etliche Juristen haben sich über dieses Thema promoviert.²⁹

Bedingt dadurch, ist eine abschließende Begriffsfindung nicht möglich. Im Gegenteil, durch die angesprochenen Meinungsunterschiede sind neue Begrifflichkeiten gebildet worden, die letztendlich das Gleiche meinen.

Heute ist bei dem Begriff „Behandlungsfehler“ zwischen dem „Aufklärungsfehler“, dem „Organisationsfehler“ und dem „eigentlichen Behandlungsfehler“ zu unterscheiden. Eine weitere Unterteilung zwischen „(leicht) fahrlässigem“ und „grob fahrlässigem Behandlungsfehler“ ist zwar möglich, aber nur bezüglich der Beweisfragen im Zivil- und/ oder Strafprozess von Bedeutung.³⁰

2.5.2.2 Die verschiedenen Begrifflichkeiten

2.5.2.2.1 Der Aufklärungsfehler

Wie der Name andeutet, wird bei einem Aufklärungsfehler dem Arzt vorgeworfen, gewisse, erforderliche Hinweise an den Patienten unterlassen zu haben. In der Regel geht es um die so genannte „ärztliche Risiko- oder Selbstbestimmungsaufklärung“.

Sie liegt dann vor, wenn der Arzt dem Patienten Art, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs jedenfalls in seinen Grundzügen erkennbar macht, um ihm eine Abschätzung von Für und Wider des Eingriffs zu ermöglichen.³¹ Dem Patienten als medizinischem Laien müssen dabei nicht alle denkbaren Risiken des Eingriffs medizinisch exakt beschrieben werden, aber es ist notwendig, vor Behandlungsbeginn über die schwerst möglichen Risiken aufzuklären.³² Eine allgemeine Festlegung der Aufklärung

²⁹ siehe Jürgens, Graf, Riedelmeier oder die Anmerkungen in Schönke /Schröder-Eser, § 223 StGB, Rdnr. 28 mwN.

³⁰ Laufs/Uhlenbruck-Laufs, §110, Rdnr. 1ff.; zum Strafrecht und der aktuellen Diskussion siehe: Jürgens, 38 ff.

³¹ Schönke/Schröder-Eser, §223 StGB, Rdnr. 40b; BVerfG NJW 1979, S. 1929 ff.; Heim-Hess, S. 53.

³² BGH VersR 1996, S.195; Neu/Petersen/Schellmann, S. 459.Schönke/Schröder-Eser, § 223 StGB, Rdnr. 40d f..

bezüglich Umfang und Intensität ist nicht möglich, sondern richtet sich stets nach der konkreten Sachlage.³³

Erfüllt der Arzt diese Anforderungen nicht, begeht er einen Aufklärungsfehler.

In der Praxis ist ein derartiger Aufklärungsfehler dem Arzt schwer nachzuweisen. Dies hat einfache Gründe. Der Kommission ist es so gut wie nicht möglich, Sachaufklärung zu betreiben, denn es fehlt das notwendige Mittel der Partei- oder Zeugenvernehmung. Diese unabdingbare Voraussetzung zur Klärung eines Sachverhalts sieht das Statut der Kommission nicht vor.³⁴

Somit werden Anträge seitens der Patienten, die Aufklärungsfehler von Ärzten zum Gegenstand haben, von der Gutachterkommission nicht verfolgt.

2.5.2.2.2 Der Organisationsfehler

Eine fehlerfreie Organisation des Behandlungsablaufes ist zwingend erforderlich, um eine reibungslose Behandlung des Patienten gewährleisten zu können. Deswegen trifft den Arzt bzw. das Krankenhaus und deren Träger die so genannte Organisationspflicht.

Unterschieden werden kann zwischen primären, sekundären, abstrakten und konkreten Organisationspflichten.³⁵

Inhalt der primären Organisationspflicht ist, dass der Träger eines Krankenhauses oder einer anderen ärztlichen Einrichtung kraft seiner Planungskompetenz und seiner Weisungsbefugnis sicherstellt, dass fachlich einwandfrei arbeitende Ärzte und ärztliches Hilfspersonal tätig werden, niemand überlastet wird und durch die Einteilung der Dienste eine Beeinträchtigung der ärztlichen Tätigkeit nicht erfolgt.³⁶

Inhalt der sekundären Organisationspflicht ist, dass die Organisationsstruktur und die einzelnen Organisationsformen in ihrem

³³ BGHZ 29, S. 53; BGH NStZ 1996, S. 34; Palandt-Wagner § 823 BGB, Rdnr. 700.

³⁴ so bereits Deutsch/Matthies, S. 112; Bergmann, S. 161.

³⁵ Deutsch, NJW 2000, S. 1745; Neu/Petersen/Schellmann, S. 437 f.

³⁶ BGH NJW 1985, S. 2189; BGH NJW 1986, 2736; zur Trägereigenschaft: MüKo-Reuter § 31 BGB, Rdnr. 7 ff..

Ablauf wirksam sind und ihre Aufgaben erfüllen. Sollte dies nicht vorliegen, so ist eine Korrektur der Abläufe erforderlich.³⁷

Inhalt der abstrakten Organisationspflicht ist z.B. das Erstellen von Benutzungsvorschriften für gemeinsam von unterschiedlichen Stationen in einem Krankenhaus betriebener Geräte oder das Verhältnis bestimmter Fachbereiche zueinander.

Der Inhalt der konkreten Organisationspflicht ergibt sich jeweils aus dem zu dokumentierenden, konkreten Einzelfall, wobei diese Pflicht von einer lückenlosen Übergabe des Patienten zwischen Anästhesie und Operateur³⁸ über die Erstellung eines möglichen Allergieplans bis hin zur Abklärung von Lebensmittelunverträglichkeiten reichen kann.³⁹

Die Aufstellung und Einhaltung dieser Pflichten sind zu dokumentieren.⁴⁰ In der Praxis gibt es hinlänglich schriftliche Dokumentationen, so dass die Kommission sie einsehen und etwaige Fehler überprüfen kann. Eine Feststellung über das Vorliegen eines Organisationsfehlers ist seitens der Kommission daher möglich.

2.5.2.2.3 Der eigentliche Behandlungsfehler

Die Behandlung eines Patienten kann in eine Vorsorgebehandlung, eine Therapie, einen körperlichen Eingriff und eine Nachsorge nebst Aufklärung des Patienten für den weiteren Genesungsverlauf eingeteilt werden.⁴¹

Der eigentliche Behandlungsfehler wird aus Sicht der Mediziner wie folgt definiert: Wenn der Arzt bei der Diagnose, Therapie oder einer sonstigen medizinischen Maßnahme die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft unter den jeweiligen Umständen objektive Sorgfalt außer acht lässt, d.h. diejenige Sorgfalt, die der Verkehr von einem ordentlichen und pflichtgetreuen Durchschnittsarzt des Faches in der konkreten Situation erwartet, liegt ein Behandlungsfehler vor.⁴²

³⁷ Deutsch, NJW 2000, S. 1745; Laufs/Uhlenbruck-Laufs, § 102, Rdnr. 1 ff..

³⁸ so Urteil des BGH zur horizontalen Arbeitsteilung vom 26.01.1999 mit Anmerkungen von Rieger, DMW 1999, S. 573, 574.

³⁹ Deutsch, NJW 2000, S. 1745, 1746; Hansis, S. 20 f.; Hamann/Fenger, S. 113.

⁴⁰ Heim-Deutsch, S. 40;

⁴¹ Laufs/Uhlenbruck-Laufs, § 100, Rdnr. 6 ff.; Palandt-Sprau, § 823 BGB Rdnr. 135 f..

⁴² Psyhyrembel, S. 181; Medizin-Lexikon, S. 138 f..

Aus juristischer Sicht wird differenziert zwischen zivilrechtlichem und strafrechtlichem Behandlungsfehler.

2.5.2.2.3.1 Zivilrecht

Der Arzt schließt mit dem Patienten regelmäßig einen Dienstvertrag gem. § 611 I BGB ab, wonach die Erbringung von Diensten, hier die Heilbehandlung, nicht aber der Behandlungserfolg, die Heilung selber, geschuldet wird.⁴³ Erfüllt er diesen Vertrag nicht oder schlecht, so stehen dem Vertragspartner des Arztes, dem Patienten, Schadensersatzansprüche zu.

Weiter können sich aus den §§ 280 ff. BGB nebenvertragliche Ansprüche ergeben. So ist der Arzt z.B. daran gehalten, die Vermögensinteressen des Patienten zu wahren. Dies beinhaltet beispielsweise, dass der Arzt dem Patienten nur zu einer Therapie raten darf, von der der Arzt weiß, dass sie die finanziellen Möglichkeiten des Patienten nicht übersteigen wird.⁴⁴ Auch eine solche Nicht- oder Schlechterfüllung einer nebenvertraglichen Pflicht kann eine Schadensersatzpflicht nach sich ziehen.

Weiterhin sind deliktsrechtliche Ansprüche gemäß der §§ 823, 831 ff. BGB möglich.⁴⁵ So kann das Verabreichen eines falschen Narkosemittels bei intraarterieller Narkose oder die bei Intubationsnarkose fehlende Überwachung durch einen Facharzt einen solchen deliktsrechtlichen Anspruch gegen den Behandelnden begründen.⁴⁶

Allen Fällen ist gemeinsam, dass ein so genanntes Verschulden des Arztes Voraussetzung für eine deliktische oder vertragliche Haftung ist (bei Schönheitsoperationen gibt es gewisse, hier nicht näher darzulegende Ausnahmen).

Dies gilt ebenso für die fahrlässige Nichtleistung (z.B. unterlassene Hilfeleistung im Sinne des § 323 c StGB).

⁴³ BGH NJW 1975, S. 305,306; BGH NJW 1991, S. 1540, 1541; Deutsch/Spickhoff Rdnr. 85 ff.; bezüglich der Art des zwischen Arzt/Krankenhaus und Patient/Krankenkasse geschlossenen Vertrages sei aufgrund der großen Anzahl an Namen/Möglichkeiten sei verwiesen auf: Sozialrecht, S. 297,303f.; Laufs/Uhlenbruck-Laufs, § 103.

⁴⁴ OLG Köln, NJW 1987, S. 2304; OLG Hamm, NJW-RR 1991, S. 1141.

⁴⁵ Neu/Petersen/Schellmann, S. 420 f.; Kom-Nordrhein, § 2 S. 37; Matthies, S.15 ff.

⁴⁶ BGH VersR 1965, S. 267,280; BGH NJW 1974, S.1424.

2.5.2.2.3.2. Strafrecht

Im Strafrecht gibt es Überlegungen, nach denen jeder medizinische Eingriff als tatbestandliche Körperverletzung im Sinne des § 223 I StGB qualifiziert werden kann, unabhängig von der Frage, ob die erforderliche Sorgfalt angewendet worden ist.⁴⁷ Demnach wäre jedes ärztliche Handeln nicht nur fahrlässig sorgfaltswidrig, sondern auch eine vorsätzliche Straftat, die einer besonderen Rechtfertigung bedürfte. Andernfalls wären die Voraussetzungen des § 223 I StGB erfüllt.

Dagegen wird angeführt, dass ein ärztlicher Heileingriff per se schon tatbestandlich keine Körperverletzung im Sinne des § 223 I StGB darstellen kann, da die Behandlung des kranken Patienten der Wiederherstellung seiner Gesundheit diene und somit keine Körperverletzung im Sinne des § 223 I StGB ist.⁴⁸ Vielmehr komme es darauf an, den Gesundheitszustand des Patienten vor und nach dem Eingriff des Arztes zu vergleichen, um feststellen zu können, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und ob dieser aufgrund fehlender Sorgfalt aufgetreten ist oder als unabwendbarer Verlauf der Krankheit des Patienten anzusehen ist.⁴⁹

In § 4 II b des Statuts der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen ist festgelegt, dass die Kommission dann nicht den an sie angetragenen Fall entscheidet, wenn bei diesem ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist.

2.5.2.3 Prüfungsschema der Kommission

Im Zivilrecht richtet sich die Sorgfaltspflicht des Arztes im Sinne der §§ 280, 281 ff BGB nach den medizinischen Standards seines Fachgebietes. Der Arzt muss daher im Zeitpunkt der Behandlung die Maßnahmen ergreifen, die von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht vorausgesetzt und erwartet werden.⁵⁰

⁴⁷ mit weiteren Nachweisen für das Strafrecht: Schönke/Schröder-Eser § 223 StGB, Rdnr. 28 ff; zu den strafprozessualen Folgen dieser angeführten Theorien wird verwiesen auf: Graf, S.90, 117 ff.;

⁴⁸ Schönke/Schröder-Eser § 223 StGB, Rdnr. 30; MüKo-Wagner, § 223 StGB Rdnr. 662.

⁴⁹ Schönke/Schröder-Eser § 223 StGB, Rdnr. 30; Jürgens, S. 42 ff.

⁵⁰ BGH NJW 1999, S. 1778; BGH NJW 1994, S. 1596,1597; Buchborn MedR 1993, S. 328; Laufs, Rdnr. 470.

Nach der Legaldefinition des § 276 II 1 BGB handelt fahrlässig, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht lässt, d.h. wer das nicht tut, was er normalerweise machen müsste, wer die Standards verlässt.

Dabei können die besonderen Umstände des Einzelfalles ein Abweichen vom Standard erlauben, wenn nicht sogar gebieten, d.h. im Sinne der Therapiefreiheit können auch „Außenseitermethoden“ und die Anwendung neuer Behandlungsmethoden der erforderlichen Sorgfalt genügen.⁵¹

Die Kommission hat zu prüfen, ob die Sorgfaltspflichtverletzung für den eingetretenen Schaden am Patienten kausal ist, d.h. die Behandlung des Arztes darf nicht hinweggedacht werden, ohne dass die Schädigung des Patienten ausbliebe.⁵² Somit ergibt sich eine Ersatzverpflichtung des Schädigers, wenn der Schaden nach seiner Art und Entstehungsweise aus dem Bereich der Gefahren stammt, deren Abwendung die verletzte Norm oder die übernommene Vertragspflicht dient.⁵³

⁵¹ Winter, S. 213; BGH NJW 1992, S. 754; Laufs/Uhlenbruck-Laufs, §99 Rdnr. 19 ff; Jürgens, S. 44.

⁵² BGH NJW 1990, S. 2883; Köbler, S. 262; Neu/Petersen/Schellmann, S. 480,481.

Die nachfolgende Abbildung 46 stellt die seitens der Patienten erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe gegen die Ärzte dar.

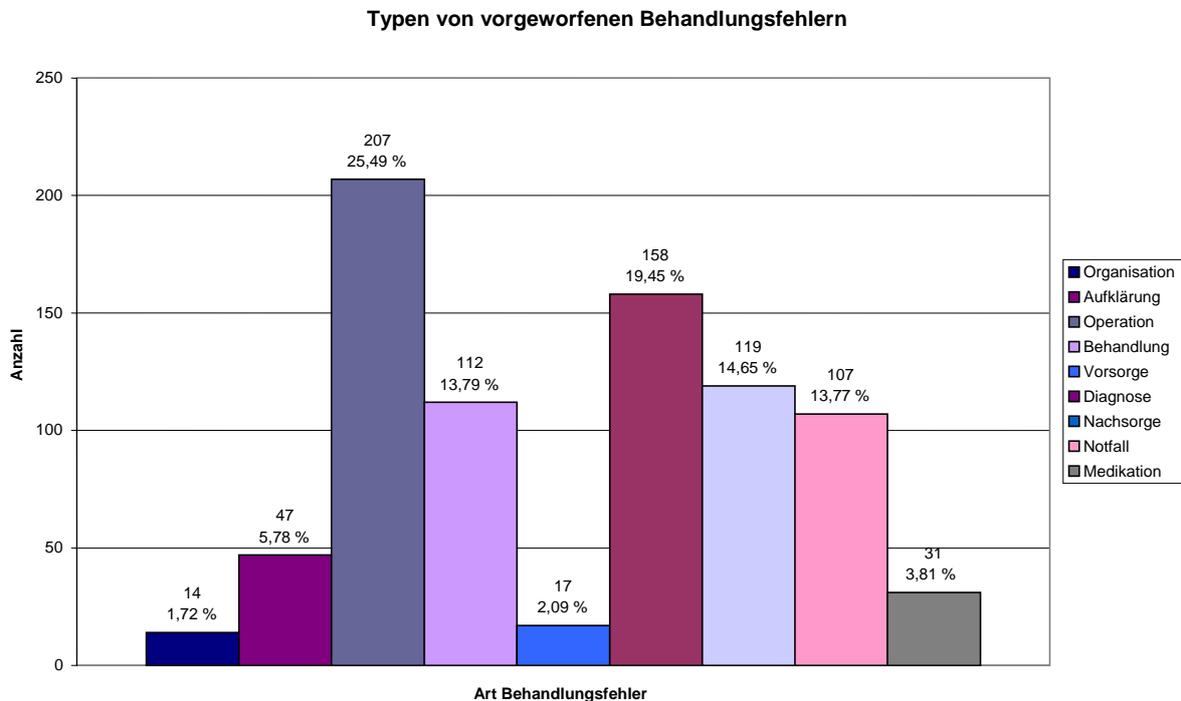


Abbildung 46: Anteil und Anzahl der seitens der Patienten gegenüber den Ärzten erhobenen Behandlungsfehlervorwürfen.

(Quelle: untersuchte Akten, n = 812, Mehrfachnennungen möglich)

2.5.3 Folgen für die Arbeit

Somit ist im Rahmen dieser Arbeit und der Untersuchung davon auszugehen, dass unter dem Begriff „Behandlungsfehler“ die Begriffe „Organisationsfehler“ und „eigentlicher Behandlungsfehler“ im medizinischen und im zivilrechtlichen Sinne zu verstehen sind.

In den aufgeführten Abbildungen wird nur der Begriff „Behandlungsfehler“ für diese Gruppe der Fehler verwendet.

Die Konsequenzen dieser Typologie sind in der Praxis daran zu erkennen, dass die Kommission und die jeweiligen Gutachter nicht immer das Vorliegen eines Behandlungsfehlers eindeutig bejahen. Zwar ist in § 7 III des Statuts festgelegt, dass die Kommission mit Stimmenmehrheit beschließt. Möglich ist aber, dass der Vorsitzende als Jurist den Sachverhalt aufgrund der Darstellung der beiden Gutachter anders, und somit als

⁵³ OLG Düsseldorf VersR. 1996, S. 711; Köbler, S. 262.

Behandlungsfehler, einstuft, als die Gutachter. Eine neue Mehrheitsentscheidung ist dann erforderlich.

In der nachfolgenden Abbildung ist die Entscheidung der Kommission über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, in der nachfolgenden Tabelle die Differenzen in den Entscheidungen von Erst- und Zweitgutachter sowie Kommission dargelegt.

2.5.4 Abschluss des Verfahrens

Zum Abschluss des Verfahrens versendet die Kommission ihre begründeten Bescheide. Diese geben detailliert Aufschluss darüber, ob ein Behandlungsfehler vorliegt.

Die Kommission kann - muss aber nicht - näher darlegen, ob ein Organisationsfehler, ein Nachsorgefehler oder ähnliches gegeben ist.

Möglich ist auch, einen Behandlungsfehler zu bejahen ohne einen Schaden seitens des Patienten festgestellt zu haben (diese Situation ist lediglich in zwei Fällen aufgetreten).

Die Kommission stellt die Höhe des Schadens nicht fest, kann aber in geeigneten Fällen eine Schlichtung gem. § 8 II des Statuts versuchen (dies ist nicht vorgekommen).

Im Anhang findet sich eine Ergebnisliste der Gutachterkommission, in der die Behandlungsfehler differenziert nach den oben aufgeführten Kriterien dargelegt wurden.⁵⁴

(Anzumerken ist, dass bis 1998 die Gutachterkommission in ihren Bescheiden den Patienten die Namen der Gutachter nicht mitteilte, dies aber nach einem Gerichtsurteil des OVG NW seit 1999 macht.⁵⁵)

⁵⁴ siehe Anhang II, „Ergebnisse der Gutachterkommission“.

⁵⁵ OVG NW MedR 1998, S. 575; siehe auch Vorstandsbericht der ÄKWL-Gutachterkommission von 1998, S. 50, (einsehbar über die Pressestelle der ÄKWL).

2.6 Kosten

Die Gebühren des Verfahrens entfallen gem. § 9 II des Statuts für den Patienten. Zwar müssen Ärzte ebenfalls keine Gebühren bezahlen, tragen über ihre Kammerbeiträge aber indirekt die Bereitstellung und Arbeit der Kommission finanziell mit.

Anderweitige Kosten müssen die Beteiligten selber tragen. Die Gutachter erhalten eine Entschädigung, die mit circa 280 € deutlich geringer ist, als die Entschädigung eines vom Zivilgericht bestellten Gutachters. (So sind ärztliche Sachverständige gem. der §§ 3, 5 II des „Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen, ZuSEG“ mit dem 1,1 fachen Gebührensatz des Stundenlohnes zwischen 25 und 52 € für ihre Tätigkeit vor Gericht zu entschädigen.)

3 Darstellung des angewandten Erhebungsverfahrens

3.1 Aktenlage

Die Kommission wird dann tätig, wenn ein Beteiligter im Sinne des § 3 II des Statuts einen schriftlichen Antrag an sie richtet, in einem bestimmten Sachverhalt die Frage der medizinischen Haftung zu klären. Aufgrund dieses Antrages wird eine Akte angelegt, in der alle relevanten Informationen des Falles, von den Schriftsätzen des Beschwerdeführers über die Fragebögen der Gutachterkommission, die Angaben der Krankenversicherung bis hin zu den Stellungnahmen der betroffenen Ärzte und Gutachter sowie die Entscheidung der Kommission gesammelt werden. Diese Akten werden nach ihrem zeitlichen Eingang bei der Gutachterkommission bearbeitet und nach Abschluss des Verfahrens archiviert.

Die der Untersuchung zugrunde liegenden 407 Akten wurden mit Hilfe der EDV zufällig und gleichmäßig über einen Zeitraum von zehn Jahren ausgewählt und zur Bearbeitung zur Verfügung gestellt. Pro Jahr wurden so ungefähr 40 Akten untersucht. Diese 40 Akten waren wiederum

gleichmäßig über das jeweilige Jahr verteilt, so dass jeweils ungefähr drei Akten für einen Monat ausgewertet werden konnten.

3.2 Fragebogen

Als Instrument der Datenerhebung diente ein Fragebogen. Zur Untersuchung der 407 Akten für die Jahre 1994 bis 2004 wurde dieser eigenhändig konstruiert.

Dieser Fragebogen wurde wie folgt strukturiert:

Zuerst wurde das Geschlecht des Patienten, mit den Ausprägungen

- männlich
- weiblich,

erhoben.

Daran schloss sich das Alter des Patienten, klassiert in folgende Altersgruppen:

- 0- 9 Jahre
- 10-19 Jahre
- 20-29 Jahre
- 30-39 Jahre
- 40-49 Jahre
- 50-59 Jahre
- 60-69 Jahre
- 70-79 Jahre
- 80-89 Jahre
- 90-99 Jahre

an.

Weiter wurde der Beruf / die berufliche Situation des Patienten untersucht.

Eine Einteilung erfolgte über die Begriffe:

- arbeitslos
- mit der Führung des Haushaltes betraut
- angestellt

- beamtet
- selbstständig
- in Ausbildung
- verrentet
- pensioniert.

Die Bildung bzw. die berufliche Qualifikation der Patienten wurde mittels der Gruppen

- geringe berufliche Qualifikation
- mittlere berufliche Qualifikation
- hohe berufliche Qualifikation

erfasst.

Dabei ist eine geringe berufliche Qualifikation dann gegeben, wenn der Patient keinen Schulabschluss oder keine berufliche Ausbildung hat.

Eine mittlere berufliche Qualifikation liegt vor, wenn der Patient die mittlere Reife und/oder eine Berufsausbildung hat und eine hohe berufliche Qualifikation ist gegeben, wenn der Patient über eine Hochschulreife/ein abgeschlossenes Studium oder eine vergleichbare berufliche Qualifikation wie einen Meistertitel verfügt.

Die Nationalität des Patienten wurde eingeteilt in

- deutsch
- EU-Bürger
- Aussiedler
- Ausländer.

Die Gruppe der tatsächlich behandelnden Ärzte wurde erfasst anhand ihres Geschlechts und ihrer Qualifikation. Anzumerken ist, dass aufgrund der Haftungssituation immer der Chefarzt bzw. der leitende Arzt im Krankenhaus als Verfahrensbeteiligter im Sinne des § 3 II des Statuts gilt.⁵⁶ Aufgrund der Aktenlage konnte allerdings erkannt werden, wer der tatsächlich behandelnde Arzt war.

⁵⁶ Kom-Nordrhein, § 2 II 1; Laufs/Uhlenbruck-Laufs, § 102, Rdnr. 4f.

Dies konnten auch mehrere Ärzte gleichzeitig und / oder hintereinander sein.

Somit konnte das Geschlecht der Ärzte unterteilt werden in:

- ein Mann
- eine Frau
- Gruppe von Männern
- Gruppe von Frauen
- gemischte Gruppe.

Die Qualifikation der Ärzte wurde eingeteilt in:

- Arzt in Weiterbildung
- Facharzt
- Oberarzt
- Chefarzt
- niedergelassener Arzt mit Facharzttrichtung.

Die Behandlungsorte der niedergelassenen Ärzte wurden gegliedert durch die Regionen

- Münsterland
- Ruhrgebiet
- Ostwestfalen-Lippe.

Weiter wurden die Krankenhäuser, in denen die jeweiligen aktenkundigen Untersuchungen stattfanden, unterteilt in ihren Versorgungsgrad und ihren Standort in der jeweiligen Region.

Der Versorgungsgrad wurde unterteilt in

- Regelversorgung
- Maximalversorgung
- akademisches Lehrkrankenhaus
- Universitätsklinik.

Die Einteilung der Krankenhäuser in die jeweiligen Gruppen erfolgte anhand der Anzahl der Betten und über die erbrachten Leistungen wie z.B.

Lehrbetrieb. (Näheres ist im Anhang I beim Abdruck des Fragebogens zu finden.)

Die Arten der seitens der Patienten erhobenen Vorwürfe wurden zusammengefasst in

- Organisationsverschulden
- Aufklärungsmängel
- Mängel während der Operation
- Behandlungsfehler(d.h. die Behandlung, die nicht eine Operation ist)
- Fehler bei der Vorsorge
- Fehler bei der Stellung der Krankheitsdiagnose
- Fehler bei der Nachsorge
- Fehler während der notfallmäßigen Versorgung
- Fehler während der medikamentösen Behandlung
- sowie ihre Kombinationsmöglichkeiten.

Die Uhrzeit der Behandlung wurde klassiert in die Zeiträume von

- 7.00 Uhr bis 10.59 Uhr
- 11.00 Uhr bis 14.59 Uhr
- 15.00 Uhr bis 18.59 Uhr
- 19.00 Uhr bis 22.59 Uhr
- 23.00 Uhr bis 6.59 Uhr.

Die Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs wurde unterteilt in

- privater Unfall
- Verkehrsunfall
- Arbeitsunfall
- geplante Operation
- Beratung
- Behandlung.

Der Körper des betroffenen Patienten, an dem sich die möglicherweise fehlerhafte Behandlung niederschlägt, wurde aufgeteilt in folgende Körperregionen:

- Kopf
- Brustkorb/Oberkörper
- Arm
- Hand
- Unterleib/Becken
- Bein
- Fuß
- Wirbelsäule
- Finger
- Zehen
- Gelenke.

Die Art der Erkrankung wurde unterteilt in

- Fraktur
- Entzündung
- Weichteilverletzung
- Risse
- Zerrungen/Überdehnungen
- Wahleingriff
- innere Verletzungen
- Infektionen
- Amputationen.

Die Urteile des Erst- und Zweitgutachter sowie der Kommission über das

Vorliegen eines Behandlungsfehlers wurden eingeteilt in

- Nein, Behandlungsfehler liegt nicht vor
- Ja, Behandlungsfehler liegt vor
- Ja, Organisationsfehler
- Ja, Diagnosefehler
- Ja, Vorsorgefehler
- Ja, Nachsorgefehler
- Ja, Fehler während der notfallmäßigen Versorgung
- Ja, Aufklärungsfehler
- Ja, Operationsfehler

- Ja, Behandlungsfehler
- Ja, Fehler während der Medikation
- Ja, aber kein Schaden feststellbar
- Ja, aber keine Kausalität Handeln Arzt-Schaden Patient
- und ihre daraus resultierenden Kombinationsmöglichkeiten.

Ob ein Anwalt mit der Interessenvertretung des möglicherweise geschädigten Patienten beauftragt wurde, wurde aufgeführt mit

- Ja, Anwalt mit der Interessenvertretung beauftragt
- Nein, kein Anwalt mit der Interessenvertretung beauftragt.

Die im jeweiligen Behandlungsfall durch den Patienten konsultierten Zweitärzte wurden in folgende Gruppen nach ihrer Qualifikation eingeteilt

- Nein, kein Zweitarzt hinzugezogen
- Ja, Krankenhaus/Uniklinik
- Ja, Reha- Klinik
- Ja, Allgemeinmediziner
- Ja, Orthopäde
- Ja, Neurologe
- Ja, Chirurg
- Ja, HNO-Arzt
- Ja, Augenarzt
- Ja, Radiologe
- Ja, Psychiater
- Ja, Internist
- Ja, mehrere Zweitärzte unterschiedlicher Fachrichtung wurden durch den Patienten hinzugezogen (Anzahl und Fachrichtung durch Kombination der o.a. Daten möglich).

Der Patient verstarb während der Behandlung:

- Ja
- Nein.

3.3 Methode

Vor Beginn der Untersuchung wurde vom Verfasser eine Schweigepflichtentbindungserklärung gegenüber der Kommission sowie vor der Ärztekammer Westfalen-Lippe abgegeben. Nach Erteilung des Rechts auf Akteneinsicht wurden innerhalb von neun Monaten die Akten der Kommission in deren Räumen durchgearbeitet.

Die dabei gefundenen Daten wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert. Die Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung erfolgt tabellarisch und in Diagrammform. Aufgrund der Tatsache, dass der Stichprobenumfang bei Beibehaltung der ursprünglichen Gliederung kaum sinnvolle Rechenoperationen erlaubte, wurden die erhobenen Daten erneut klassiert. Die sich hieraus ergebenden neuen Kategorien besaßen einen größeren Stichprobenumfang. Der mit der Klassifikation einhergehende Datenverlust wurde zu Gunsten von aussagekräftigeren Ergebnissen in Kauf genommen.

Die gefundenen Daten wurden mittels einer Kreuztabelle miteinander verglichen.⁵⁷

Als Maß der statistischen Abhängigkeit wurden der Chi-Quadrat-Test (nach McNemar), Cramers V, Phi und Lambda berechnet.⁵⁸ Bei Intervall-Ergebnissen wurden ebenso die Korrelationskoeffizienten berechnet. Die dabei gewonnenen Ergebnisse werden im folgenden Kapitel 4 dargestellt und in Kapitel 5 tentativ diskutiert.

⁵⁷ zum Verfahren der Faktoranalyse siehe auch: Bortz/Döring S.383; Bortz, Kap. 15.

⁵⁸ zu den mathematischen Grundlagen der Testverfahren siehe: Statistik, S 53 f; Analysemethoden, Kap.4.

4 Ergebnisse

Auf den nachfolgenden Seiten sollen die weiteren Ergebnisse der Untersuchung in einem Diagramm und in Kreuztabellen dargestellt werden.

Abbildung 47 gibt an, wie lange ein Verfahren vor der Kommission von Eingang der Beschwerde bis zur abschließenden Bescheidung dauert.

Verfahrensdauer aller sachlich entschiedenen Fälle der Gutachterkommission im Jahr 2004

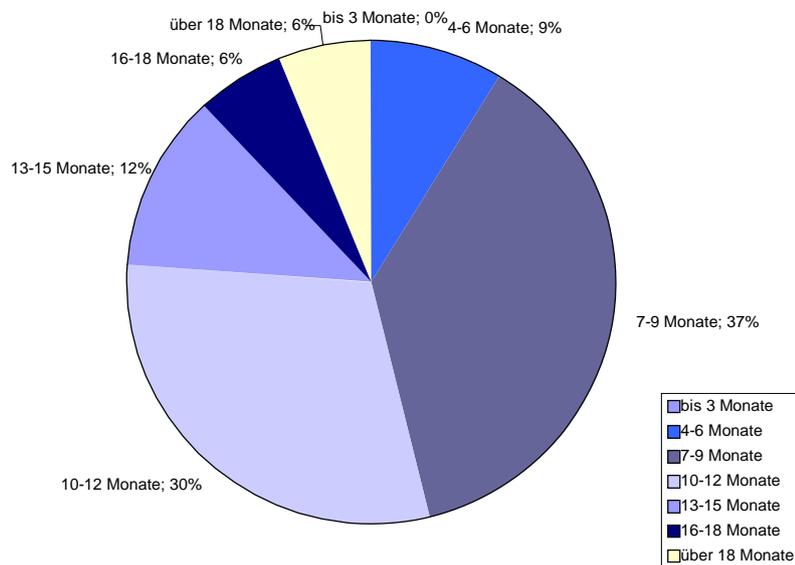


Abbildung 47: Aufstellung der Verfahrensdauer der von der Gutachterkommission entschiedenen Fälle im Jahr 2004.

(Quelle: Vorstandsbericht der ÄKWL für das Jahr 2004)

Tabelle 1 gibt an, wie viel Zeit zwischen der vermeintlich fehlerhaften Behandlung und dem Eingang des Antrages auf Überprüfung bei der Gutachterkommission Westfalen-Lippe vergangen ist. Diese Zeitspanne ist dann mit der Frage des Vorliegens eines Behandlungsfehlers korreliert .

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	viertel Jahr	korreliert mit	14	37	51
		Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	27,5%	72,5%	100,0%
	halbes Jahr	korreliert mit	34	51	85
		Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	40,0%	60,0%	100,0%
	dreiviertel Jahr	korreliert mit	15	34	49
		Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	30,6%	69,4%	100,0%
	ein Jahr	korreliert mit	26	42	68
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	38,2%	61,8%	100,0%	
fünfviertel Jahr	korreliert mit	11	23	34	
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	32,4%	67,6%	100,0%	
eineinhalb Jahre	korreliert mit	6	12	18	

	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	33,3%	66,7%	100,0%
eindreiviertel Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	4	13	17
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	23,5%	76,5%	100,0%
zwei Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	6	10	16
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	37,5%	62,5%	100,0%
zwei und ein viertel Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	2	8	10
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	20,0%	80,0%	100,0%
zweieinhalb Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	5	8	13
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	38,5%	61,5%	100,0%
zwei Jahre und neun Monate	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	2	9	11
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	18,2%	81,8%	100,0%
drei Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	4	6	10
	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	40,0%	60,0%	100,0%
drei und einviertel Jahre	korreliert mit	3	5	8

	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	37,5%	62,5%	100,0%
dreieinhalb Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	1	1	2
		50,0%	50,0%	100,0%
drei Jahre und neun Monate	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
vier Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	0	3	3
		,0%	100,0%	100,0%
vier und ein viertel Jahr	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	1	3	4
		25,0%	75,0%	100,0%
viereinhalb Jahre	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	1	0	1
		100,0%	,0%	100,0%
vier Jahre und neun Monate	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	0	1	1
		,0%	100,0%	100,0%
fünf Jahre	korreliert mit	0	2	2

	Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	,0%	100,0%	100,0%
gesamt	korreliert mit Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission	136	268	404
		33,7%	66,3%	100,0%

Tabelle 1: Kreuztabelle zeitliche Differenz Behandlung und Eingang der Beschwerden mit der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Die Tabelle 2 zeigt, dass sowohl die Patienten weiblich Geschlechts als auch die Patienten männlichen Geschlechts zu je einem Drittel einen Behandlungsfehler erlitten haben.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Geschlecht der Patienten	männlich	korreliert mit Geschlecht der Patienten	80 33,5%	159 66,5%	239 100,0%
	weiblich	korreliert mit Geschlecht der Patienten	56 33,9%	109 66,1%	165 100,0%
gesamt		korreliert mit Geschlecht der Patienten	136 33,7%	268 66,3%	404 100,0%

Tabelle 2: Kreuztabelle Geschlecht der Patienten mit der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Die nachfolgende Tabelle zeigt das Verhältnis zwischen der beruflichen Situation der Patienten und der Entscheidung der Kommission über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Berufsbild der Patienten	arbeitslos	korreliert mit Berufsbild der Patienten	4 33,3%	8 66,7%	12 100,0%
	mit der Führung des Haushalts betraut	korreliert mit Berufsbild der Patienten	14 40,0%	21 60,0%	35 100,0%
	angestellt	korreliert mit Berufsbild der Patienten	60 30,0%	140 70,0%	200 100,0%
	beamtet	korreliert mit Berufsbild der Patienten	5 50,0%	5 50,0%	10 100,0%
	selbstständig	korreliert mit Berufsbild der Patienten	9 27,3%	24 72,7%	33 100,0%
	in Ausbildung	korreliert mit Berufsbild der Patienten	17 45,9%	20 54,1%	37 100,0%
	verrentet	korreliert mit Berufsbild der Patienten	19 35,2%	35 64,8%	54 100,0%
	pensioniert	korreliert mit Berufsbild der Patienten	3 75,0%	1 25,0%	4 100,0%
	gesamt	korreliert mit Berufsbild der Patienten	131 34,0%	254 66,0%	385 100,0%

Tabelle 3: Kreuztabelle zwischen beruflicher Qualifikation der Patienten mit der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 4 gibt Auskunft über die schulische Bildung der Patienten.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten	geringe berufliche Qualifikation	Korreliert mit Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten	6 20,7%	23 79,3%	29 100,0%
	mittlere berufliche Qualifikation	Korreliert mit Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten	62 31,5%	135 68,5%	197 100,0%
	hohe berufliche Qualifikation	Korreliert mit Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten	17 32,1%	36 67,9%	53 100,0%
gesamt		Korreliert mit Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten	85 30,5%	194 69,5%	279 100,0%

Tabelle 4: Kreuztabelle Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten mit der Entscheidung der Kommission über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 5 klärt, ob ein Zusammenhang zwischen Alter des Patienten und Behandlungserfolg besteht.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Alter der Patienten	0 - 9 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	5 31,3%	11 68,8%	16 100,0%
	10 - 19 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	15 46,9%	17 53,1%	32 100,0%
	20 - 29 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	15 33,3%	30 66,7%	45 100,0%
	30 - 39 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	25 30,9%	56 69,1%	81 100,0%

40 - 49 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	29 34,5%	55 65,5%	84 100,0%
50 - 59 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	19 30,2%	44 69,8%	63 100,0%
60 - 69 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	18 34,0%	35 66,0%	53 100,0%
70 - 79 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	5 22,7%	17 77,3%	22 100,0%
80 - 89 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
90 - 99 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
gesamt	korreliert mit Alter der Patienten	136 33,7%	268 66,3%	404 100,0%

Tabelle 5: Kreuztabelle Alter der Patienten und Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Vergleicht man die Ursachen der Unfälle, die kausal für die ärztliche Behandlung sind, mit der beruflichen Situation der Patienten, so ergibt sich das in Tabelle 6 dargestellte Bild

		Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs						gesamt
		Freizeitunfall	Verkehrsunfall	Arbeitsunfall	Wahleingriff	ärztliche Beratung	Behandlung	
Berufsbild der Patienten	arbeitslos	7	1	2	1	0	1	12
	mit der Führung des Haushalts betraut	27	1	0	7	0	1	36
	angestellt	110	19	40	30	1	1	201
	beamtet	8	0	0	2	0	0	10
	selbstständig	20	3	4	5	0	1	33
	in Ausbildung	27	4	6	0	0	0	37
	verrentet	44	0	0	10	0	1	55
	pensioniert	3	1	0	0	0	0	4
gesamt		246	29	52	55	1	5	388

Tabelle 6: Berufsbild der Patienten mit der Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs in einer Kreuztabelle dargestellt.

Nähere Angaben über den Hergang dieser aus der Freizeit stammenden Verletzungen liegen nicht vor.

In Tabelle 7 ist der Zusammenhang zwischen der Art des Eingriffs und der Fehlerhäufigkeit aufgelistet.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt	
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor		
Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	Freizeitunfall	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	92 35,7%	166 64,3%	258 100,0%
	Verkehrsunfall	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	10 34,5%	19 65,5%	29 100,0%
	Arbeitsunfall	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	16 30,8%	36 69,2%	52 100,0%
	Wahleingriff	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	15 26,3%	42 73,7%	57 100,0%
	ärztliche Beratung	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Behandlung	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	2 33,3%	4 66,7%	6 100,0%
	gesamt	korreliert mit Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs	136 33,7%	268 66,3%	404 100,0%

Tabelle 7: Kreuztabellierung zwischen Ursache der Erkrankung/Grund für den ärztlichen Eingriff und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 8 ist eine Darstellung der relativen Häufigkeiten des am Körper eines Patienten auftretenden Behandlungsfehlers.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt	
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor		
Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	Kopf	korreliert mit	2	11	13
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	15,4%	84,6%	100,0%
	Brustkorb/Oberkörper (einschließlich Schultergelenk)	korreliert mit	11	20	31
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	35,5%	64,5%	100,0%
	Bauch /Becken	korreliert mit	10	32	42
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	23,8%	76,2%	100,0%
	Wirbelsäule	korreliert mit	16	12	28
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	57,1%	42,9%	100,0%
	obere Extremitäten	korreliert mit	46	79	125
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	36,8%	63,2%	100,0%
	untere Extremitäten	korreliert mit	51	113	164
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	31,1%	68,9%	100,0%
gesamt		korreliert mit	136	267	403
		Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen	33,7%	66,3%	100,0%

Tabelle 8: Kreuztabellierung zwischen den betroffenen Körperregionen und Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 9 zeigt das Geschlecht der jeweils behandelnden Ärzte, unterteilt in einen Mann, eine Frau und eine Gruppe von Ärzten. In einer Gruppe von Ärzten können sowohl nur Männer, nur Frauen oder Männer und Frauen zusammen arbeiten.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte	ein Mann	korreliert mit Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte	96 32,3%	201 67,7%	297 100,0%
	eine Frau	korreliert mit Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte	21 32,3%	44 67,7%	65 100,0%
	eine Gruppe von Ärzten (nur Männer, nur Frauen oder Männer und Frauen zusammen)	korreliert mit Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte	16 55,2%	13 44,8%	29 100,0%
gesamt		korreliert mit Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte	133 34,0%	258 66,0%	391 100,0%

Tabelle 9: Kreuztabellierung zwischen dem Geschlecht des behandelnden Arztes und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 10 gibt die Fälle an, in denen ein Anwalt mit der Interessevertretung beauftragt wurde.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt	Anwalt hinzugezogen	korreliert mit Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt	82 32,9%	167 67,1%	249 100,0%
	kein Anwalt eingeschaltet	korreliert mit Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt	54 34,8%	101 65,2%	155 100,0%
gesamt		korreliert mit Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt	136 33,7%	268 66,3%	404 100,0%

Tabelle 10: Kreuztabellierung zwischen Einschaltung Anwalt und Entscheidung der Kommission, dass ein Behandlungsfehler vorliegt.

Tabelle 11 zeigt, dass zu jeder Tageszeit, mit Ausnahme des Zeitintervalls von 7.00 Uhr bis 10.59 Uhr, die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Behandlungsfehlers ungefähr gleich groß ist.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Uhrzeit der Behandlung	von 7.00 Uhr bis 10.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	3 17,6%	14 82,4%	17 100,0%
	von 11.00 Uhr bis 14.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	103 33,7%	203 66,3%	306 100,0%
	von 15.00 Uhr bis 18.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	7 31,8%	15 68,2%	22 100,0%
	von 19.00 Uhr bis 22.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	15 38,5%	24 61,5%	39 100,0%
	von 23.00 Uhr bis 6.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	8 40,0%	12 60,0%	20 100,0%
gesamt		korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	136 33,7%	268 66,3%	404 100,0%

Tabelle 11: Korrelation zwischen Uhrzeit der Behandlung und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 12 stellt den Zusammenhang zwischen Qualifikation des behandelnden Arztes und der Fehlerhäufigkeit her. Dabei ist zu erwähnen, dass aus Gründen der Validität die einzelnen Ärzte und ihre Fachrichtungen zu Gruppen zusammengefasst worden sind.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers			
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	gesamt	
Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	Gruppe der Assistenzärzte ohne Facharztqualifikation	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	30 34,9%	56 65,1%	86 100,0%
	Gruppe der Fachärzte	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	10 33,3%	20 66,7%	30 100,0%
	Gruppe der Oberärzte	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	28 33,7%	55 66,3%	83 100,0%
	Gruppe der Chefärzte	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	42 33,1%	85 66,9%	127 100,0%
	Gruppe der niedergelassenen Ärzte	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	18 36,0%	32 64,0%	50 100,0%
	Gruppe der kollegial behandelnden KH-Ärzte und ngl. Ärzte	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	5 31,3%	11 68,8%	16 100,0%
	gesamt	korreliert mit Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation	133 33,9%	259 66,1%	392 100,0%

Tabelle 12: Kreuztabellierung zwischen Gruppen der Ärzte und Fehlerhäufigkeit.

Die nachfolgenden Tabellen geben Auskunft darüber, in welcher Region und in welcher Versorgungsstufe oder Arztpraxis die Behandlungen der Patienten stattgefunden haben.

Tabelle 13 stellt einen Zusammenhang zwischen Art des Krankenhauses und Fehlerhäufigkeit her.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	Regelversorgung	korreliert mit Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	98 35,8%	176 64,2%	274 100,0%
	Maximalversorgung Münsterland	korreliert mit Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	3 50,0%	3 50,0%	6 100,0%
	Maximalversorgung Ruhrgebiet	korreliert mit Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	12 27,9%	31 72,1%	43 100,0%
	Maximalversorgung Ostwestfalen/Lippe	korreliert mit Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	4 13,3%	26 86,7%	30 100,0%
	keine Behandlung in einem Krankenhaus	korreliert mit Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	18 39,1%	28 60,9%	46 100,0%
	gesamt	korreliert mit Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses	135 33,8%	264 66,2%	399 100,0%

Tabelle 13: Kreuztabellierung zwischen Grad der Versorgungsstufen der Krankenhäuser einer Region und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Die nachfolgende Tabelle 14 zeigt die regionale Auswahl von Arztpraxen und ihre Auswirkung auf die Fehlerhäufigkeit.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region	Arztpraxis im Münsterland	korreliert mit Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region	5 38,5%	8 61,5%	13 100,0%
	Arztpraxis im Ruhrgebiet	korreliert mit Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region	8 33,3%	16 66,7%	24 100,0%
	Arztpraxis in Ostwestfalen/Lippe	korreliert mit Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region	10 34,5%	19 65,5%	29 100,0%
gesamt		korreliert mit Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region	23 34,8%	43 65,2%	66 100,0%

Tabelle 14: Kreuztabellierung zwischen Lage der Arztpraxis und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 15 zeigt die Korrelation zwischen der Art der Verletzung und der Häufigkeit des Auftretens eines Behandlungsfehlers.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Gruppierung der Art der Erkrankungen	Fraktur	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	77 34,5%	146 65,5%	223 100,0%
	Entzündung	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	11 55,0%	9 45,0%	20 100,0%

	Weichteilverletzung	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	3 11,5%	23 88,5%	26 100,0%
	Riss/Zerrung/Überdehnung	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	35 38,0%	57 62,0%	92 100,0%
	Operation	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	5 21,7%	18 78,3%	23 100,0%
	innere Verletzung	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	4 33,3%	8 66,7%	12 100,0%
	Infektion	korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	1 16,7%	5 83,3%	6 100,0%
gesamt		korreliert mit Gruppierung der Art der Erkrankungen	136 33,8%	266 66,2%	402 100,0%

Tabelle 15: Kreuztabellierung zwischen den Gründen für den ärztlichen Eingriff und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 16 gibt die Fehlerhäufigkeit für alle Altergruppen an.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers			
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	gesamt	
Alter der Patienten	0 -9 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	5 31,3%	11 68,8%	16 100,0%
	10 - 19 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	15 46,9%	17 53,1%	32 100,0%
	20 - 29 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	15 33,3%	30 66,7%	45 100,0%
	30 - 39 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	25 30,9%	56 69,1%	81 100,0%
	40 - 49 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	29 34,5%	55 65,5%	84 100,0%
	50 - 59 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	19 30,2%	44 69,8%	63 100,0%
	60 - 69 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	18 34,0%	35 66,0%	53 100,0%
	70 - 79 Jahre	korreliert mit	5	17	22

	Alter der Patienten	22,7%	77,3%	100,0%
80 - 89 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
90 - 99 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	1 100,0%	0 .0%	1 100,0%
gesamt	korreliert mit Alter der Patienten	136 33,7%	268 66,3%	404 100,0%

Tabelle 16: Korrelation zwischen Alter des Patienten und Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 17 gibt an, wie groß die Fehlerhäufigkeit für die einzelnen Nationalitäten ist.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Gruppierung der behandelten Patientengruppen	deutsch	korreliert mit Gruppierung der behandelten Patientengruppen	126 34,4%	240 65,6%	366 100,0%
	nichtdeutsch	korreliert mit Gruppierung der behandelten Patientengruppen	8 22,9%	27 77,1%	35 100,0%
gesamt		korreliert mit Gruppierung der behandelten Patientengruppen	134 33,4%	267 66,6%	401 100,0%

Tabelle 17: Kreuztabellierung zwischen der Nationalität der Patienten und Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 18 spiegelt die Fehlerhäufigkeiten gemessen am Fehlervorwurf wieder.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	Vorwurf des Mangels vor einem Behandlungseingriff	korreliert mit Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Vorwurf des Operationsfehlers	korreliert mit Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	19 31,1%	42 68,9%	61 100,0%
	Vorwurf des Behandlungsfehlers	korreliert mit Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	13 44,8%	16 55,2%	29 100,0%
	Gruppe von zwei Behandlungs- und Operationsfehlervorwürfen	korreliert mit Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	63 28,8%	156 71,2%	219 100,0%
	Gruppe von mehr als drei Behandlungs- und Operationsfehlervorwürfen	korreliert mit Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	29 40,3%	43 59,7%	72 100,0%
gesamt		korreliert mit Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs	125 32,6%	258 67,4%	383 100,0%

Tabelle 18: Kreuztabellierung zwischen der Art und der Anzahl des Behandlungsfehlervorwurfs mit der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 19 stellt einen Zusammenhang zwischen der Fehlerhäufigkeit und dem Einholen einer „Zweiten Meinung“ her.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung	kein Zweitarzt konsultiert	korreliert mit Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung	3 21,4%	11 78,6%	14 100,0%
	zusätzlich	korreliert mit	18	29	47

gesamt	Krankenhaus aufgesucht	Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung korreliert mit	38,3%	61,7%	100,0%
	zusätzlich Reha-Klinik aufgesucht	Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung korreliert mit	17	44	61
			27,9%	72,1%	100,0%
	zusätzlich Allgemeinmediziner aufgesucht	Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung korreliert mit	22	60	82
			26,8%	73,2%	100,0%
		Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung	60	144	204
			29,4%	70,6%	100,0%

Tabelle 19: Kreuztabellierung zwischen Art und Anzahl konsultierter Zweitärzte und Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Weiter zeigt Tabelle 20, ob die Behandlungsfehlervorwürfe der Patienten gegen die Ärzte zutreffend waren.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt	
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor		
Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	Aufklärungsmängel	korreliert mit	1	1	2
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	50,0%	50,0%	100,0%
	Mängel während der Operation	korreliert mit	14	36	50
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	28,0%	72,0%	100,0%
	Behandlungsfehler (keine Operation)	korreliert mit	3	2	5
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	60,0%	40,0%	100,0%
	Fehler während der Erstellung der Krankheitsdiagnose	korreliert mit	5	10	15
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	33,3%	66,7%	100,0%

	Fehler während der Nachsorge eines behandelten Patienten	korreliert mit	4	4	8
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	50,0%	50,0%	100,0%
	Fehler während der notfallmäßigen Versorgung	korreliert mit	5	6	11
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	45,5%	54,5%	100,0%
	Fehler während der medikamentösen Behandlung	korreliert mit	1	0	1
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	100,0%	,0%	100,0%
	Gruppe von zwei unterschiedlichen Behandlungsfehlervorwürfen	korreliert mit	63	156	219
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	28,8%	71,2%	100,0%
	Gruppe von drei und mehr Behandlungsfehlervorwürfen	korreliert mit	29	43	72
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	40,3%	59,7%	100,0%
gesamt		korreliert mit	125	258	383
		Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl	32,6%	67,4%	100,0%

Tabelle 20: Kreuztabellierung zwischen Arten und Anzahl der Behandlungsfehlervorwürfe und der Entscheidung der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Tabelle 21 stellt dar, in wie vielen Fällen Erstgutachter und Zweitgutachter in der Frage des Vorliegens eines Behandlungsfehlers im jeweiligen Fall übereinstimmen.

		Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	Behandlungsfehler liegt vor	106	24	130
	Behandlungsfehler liegt nicht vor	17	249	266
gesamt		123	273	396

Tabelle 21: Kreuztabellierung zwischen Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler durch Erstgutachter und der Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler durch Zweitgutachter.

Tabelle 22 gibt an, in wie vielen Fällen Erstgutachter und Kommission in der Frage des Vorliegens eines Behandlungsfehlers im jeweiligen Fall übereinstimmen.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	Behandlungsfehler liegt vor	115	15	130
	Behandlungsfehler liegt nicht vor	13	253	266
gesamt		128	268	396

Tabelle 22: Kreuztabellierung zwischen Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler durch den Erstgutachter und Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler durch die Kommission.

Tabelle 23 gibt an, in wie vielen Fällen Zweitgutachter und Kommission in der Frage des Vorliegen eines Behandlungsfehlers im jeweiligen Fall übereinstimmen.

		Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	Behandlungsfehler liegt vor	121	6	127
	Behandlungsfehler liegt nicht vor	9	262	271
gesamt		130	268	398

Tabelle 23: Kreuztabellierung zwischen der Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler durch den Zweitgutachter und Anzahl der festgestellten Behandlungsfehler durch die Kommission.

Abschließend gibt Tabelle 24 an, in wie viel Prozent aller Fälle die Behandlungen tödlich endeten.

			Grobfassung der Feststellungen der Kommission über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Patient während der Dauer der Behandlung verstorben	Patient verstorben	korreliert mit	2	8	10
		Patient während der Dauer der Behandlung verstorben	20,0%	80,0%	100,0%
gesamt	Patient nicht verstorben	korreliert mit	134	260	394
		Patient während der Dauer der Behandlung verstorben	34,0%	66,0%	100,0%
		korreliert mit	136	268	404
		Patient während der Dauer der Behandlung verstorben	33,7%	66,3%	100,0%

Tabelle 24: Kreuztabellierung zwischen dem Versterben des Patienten während der Behandlung und der Fehlerhäufigkeit.

5 Diskussion

Vor dem Hintergrund der hier dargestellten Ergebnisse kann zu einigen bereits erwähnten Kritikpunkten in der Literatur zur Gutachterkommission Stellung genommen werden. Auch werden eigene Gedanken und ein Ausblick dargestellt.⁵⁹

5.1 Stellungnahme zu den Kritikpunkten

In der Literatur finden sich zum Thema „Gutachterkommission/Schlichtungsstelle“, wie bereits dargelegt, einige kritische Anmerkungen, die den Aufbau, das Verfahren und die Effizienz einer solchen Stelle, und somit ihren Nutzen an sich, bezweifeln.⁶⁰

5.1.1 Dauer des Verfahrens

Kritisiert wird die Dauer des Verfahrens vor der Kommission. Durchschnittlich würden zehn Monate vergehen, bis die Kommission in der Sache bescheide. Weiter würde sich der Zeitabstand zwischen fehlerhafter Behandlung und Entscheidung der Kommission über das Vorliegen eines Fehlers noch vergrößern, da sich schätzungsweise 50 % aller Patienten erst nach zwei oder mehr Jahren nach der Behandlung an eine Gutachterkommission wenden.⁶¹

Abbildung 47 gibt an, wie lange im Schnitt die Verfahrensdauer für die seitens der Kommission entschiedenen Fälle ist. Daraus ist ersichtlich, dass 46 % aller Verfahren vor der Gutachterkommission nach 9 Monaten beendet sind, weitere 30 % der Fälle nach spätestens 12 Monaten.

Weiter gibt Tabelle 1 an, wie groß die zeitliche Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission ist.

Aus dieser Tabelle sind zwei Rückschlüsse möglich.

⁵⁹ Um die Aktualität zu untermauern der Untersuchung sei verwiesen auf die Zusammenfassung der Ergebnisse der Gutachterkommissionen der Landesärztekammern für das Jahr 2006, die in wichtigen Teilbereichen mit den gefundenen Ergebnissen übereinstimmen.

http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/gutachterkommissionen_statistik_2006.pdf.

⁶⁰ Deutsch/Matthies, S. 117; Laufs/Uhlenbruck-Ulsenheimer, § 113, Rdnr. 14 f.

⁶¹ so für die Ärztekammer Südbaden, Krumpaszky, VersR. 1997, S. 420, 424.

Zum einen ist ersichtlich, dass von den 407 untersuchten Fällen 253 Fälle, also fast 62,17 %, nach einem Jahr nach Behandlungsbeginn bei der Gutachterkommission eingegangen sind. Nach zwei Jahren sind 338, also fast 83, 3 % der Fälle bei der Gutachterkommission anhängig.

Somit sind nach spätestens zwei Jahren nur rund 17 % der vermeintlichen Behandlungsfehler noch nicht bei der Kommission eingegangen. Im Durchschnitt vergehen 392 Tage zwischen Fehlbehandlung und Antragstellung bei der Gutachterkommission.

Zum anderen ist aus dieser Tabelle ersichtlich, dass es keinen signifikanten Unterschied gibt, wie lange eine vermeintliche Fehlbehandlung zurückliegt, um das Vorliegen oder Nichtvorliegen eines Behandlungsfehlers nachweisen zu können.

Nach § 4 II c des Statuts ist der Kommission die Überprüfung eines ärztlichen Eingriffs dann nicht mehr möglich, wenn dieser länger als fünf Jahre zurückliegt. Aber wie aus der Tabelle ersichtlich ist, steht die Länge der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Nachweis eines Fehlers in keinem Zusammenhang, so dass eine Aussage „je länger der Vorfall zurückliegt, desto geringer die Wahrscheinlichkeit der Aufklärung“ nicht getroffen werden kann.

5.1.2 Objektivität

Ein weiterer Kritikpunkt aus der Literatur ist, dass die Kommissionen keine objektiven und in der Sache neutralen Stellen seien, da Ärzte über Ärzte richten und somit davon ausgegangen werden müsse, dass ein Bescheid gegen einen Arzt relativ selten sei.⁶² Landläufig gilt nämlich die Meinung, dass eine Krähe der anderen kein Auge aushackt.

5.1.2.1 Anzahl der Gutachter im Kammerbezirk

Grund dafür könnte sein, dass die Gutachter, weil sie sich selber der Gefahr ausgesetzt sehen, durch die Beschwerde eines eigenen Patienten

⁶² Matthies, S. 135; Henschel, S. 199 f.

möglicherweise negativ begutachtet zu werden, andere Ärzte nicht negativ begutachten wollen.

Dazu ist, in Anlehnung an den Untersuchungsauftrag und wie in den Abbildungen 20 bis 24 nochmals verdeutlicht, darauf aufmerksam zu machen, dass die untersuchten Akten nur aus dem Bereich „Orthopädie“ und „Unfallchirurgie“ stammen. Andere Gutachten anderer Fachrichtungen sind nicht berücksichtigt worden.

Aufgrund der Größe des Kammerbezirks Westfalen-Lippe und der großen Anzahl an Gutachten kann es dabei vorkommen, dass ein Arzt in einem Fall der Sachverständige, in einem anderen Fall Beteiligter sein kann.

Würden Ärzte, die sich einem Behandlungsfehlervorwurf ausgesetzt sehen, nicht mehr bei der Gutachtenvergabe berücksichtigt, so würde dies dazu führen, dass nach einer gewissen Zeit kein Gutachter mehr zur Verfügung stehen könnte. Zwar kommen in Westfalen-Lippe auf 1000 berufstätige Ärzte 51 bei der Gutachterkommission gestellte Verfahren wegen eines vermeintlichen Behandlungsfehlervorwurfs.⁶³

In konkreten Zahlen bedeutet dies, dass bei den ungefähr 8,5 Millionen Einwohner des Kammerbezirks Westfalen-Lippe pro eine Million Einwohner 104 Gutachten gegen Ärzte erstellt werden müssen.⁶⁴

Somit wäre es möglich, noch nicht beschwerte Ärzte als Gutachter zu gewinnen.

Aber zu bedenken ist dabei, dass gerade die für die Gutachterkommission tätigen Chefärzte besonders oft von solchen Vorwürfen betroffen sind.⁶⁵

Auch sind die Fachgebiete, gemessen an der Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe relativ groß, aber die Anzahl der in diesen Gebieten tätigen Ärzte relativ klein (Abbildungen 13, 14, 15).

Ein Ausschluss der Chefärzte vom Gutachterwesen würde der Kommission und dem Verfahren aber den für die sachgerechte Beurteilung notwendigen Sachverstand entziehen.

Ein Ausweichen auf andere Kammerbezirke anderer Kommissionen, d.h. Gutachter aus anderen Regionen zu bestellen, würde nichts ändern, dass

⁶³ Eissler, MedR 2005, S.280, 282.

⁶⁴ Neumann, MedR 1998, S. 309.

⁶⁵ wie Abbildung 32 zeigt; siehe für Baden-Württemberg: Eissler, MedR 2004, S. 429,430, der angibt, dass 3,1 % aller Krankenhausärzte sich eines Behandlungsfehlervorwurfs ausgesetzt sehen.

diese „fremden“ Gutachter ebenfalls in ihren eigenen Tätigkeitsbereichen bereits beschwert gewesen sein könnten und somit für eine Gutachtertätigkeit „verbraucht“ wären.

Somit kann aus der Anzahl der Gutachter nicht auf die Objektivität der Kommission geschlossen werden.

5.1.2.2 Berücksichtigung anderer Entscheidungen

Auch könnte sinnvoller Maßstab sein, um zu überprüfen, ob Gutachterkommissionen neutral arbeiten, alle von den Kommissionen entschiedenen Fälle weiterzuverfolgen, also herauszufinden, ob und inwieweit das seitens der Kommission jeweils gefundene Urteil bei anderen Gutachtern/Zivilgerichten Bestand hatte.

Diese Art der Überprüfung scheitert aber schon an dem damit verbundenen Aufwand. Zwar gibt es in der Literatur aufgrund von „Erfahrungswerten“ Schätzungen, nach denen davon auszugehen ist, dass Zivil- und auch Strafgerichte, sollte ein von der Gutachterkommission bereits beschiedener Fall vor diesen Gerichten verhandelt werden, diese in den wenigsten Fällen anders entscheiden würden.⁶⁶ Auch die Staatsanwaltschaften scheinen den Entscheidungen der Kommissionen einen hohen Stellenwert für das Ermittlungsverfahren einzuräumen.⁶⁷

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass einige, bereits erwähnte Urteile von Zivilgerichten den jeweiligen Gutachten der Kommission auch aufgrund ihrer hohen fachlichen Kompetenz einen besonderen Stellenwert einräumen.⁶⁸

Eine Weiterverfolgung bzw. die Einbeziehung anderer Entscheidungen kann nur begrenzt herangezogen werden, die Objektivität der Kommission darzulegen.

⁶⁶ so z.B. Rumler-Detzel, VersR. 1988, S.6, 8; Neumann, MedR 2003, S. 326, 327 der nach Evaluation für die Gutachterkommission Baden-Württemberg für den Zeitraum 1998 bis 2001 angibt, dass 18,33 % der Ergebnisse der Gutachterkommission gerichtsanhängig wurden. 24,54 % der Verfahren endeten mit der Bejahung des Fehlers.

⁶⁷ Peters, S.42 f.

⁶⁸ siehe FN 9 bis 11; im Sinn dagegen und zu den Anforderungen eines Gutachtens vor Gericht, Bürger, MedR 1999, S. 100, 104.

5.1.2.3 Berücksichtigung des Statuts

Weiter kann gegen den Vorwurf der Parteilichkeit angeführt werden, dass die Kommission aufgrund ihres Verfahrensgrundsatzes der Freiwilligkeit sicherlich dazu beitragen kann, dass ein betroffener Arzt sich aktiv an der Ursachenforschung für den von ihm möglicherweise begangenen Behandlungsfehler beteiligt.⁶⁹ Eine schnelle und effiziente Klärung des Sachverhaltes liegt eben auch im Interesse des Arztes und ist durch sein Mitwirken eher möglich.

Auch wird die Kommission selbst ein Interesse haben, für den Patienten und den Arzt nachvollziehbare und objektive Bescheide zu erstellen, um so das Vertrauen der Patienten in die Selbstorganisation der Ärzteschaft und somit in den jeweiligen Arzt selber, wieder herzustellen.

Unter Berücksichtigung des Statuts kann angenommen werden, dass eine objektive Begutachtung durch die Gutachter im jeweiligen Fall erfolgt.

5.1.2.4 Berücksichtigung der Ergebnisse

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung widersprechen der Auffassung, dass ärztliche Gutachter nicht objektiv über ärztliches Handeln urteilen können. Immerhin sind rund ein Drittel der Bescheide für die Patienten positiv gewesen und somit gegen den jeweiligen behandelnden Arzt ergangen. Dabei ist im Rahmen dieser Arbeit sichergestellt worden, dass die den Bescheiden zugrunde liegenden Akten nicht selektiv an den Verfasser herausgegeben wurden.

Vergleicht man die jeweiligen Urteile von Erst- und Zweitgutachter sowie der Kommission miteinander, so ist anzumerken, dass zwischen den Entscheidungen der Erst- und Zweitgutachter (Tabelle 21) in insgesamt 41 Fällen, was ungefähr 10,3 % aller gemeinsam beschiedener Fälle entspricht, keine Übereinstimmung bestanden hat.

Beim Vergleich zwischen den Entscheidungen der Erstgutachter und der Kommission (Tabelle 22) besteht in 28 Fällen, also in rund 7,1 % aller gemeinsam entschiedenen Fälle eine Diskrepanz. Beim Vergleich zwischen

den Entscheidungen der Zweitgutachter mit der Kommission (Tabelle 23) besteht immerhin noch in 15 Fällen (entspricht 3,76 % aller abschließend entschiedenen Fälle) keine Einigkeit über ein Vorliegen eines Behandlungsfehlers.

Diese unterschiedlichen Sichtweisen von Gutachtern und Kommission lassen sich zum einen sicherlich aus dem bereits beschriebenen Begutachtungsverfahren der Kommission erklären. Die beiden Gutachter können einen Sachverhalt unterschiedlich bewerten und werden ihre jeweilige Sicht der Dinge auch so formulieren. Dabei wird die Beurteilung des Sachverhaltes aus Sicht des Erstgutachters und dem abschließenden Bescheid der Kommission in mehr Fällen differieren, als zwischen Zweitgutachter und Kommission, da die Kommission sich bei ihrem Urteil auf zwei Gutachten stützen kann. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass aus medizinischer Sicht ein Behandlungsfehler z.B. aufgrund eines später doch eingetretenen Behandlungserfolges verneint werden kann, während aus juristischer Sicht der verspätete Zeitpunkt des Eintritts des Erfolges für die Verneinung eines Fehlers nicht erheblich ist, somit ein Behandlungsfehler dann gegeben wäre.

Zum anderen aber ist diese Differenz auch in der Unabhängigkeit der Gutachter und der Kommission zu suchen. Gerade die große Zahl von 41 Fällen, in denen Erst- und Zweitgutachter nicht übereinstimmen, kann als Beleg dafür herangezogen werden, dass unterschiedliche und unabhängige Sichtweisen in ein und derselben Sache nicht nur theoretisch möglich sind, sondern auch tatsächlich existieren.

Eine generelle Parteilichkeit der Gutachter für den beschwerten Arzt in einem Verfahren vor der Kommission kann folglich nicht angenommen werden.

Vor dem Hintergrund dieser ausgeführten Annahmen ist daher davon auszugehen, dass die aus den Akten der Gutachterkommission gewonnenen Daten offene und objektive Urteile von Ärzten über das ärztliche Handeln anderer darstellen.

⁶⁹ Franzki, MedR 2000, S. 398,399, der dem Arzt rät, zwecks Vermeidung eines Gerichtsverfahrens, die Zustimmung zum Verfahren vor der Kommission zu erteilen.

Alle weiteren gefundenen Ergebnisse können somit als eine Bewertungsgrundlage für das ärztliche Handeln im Kammerbezirk Westfalen-Lippe herangezogen werden.

5.2 Anmerkungen im Detail

Folgend werden nun einige Ergebnisse herausgehoben und diskutiert.

5.2.1 Fehlerquote bei „in Ausbildung“

Tabelle 3 gibt an, welche Berufsgruppen welche Fehlerhäufigkeit aufweisen.

Interessant ist dabei, dass es scheinbar zwei Patienten- bzw. Berufsgruppen gibt, die ein erhöhtes Risiko für einen Behandlungsfehlervorwurf haben können.

Zum einen können es Beamte sein. Aufgrund dessen, dass aber $n=10$ ist, lassen sich dazu keine signifikanten Ergebnisse berechnen.

Anders aber bei den Patienten, die eine Ausbildung durchlaufen. Bei dieser Gruppe ist $n=37$, die Abweichung von 45,9 % für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers gegen 54,1 % gegen sein Vorliegen kann als signifikant bezeichnet werden.

Fraglich ist daher, ob somit die Behandlung von Auszubildenden relativ gesehen schlechter ist als bei den anderen Berufsgruppe.

Vergleichsmaßstab können daher die Tabellen 4, 5 und 6 sein.

Patienten in Ausbildung fallen in den Bereich der mittleren Bildung.

Innerhalb dieser Gruppe ist aber eine Abweichung von der 1/3 zu 2/3 - Regelung nicht gegeben. Zwar sind in 128 Fällen (31,4 %) keine Angaben über die berufliche Qualifikation möglich gewesen. Eine Zuordnung der Auszubildenden in diesen Bereich ist begriffslogisch nicht möglich. Somit kann Tabelle 4 nicht bestätigen, dass Auszubildende eine fehleranfälliger Behandlung erfahren als andere Berufsgruppen.

In Tabelle 5 ist auffällig, dass die Altersgruppe der 10-19 Jährigen von der 1/3 zu 2/3- Regelung abweicht. Aber auch hier ist $n=32$ und die Verteilung

auf die beiden Merkmalsausprägungen zu klein, um statistisch gesicherte Ergebnisse angeben zu.⁷⁰ Bezogen auf die Situation der Auszubildenden müsste aber hier, wenn man annimmt, dass die Ausbildung zwischen dem 16. bis zum 25. Lebensjahr anfängt, in den Altersgruppen von zehn bis 19 Jahren und von 20 bis 29 Jahren eine signifikante Abweichung von der 1/3 zur 2/3-Regel vorliegen. Dies ist aber in der Gruppe der 20 bis 29jährigen Patienten nicht der Fall.

Rückschlüsse auf die Situation der Auszubildenden können aus der Tabelle 5 nicht gewonnen werden.

Tabelle 6 stellt die Ursache der Verletzungen dar. Nähere Angaben über den Hergang dieser aus der Freizeit stammenden Verletzungen liegen aber nicht vor. Anzunehmen ist, dass bei jedem Auszubildenden ein individueller Hergang zum Unfall geführt hat. Eine Typenbildung eines bestimmten Freizeitunfalls ist nicht möglich.

Eine Zuordnung zwischen Ausbildung und Art des Unfalls besteht somit nicht.

Statistisch belegbare Gründe, warum die in Ausbildung befindlichen Patienten eine höhere Fehlerhäufigkeit aufweisen, können somit nicht angegeben werden.

5.2.2 Fehlerquote bei „Wahleingriff“

Tabelle 7 stellt die Arten des ärztlichen Eingriffes in Zusammenhang mit ihrer Fehlerhäufigkeit dar.

Es ist hierbei auffällig, dass die Gruppe der Wahleingriffe (n= 57) eine signifikant niedrigere Fehlerhäufigkeit hat, als die anderen Ursachen für einen ärztlichen Eingriff.

Erklären lässt sich dieser Zusammenhang am ehesten damit, dass die Ärzte Wahleingriffe besser vorbereiten und planen können. Die Patienten werden schon aus Eigeninteresse eine höhere Compliance zeigen, sich mehr mit dem Eingriff auseinandersetzen und so die Heilung weiter fördern.

⁷⁰ der durchgeführte Korrelationskoeffiziententest ist im Anhang I abgedruckt.

5.2.3 Fehlerquote bei „Wirbelsäule“

Tabelle 8 stellt die Körperregionen dar, die vom Eingriff betroffen sind, dar. Es ist anzumerken, dass die Eingriffe an der Wirbelsäule ($n = 28$) eine hohe Fehlerhäufigkeit aufweisen. Zwar kann aufgrund der Größe der Gruppe und der Verteilung der Werte nicht sicher ein Zusammenhang bejaht werden. Aber ein solcher mögliche Zusammenhang lässt sich allein schon aus der Schwere des Eingriffs und den damit verbundenen Komplikationen erklären.

5.2.4 Fehlerquote bei „Gruppe von Ärzten“

Tabelle 9 (Seite 68) korreliert die Anzahl und das Geschlecht des behandelnden Arztes mit der dabei auftretenden Fehlerhäufigkeit miteinander.

Auffällig ist, dass eine Gruppe von Ärzten(mehrere Männer, mehrere Frauen oder Männer und Frauen zusammen) eine höhere Behandlungsfehlerhäufigkeit als der Schnitt aufweist. Bei einem kleinen $n = 29$ und dieser Verteilung der Häufigkeiten ist eine statistisch sichere Aussage nicht möglich. Ein Grund für diesen möglichen Trend kann in der Arbeitsteilung bei einer komplizierten Operation begründet sein. Eine solche Operation zieht aber meist auch eine höhere Fehleranfälligkeit nach sich (siehe dazu Tabelle 8: Wirbelsäule).

5.2.5 Zwischenbilanz

In diesen bisher vorgestellten Punkten scheiterte eine statistisch tragfähige Aussage über das Vorliegen eines möglichen Abweichens von der 1/3 zu 2/3-Regel an dem jeweils zu kleinen n der Merkmalsausprägung. Um dennoch eine valide Aussage tätigen zu können, könnte der Umfang der Stichprobe vergrößert werden. Der damit verbundene Arbeits- und Zeitaufwand steht aber in keinem Verhältnis zur nur möglicherweise erzielbaren Validität der Aussage.

Zumal es fraglich ist, ob es notwendig ist eine neue Untersuchung mit einem größeren Stichprobenumfang durchführen zu wollen, da drei der vier Tendenzen sich durch rationale Überlegungen und Erfahrungen aus dem Ärztealltag logisch erklären lassen. Einzig der Grund für die Abweichung der Fehlerhäufigkeit bei den sich in Ausbildung befindlichen Patienten ist nicht klar ersichtlich.

Somit scheint eine Vergrößerung des Stichprobenumfangs nicht notwendig zu sein, um belastbare Aussagen treffen zu können.

Als Zwischenbilanz lässt sich somit festhalten, dass die in den bisher präsentierten Tabellen gefundenen Auffälligkeiten keine Aussagen über einen Zusammenhang zwischen dem jeweiligen Merkmal und der dazu relevanten Fehlerhäufigkeit zuließen.

5.2.6 Weitere Ergebnisse

Alle weiteren Kreuztabellen und Korrelationen zeigen an, dass innerhalb jeder untersuchten Gruppe die im Schnitt gleiche Fehlerhäufigkeit auftritt. Die bereits erwähnte 1/3 zu 2/3-Regel gilt in allen untersuchten Bereichen und kann für fast alle Gruppen als statistisch valide angesehen werden. Abweichungen von dieser Regel liegen immer dann vor, wenn das n der jeweiligen Merkmalsausprägung relativ zu den übrigen Merkmalsausprägungen gesehen klein ist.

Nach Tabelle 13 hat die Wahl des Krankenhauses keinen Einfluss auf die Fehlerhäufigkeit.

Nach Tabelle 14 ist es für die Fehlerhäufigkeit unerheblich, in welcher Region des Kammerbezirks Westfalen-Lippe der Patient eine Arztpraxis aufsucht

Tabelle 17 zeigt, dass die Fehlerhäufigkeit bezüglich der Nationalität bei beiden Gruppen fast gleich groß ist. Eine Schlechterbehandlung von Nichtdeutschen liegt nicht vor. Eher kann davon gesprochen werden, dass bei Ausländern eine Tendenz zu einer geringeren Fehlerwahrscheinlichkeit gegeben ist. Eine signifikante Aussage ist aufgrund der Größe des $n = 38$ dieser Gruppe aber nicht möglich.

Tabelle 19 zeigt, dass das Konsultieren eines weiteren Arztes oder das Aufsuchen eines anderen Krankenhauses keinen Einfluss auf die Fehlerhäufigkeit hat. Das Einholen einer weiteren Ansicht kann sicherlich der gewissen Beruhigung des Patienten dienen. Verglichen aber damit, dass bei 325 untersuchten Akten über 600 weitere Ärzte und/oder Krankenhäuser aufgesucht wurden, und diese Menge nur durch rund 50 % der Patienten zu verantworten ist (Abbildung 42), stellt sich die Frage, ob diese „Zweite Meinung“ nicht eher ein großer Kostentreiber im Gesundheitssystem ist.

Die einzelnen Behandlungsfehlervorwürfe lassen keine Aussagen zu, interessant ist aber, dass im Durchschnitt knapp ein Drittel der Vorwürfe berechtigt waren.

Dabei sei darauf hingewiesen, dass, wenn die Kommission sich an die Anträge der Patienten gebunden fühlen würde und nur die seitens der Patienten vorgetragenen Vorwürfe verfolgen würde, zwei Drittel der Anträge keine sachgerechte Untersuchung und Bescheidung erfahren würden. Die umfassende Aufklärungsarbeit unabhängig vom Patientenvortrag kann daher als eine der Stärken des Verfahrens angesehen werden.

Da in allen Gruppen die gleiche Fehlerhäufigkeit und damit auch Wahrscheinlichkeit vorkommt, lassen sich die Ergebnisse dieser Untersuchungen verkürzt wie folgt darstellen:

- es ist für den Ausgang eines Verfahrens vor der Gutachterkommission unerheblich, ob ein Anwalt eingeschaltet worden ist.
- es ist für das Auftreten eines Behandlungsfehlers unerheblich, zu welcher Uhrzeit die Behandlung seitens des Arztes stattgefunden hat.
- es ist für das Auftreten eines Behandlungsfehlers unerheblich, welcher Arzt mit welcher Qualifikation die Behandlung vorgenommen hat.

- es ist unerheblich für das Auftreten eines Behandlungsfehlers, wo die Behandlung stattfindet.
- es ist unerheblich, welche Gründe dem ärztlichen Eingriff zu Grunde liegen.
- es ist unerheblich, wie alt der Patient ist.
- es ist unerheblich, welcher Nationalität der Patient angehört.
- es ist unerheblich, welche Arten von Behandlungsfehlervorwürfe (Aufklärungsfehler, Vorsorgefehler, Nachsorgefehler, Medikationsfehler, Behandlungsfehler, Operationsfehler) gegen die behandelnden Ärzte erhoben worden sind.
- es ist unerheblich, wie viele Behandlungsfehlervorwürfe gegen die behandelnden Ärzte erhoben worden sind.
- es ist unerheblich, ob eine „Zweite Meinung“ eingeholt wurde.

5.2.7 Abschließendes Fazit

Somit lässt sich abschließend feststellen, dass der Anteil der im Kammergebiet Westfalen-Lippe ausgeübten ärztlichen Versorgung in den Bereichen „Orthopädie“ und „Unfallchirurgie“ in den untersuchten Akten eine Fehlerquote von circa 33 % aufweist.

Daraus den Schluss zu ziehen, dass insgesamt alle im Kammerbezirk getätigten ärztlichen Behandlungen zu diesem Prozentsatz fehlerhaft sind, ist nicht möglich.

Auf 1000 Ärzte im Kammergebiet kommen acht bejahte Fehlbehandlungen.⁷¹ Diese Fehlerquote kommt bei Behandlungen aller gesellschaftlichen Gruppen bzw. aller Gruppierungen des Fragebogens mit der gleich großen Häufigkeit vor.

Eine statistisch gesicherte Aussage treffen zu können, dass eine bestimmte Patientengruppe eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Fehlbehandlung hat, ist nicht möglich. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die medizinische Versorgung im Kammergebiet der Ärztekammer Westfalen-Lippe für alle Patienten die gleiche Qualität aufweist.

⁷¹ Eissler, MedR 2005, S. 280,282.

Die Gutachterkommission Westfalen-Lippe ist auch ein taugliches Element, ärztliche Haftungsfragen schnell und objektiv zu klären. Die in der Literatur angeführten Kritikpunkte müssen vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse neu überdacht werden. Die Kommission ist ein geeignetes Mittel, das Vertrauen eines geschädigten Patienten in die Ärzteschaft wiederherzustellen. Die Kommission ist auch ein geeignetes Mittel, den Arzt vor ungerechtfertigten Ansprüchen seitens der Patienten zu schützen. So wird dem Arzt das Vertrauen zurückgegeben, welches er für eine erfolgreiche Tätigkeit benötigt.⁷²

5.3 Ausblick

Aufgabe weiterer Untersuchungen könnte sein, die vier in der Analyse aufgeworfenen Fragen zur Höhe der Fehlerquote bei „in Ausbildung“, bei „Wahleingriff“, bei „Wirbelsäule“, bei „Gruppe von Ärzten“ näher zu untersuchen.

Um stabile Ergebnisse liefern zu können, war in allen vier Fällen die Anzahl der Merkmalsausprägungen zu gering. Eine im Rahmen dieser Studie vergrößerte Gesamtstichprobe zu nehmen, stand aber unter Berücksichtigung der bereits investierten Mittel zum nur möglichen tieferen Erkenntnisgewinn in keinem Verhältnis. Daher sollten in Einzelanalysen diesen Fragestellungen näher erforscht werden.

Die ÄKWL hat im Jahr 2004 das Statut der Kommission einer Revision unterzogen und dabei einige der in der Literatur aufgetretenen Kritikpunkte wie die Anonymität der Gutachter, verbunden mit der Möglichkeit der Ablehnung eines Gutachters durch einen der Beteiligten, oder das rein schriftliche Verfahren, geändert.⁷³ Weiterhin hat auch der Gesetzgeber durch Neuregelung des Allgemeinen Schuldrechts die auch das Arzthaftungsrecht betreffenden Vorschriften der §§ 280 ff. BGB geändert.

⁷² Peters, MedR 2003, S. 219,220 und MedR 2002, S. 227 f., der davon spricht, dass aufgrund eines vermeintlichen „Booms“ an Strafverfahren gegen Ärzte, die Ärzte aus Gründen der Risikoreduzierung Defensivmedizin betreiben wollten.

⁷³ siehe dazu das Statut der „Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen“ bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 27.11. 2004, §§ 6 II, 7 I; abgedruckt im Anhang I.

Diese Änderungen führen zu Modifizierungen der Rechtsprechung der Gerichte.⁷⁴

Interessant wäre daher, zu erfahren wie Entscheidungspraxis der Gutachterkommission in Zukunft aufgrund der geänderten Bedingungen aussehen wird. Dazu müssten die Akten der Gutachterkommission in gut zehn Jahren erneut unter den gleichen Gesichtspunkten untersucht werden. Ein Vergleich der Daten wäre zwar nur bedingt möglich, da beide Einflüsse separat herausgearbeitet werden müssten. Aber so könnte eine langfristige Aussage über die Qualität aller ärztlichen Heilbehandlungen in Westfalen-Lippe getätigt werden.

Weiter wäre von Interesse, diese Untersuchung auf andere medizinische Bereiche der Gutachterkommission auszudehnen. Dabei könnten die Fachrichtungen „Gynäkologie“ und „Innere Medizin“ aufgrund ihrer zahlenmäßigen Größe bei Zugrundelegung der Behandlungsfehlervorwürfen von besonderem Interesse sein.⁷⁵

Eine Ausdehnung auf andere im Bereich des Arzthaftungsrechts tätige Institutionen wäre ebenfalls denkbar.

Erhebungen zivil- oder strafrechtlicher Daten oder die zeitliche Weiterverfolgung abgeschlossener Verfahren einer Gutachterkommission würden aber wahrscheinlich nicht nur am damit einhergehenden Zeitaufwand, sondern auch an Datenschutzbestimmungen und der Mitarbeit der Institutionen scheitern.

⁷⁴ Gehrlein, VersR 2004, S. 1488, 1489

⁷⁵ Eissler, MedR 2004, S. 429, 431; wonach diese beiden Fachgebiete bei der Ärztekammer Baden-Württemberg die nach Orthopädie und Unfallchirurgie nächstgrößeren Gruppen bei der Frage nach Behandlungsfehlern darstellen.

Literaturverzeichnis

- Backhaus, Klaus
Erichson, Bernd
Plinke, Wulff
Weiber, Rolf
- Ballast, Thomas
- Bergmann, Karl-Otto
- Bodenburg, Reinhard
Matthies, Karl-Heinz
- Bortz, Jürgen
- Bortz, Jürgen
Döring, Nicola
- Buchborn, Eberhard
- Bürger, Raimund
- Claus, Günther
Finze, Falk-Rüdiger
Partzsch, Lothar
- Deutsch, Erwin
Matthies, Karl-Heinz
- Deutsch, Erwin
Spickhoff, Andreas
- Multivariate Analysemethoden
8. Auflage, Springer Lehrbuch Verlag
Heidelberg, 1996
(zit.: Analysemethoden)
- Gutachter- und Schlichtungsstellen als
qualitätssicherndes Element in der medizinischen
Versorgung
Die Krankenversicherung 1994, S. 73 f.
(zit.: Ballast, KrV 1994)
- Die Arzthaftung,
2. Auflage, Springer Verlag, München, 2001
(zit.: Bergmann)
- Ärztliche Gutachter- und Schlichtungsstellen Theorie
und Praxis eines Modells
Versicherungsrecht 1982, S. 729 f.
(zit.: Bodenburg/Matthies, VersR 1982)
- Statistik
5. Auflage, Springer Lehrbuch Verlag
Heidelberg, 1999
(zit.: Bortz)
- Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und
Sozialwissenschaftler
3. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg,
2002
(zit.: Bortz/Döring)
- Ärztlicher Standard: Begriff- Entwicklung-
Anwendung
Medizinrecht 1993, S. 328 f.
(zit.: Buchborn, MedR 1993)
- Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht
Medizinrecht 1999, S. 100 f.
(zit.: Bürger, MedR 1999)
- Statistik.
Für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und
Mediziner
Grundlagen
3. Auflage, Verlag Harri Deutsch, Frankfurt am Main,
1999
(zit.: Statistik-Lehrbuch)
- Arzthaftungsrecht
3. Auflage, Verlag Kommunikationsforum, Köln,
1988
(zit.: Deutsch/Matthies)
- Medizinrecht
5. Auflage, Springer Verlag, Berlin, 2003
(zit.: Deutsch/Spickhoff)

- Deutsch, Erwin
Das Organisationsverschulden des
Krankenhaussträgers,
Neue Juristische Wochenschrift 2000, S. 1745 f.
(zit.: Deutsch, NJW 2000)
- Doms, Thomas
Die ärztlichen Gutachterkommissionen und
Schlichtungsstellen, Neue Juristische Wochenschrift
1981, S. 2489 f.
(zit.: Doms, NJW 1981)
- Eberhardt, Lothar
Zur Praxis der Schlichtung in Arzthaftpflichtfällen
Neue Juristische Wochenschrift 1986,
S.747 f.
(zit.: Eberhardt, NJW 1986)
- Eissler, Manfred
Auswertung der Ergebnisse der Gutachterkommission
für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der
Landesärztekammer Baden-Württemberg für das Jahr
2002
Medizinrecht 2004, S. 429 f.
(zit.: Eissler, MedR 2004)
- Eissler, Manfred
Die Ergebnisse der Gutachterkommissionen und
Schlichtungsstellen in Deutschland - ein bundesweiter
Vergleich
Medizinrecht 2005, S. 280 f.
(zit.: Eissler, MedR 2005)
- Erlenkämper, Arnold
Fichte, Wolfgang
Fock, Michael
Sozialrecht
5. Auflage, Heymanns Verlag, Köln 2002
(zit.: Sozialrecht)
- Franzki, Harald
Verhalten des Arztes im Konfliktfall
Medizinrecht 2000, S. 464 f.
(zit.: Franzki, MedR 2000)
- Gehrlein, Markus
Neuere Rechtsprechung zur Arzt-Berufshaftung
Versicherungsrecht 2001, S. 1488 f.
(zit.: Gehrlein, VersR 2001)
- Graf, Ute
Die Beweislast bei Behandlungsfehlern im
Arzthaftungsprozess
Band 673 der Reihe Rechtswissenschaftliche
Forschung und Entwicklung, Diss. Universität
München, 2001
(zit.: Graf)
- Hamann, Peter
Fenger, Hermann
Allgemeinmedizin und Recht
Springer Verlag, München, 2004
(zit.: Hamann/Fenger)
- Hansis, Martin
Der ärztliche Behandlungsfehler
ecomед Verlag, Landsberg/Lech, 1999
(zit.: Hansis)
- Heim, Wilhelm (Herausgeber)
Haftpflichtfragen im ärztlichen Alltag
Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 1980
(zit.: Heim-Bearbeiter)

- Henschel, Volker
Aufgabe und Tätigkeit der Schlichtungs- und Gutachterstellen für Arzthaftpflichtstreitigkeiten
Band 4 der Reihe Recht und Medizin
Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 1981
(zit.: Henschel)
- Hildebrandt, Helmut (Redakteur)
Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch
260. Auflage, Walter de Gruyter Verlag, Berlin 2004
(zit.: Pschyrembel)
- Högermeyer, Heinz
Ärztlicher Kunstfehler
Diss., Universität Tübingen, 1991
(zit.: Högermeyer)
- Jürgens, Oliver
Die Beschränkung der strafrechtlichen Haftung für ärztliche Behandlungsfehler
Band 72 der Reihe: Recht und Medizin,
Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2005
(zit.: Jürgens)
- Kluth, Winfried
Kassenärztliche Vereinigungen -Körperschaften des öffentlichen Rechts
Medizinrecht 2003, S.123 f.
(zit.: Kluth, MedR 2003)
- Köbler, Gerhard
Juristisches Wörterbuch
12. Auflage, Franz Vahlen Verlag, München, 2003
(zit.: Köbler)
- Krumpanszky, Hans Georg
Sethe, Rolf
Selbmann, Hans-Konrad
Die Häufigkeit von Behandlungsfehlervorwürfen in der Medizin
Versicherungsrecht 1997, S. 420 f.
(zit.: Krumpanszky, VersR 1997)
- Laufs, Adolf
Arztrecht
5. Auflage, Beck Verlag, München, 1993
(zit.: Laufs)
- Laufs, Adolf
Uhlenbruck, Wilhelm
Handbuch des Arztrechts
3. Auflage, Beck Verlag, München 2002
(zit.: Laufs/Uhlenbruck - Bearbeiter)
- Laum, H. Dieter
Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein
Kurzkommentar
Verlag Dr. Otto Schmidt, Köln 2001
(zit.: Kom. - Nordrhein)
- Lippert, Hans-Dieter
Gutachterkommission und Schlichtungsstellen bei der Schadensabwicklung in der Arzthaftung
Versicherung und Recht 1998, S. 279 f.
(zit.: Lippert, VuR 1998)
- Matthies, Karl-Heinz
Schiedsinstanzen im Bereich der Arzthaftung:
Soll und Haben
Band 86 der Schriften zum Bürgerlichen Recht,
Duncker und Humblot, Berlin, 1984
(zit.: Matthies, Soll und Haben)

- Neu, Johann
Petersen, Dietrich
Schellmann, Wulf-Dieter
Arzthaftung - Arztfehler
Orthopädie und Unfallchirurgie
Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2001
(zit.: Neu/Petersen/Schellmann)
- Neumann, Gerhard
Konsequenzen aus Entscheidungen von
Gutachterkommissionen
Medizinrecht 2003, S. 326 f.
(zit.: Neumann, MedR 2003)
- Palandt
Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch
65. Auflage, Beck Verlag, München 2006
(zit.: Palandt - Bearbeiter)
- Peters, Thomas Alexander
Defensivmedizin durch Rechtsunsicherheit im
Arztstrafverfahren?
Medizinrecht 2003, S. 218 f.
(zit.: Peters, MedR 2003)
- Peters, Thomas Alexander
Der strafrechtliche Arzthaftungsprozess
Diss., Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät der Universität des Saarlandes, 1999
(zit.: Peters)
- Petri, Susan
Todesfälle nach ärztlichen Behandlungsmaßnahmen
Band 3 der Schriftenreihe Forschungsergebnisse aus
dem Institut für Rechtsmedizin der Universität
Hamburg
Dr. Kovac Verlag, 2004
(zit.: Petri)
- Ratajczak, Thomas
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen -
Anspruch, Praxis, Perspektiven
Springer Verlag, Berlin 1990
(zit.: Ratajczak- Bearbeiter)
- Reiche, Dagmar (Leitung)
Roche Lexikon Medizin
5. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München 2003
(zit.: Medizin-Lexikon)
- Riedelmeier, Sabine
Ärztlicher Heileingriff und allgemeine
Strafrechtsdogmatik
Band 32 der Reihe: Düsseldorfer
Rechtswissenschaftliche Schriften,
Nomos - Verlag, 2004
(zit.: Riedelmeier)
- Rieger, Hans- Jürgen
Arzthaftung bei der Teamarbeit im Rahmen einer
Operation
-Anmerkungen zu BGH- Urteil vom 26.01.1999 VI
ZR376/97
Deutsche Medizinische Wochenschrift 1999, S. 573 f.
(zit.: Rieger, DMW 1999)
- Rumler-Detzel, Pia
Die Gutachterkommission und Schlichtungsstellen für
Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und
Patienten
Versicherungsrecht 1988, S. 6 f.
(zit.: Rumler - Detzel, VersR 1988)

- Scholz, Rainer
Prozessuale Fragen bei der Arzthaftung
recht und schaden 1996, S. 381 f.
(zit.: Scholz, r+s 1996)
- Schönke, Adolf
Schröder, Horst
Kommentar zum Strafgesetzbuch
27. Auflage, Beck Verlag, München, 2006
(zit.: Schönke/Schröder-Bearbeiter)
- Ulmer, Peter (Redakteur)
Münchener Kommentar zum Bürgerlichen
Gesetzbuch, Band 5, 4. Auflage,
Beck Verlag, München, 2004
(zit.: Mü-Ko-Bearbeiter)
- Winter, Clemens
Robotik in der Medizin
Band 74 der Reihe: Recht und Medizin,
Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main, 2005
(zit.: Winter)
- Zöller, Richard
Kommentar zur Zivilprozessordnung
25. Auflage, Schmidt Verlag, Köln, 2005
(zit.: Zöller-Bearbeiter)

Danksagung

Ich möchte Herrn Prof. Dr. Horst Rieger für die Überlassung des Themas meinen allerherzlichsten Dank aussprechen.

Dank seiner Anregung und Unterstützung war es mir vergönnt, ein überaus interessantes Thema auf einem für einen Juristen neuen Weg erfahren zu dürfen.

Weiter möchte ich bei Herrn Universitätsprofessor Dr. Dr. Heinrich Holling für die Hilfe bei den statistischen Auswertungen und für die Durchsicht der Arbeit sowie die helfende Einführung in die Welt der Empirie sehr herzlich bedanken.

Ein weiterer herzlicher Dank gilt der Ärztekammer Westfalen-Lippe, ganz besonders ihrem ehemaligen Hauptgeschäftsführer, Herrn Assessor Jörg-Erich Speth, ihrem Hauptgeschäftsführer Herrn Dr. phil. Michael Schwarzenau sowie ihrem Justitiar Herrn Assessor Bertram F. Koch dafür, dass sie mir den Zugang zu den Akten komplikationslos und schnell ermöglicht haben und mich in meiner Arbeit stets unterstützt haben.

Den Vorsitzenden der Gutachterkommission, namentlich Herrn Vorsitzender Richter am Landgericht a.D. Johannes Pfeiffer und Herrn Vorsitzender Richter am Landgericht a.D. Gerhard Erdmann möchte ich großen Dank aussprechen für die anregenden und informativen Gespräche über das Wesen der Gutachterkommission und die damit verbundene Möglichkeit, tiefer in die Materie eindringen zu können.

Auch danke ich herzlich der Leiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission, Frau Annette Lindner und ihrem Team von der Gutachterkommission für ihre Unterstützung, für die Organisation der Akten und die Bereitstellung der Räumlichkeiten.

Ein letzter großer Dank gilt abschließend meiner gesamten Familie, dem Büro meines Vaters und meiner Freundin Natascha, ohne deren jegliche Unterstützung die Arbeit nicht so schnell, wenn überhaupt, fertig geworden wäre.

Münster, im September 2007

Anlagen I

Rechtsnormen

Heilberufsgesetz (HeilBerG)

In der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Mai 2000 (GV. NRW.S. 403)

Zuletzt geändert durch Gesetz vom 1. März 2005 (GV. NRW. S. 148)

§ 8 HeilBerG

Soweit Stellen zur Begutachtung von Behandlungsfehlern als unselbstständige Einrichtungen durch Satzung errichtet werden, sind insbesondere zu regeln:

- 1. ihre Aufgaben,
- 2. die Voraussetzungen für ihre Tätigkeit,
- 3. ihre Zusammensetzung,
- 4. die Anforderungen an die Sachkunde, die Unabhängigkeit und die Pflichten der Mitglieder,
- 5. das Verfahren einschließlich der Antragsberechtigung,
- 6. die Aufgaben des Vorsitzes,
- 7. die Berichterstattung im Rahmen des Geschäftsberichts der Kammer.

Statut der „Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen“ bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 23. April 1977

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.529/SGV.NW.2122) das folgende Statut beschlossen, das durch Erlass des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein- Westfalen vom 31.05.1978- 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 Voraussetzung 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 staatsanwaltschaftliches 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 5 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 3 Mitglieder an. Sie werden vom Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe auf die Dauer von 5 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 Gutachtenwesen 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 Zustellung 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 Gutachten und Schlichtungsvorschlägen 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.

(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.

Statut der „Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen“ bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 27.11.2004

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Westfalen-Lippe hat in ihrer Sitzung am 27. November 2004 aufgrund § 8 Heilberufsgesetz (HeilBerG) vom 9. Mai 2000 (GV. NRW S. 403), zuletzt geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 2002 (GV. NRW S. 641)

folgende Neufassung des Statuts der Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe beschlossen.

§ 1 Gutachterkommission

(1) Bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist eine Kommission zur Begutachtung behaupteter ärztlicher Behandlungsfehler eingerichtet. 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 prüft auf Antrag, 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. 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 widerspricht.

Die den Antrag begründenden Tatsachen sind nachvollziehbar darzulegen.

Ist ein Patient verstorben, sind seine Erben berechtigt, den Antrag zu stellen oder das Verfahren fortzusetzen. Sie sollen ihre Erbenstellung glaubhaft machen.

(2) Der Antrag kann jederzeit zurückgenommen werden.

(3) Der Widerspruch des Antragsgegners ist nicht mehr zulässig, wenn ein ärztliches Mitglied mit der Sache befasst ist. Eine bereits erteilte Zustimmung kann von diesem Zeitpunkt an nicht mehr widerrufen werden.

(4) Die Gutachterkommission wird nicht tätig,

- a) wenn die ärztliche Behandlung in einem gerichtlichen oder staatsanwaltschaftlichen Verfahren bereits auf Fehler überprüft worden ist oder zur Überprüfung ansteht. Werden Gericht oder Staatsanwaltschaft nach Einleitung des Verfahrens angerufen, setzt die Gutachterkommission das Verfahren zunächst aus.
- b) wenn der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung länger als 5 Jahre zurückliegt,
- c) wenn kein Behandlungsfehler geltend gemacht wird,
- d) wenn es sich um behauptete Schäden im Zusammenhang mit der Erstattung von ärztlichen Gutachten handelt,
- e) wenn wegen des Behandlungsfehlers Ansprüche aus Amtshaftung geltend gemacht werden können.

§ 5 Zusammensetzung

(1) Mitglieder der Gutachterkommission sind Ärzte und Juristen mit der Befähigung zum Richteramt.

(2) Die Mitglieder der Gutachterkommission sollen über langjährige Erfahrung verfügen und mit dem Gutachterwesen vertraut sein. Sie sind ehrenamtlich tätig. Sie werden vom Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe für die Dauer von 5 Jahren berufen.

Der Vorstand kann aus wichtigem Grund ein Mitglied abberufen.

(3) Die Mitglieder der Gutachterkommission beachten den Datenschutz und sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

§ 6 Verfahren

(1) Im Einzelfall entscheidet die Gutachterkommission durch einen Juristen, der das Verfahren leitet (Vorsitzender) und zwei Ärzte, die in dem gleichen Fachgebiet tätig sind wie der betroffene Arzt. Die beiden Ärzte werden von dem Vorsitzenden aus dem Kreis der ärztlichen Mitglieder ausgewählt.

(2) Das Verfahren vor der Gutachterkommission wird grundsätzlich schriftlich geführt. In besonderen Fällen kann sich der Vorsitzende auf Wunsch eines ärztlichen Mitglieds mit der

persönlichen Untersuchung eines Patienten durch das ärztliche Mitglied einverstanden erklären.

(3) Der Vorsitzende ist für die ordnungsgemäße Durchführung des Verfahrens verantwortlich. Er holt insbesondere die sachdienlichen Unterlagen (ärztliche Dokumentationen, medizinische Befunde u. a.) und die Stellungnahmen der Beteiligten ein. Er kann sich der Dienste der Geschäftsstelle der Ärztekammer Westfalen-Lippe bedienen.

§ 7 Aufklärung des Sachverhaltes, Beweiswürdigung

(1) Der Sachverhalt ist möglichst schnell und umfassend aufzuklären. Über wesentliche Verfahrensschritte sind die Beteiligten mit der Möglichkeit zur Stellungnahme zu informieren. Der Vorsitzende gibt den Beteiligten insbesondere die Namen der ärztlichen Mitglieder der Kommission bekannt, bevor diese mit der Sache befasst werden. Einwendungen sind binnen zwei Wochen zu erheben. Die Vorschriften der Zivilprozessordnung über die Ausschließung und Ablehnung gelten für die Mitglieder der Gutachterkommission entsprechend. Über Ablehnungsanträge entscheidet der Vorsitzende.

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

§ 8 Abschließende Entscheidung

(1) Die Gutachterkommission beschließt mit Stimmenmehrheit.

(2) Die abschließende Entscheidung der Gutachterkommission ist schriftlich abzufassen, zu begründen und vom Vorsitzenden zu unterzeichnen. Die in den Verfahren erstellten Gutachten sind in Kopie beizufügen. Die Gutachten sollen sich mit dem Vorbringen der Beteiligten auseinandersetzen und aus sich heraus verständlich sein.

(3) Die Gutachterkommission kann in geeigneten Fällen einen Schlichtungsversuch unternehmen. Dazu kann der Vorsitzende die Beteiligten auch zu einer mündlichen Verhandlung laden. Die Haftpflichtversicherung des betroffenen Arztes ist über den Termin zu informieren.

(4) Die Ärztekammer Westfalen-Lippe und die Mitglieder der Gutachterkommission werden aus Gutachten, Schlichtungsvorschlägen und abschließenden Entscheidungen 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) Den Beteiligten werden Auslagen oder Kosten ihrer Vertretung nicht erstattet.
- (4) Der Vorsitzende der Gutachterkommission erhält für seine Tätigkeit eine vom Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe festzusetzende Aufwandsentschädigung.
Im Übrigen gilt die Spesenordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe.
- (5) Sachauslagen der ärztlichen Mitglieder können erstattet werden. Von der Haftpflichtversicherung des betroffenen Arztes nach Abschluss des Verfahrens zur Verfügung gestellte Beträge werden anteilig an die an dem Verfahren beteiligten ärztlichen Mitglieder weitergeleitet.

§ 10 Jahresbericht

Die Gutachterkommission erstattet dem Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe für dessen Geschäftsbericht jährlich einen Tätigkeitsbericht.

§ 11 Inkrafttreten

Dieses Statut tritt am Tag nach der Veröffentlichung im „Westfälischen Ärzteblatt“ in Kraft. Gleichzeitig tritt das Statut der „Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen“ vom 23.04.1977 außer Kraft.

§ 157 ZPO

Ungeeignete Vertreter; Prozessagenten

- (1) Mit Ausnahme der Rechtsanwälte sind Personen, die die Besorgung fremder Rechtsangelegenheiten vor Gericht geschäftsmäßig betreiben, als Bevollmächtigte und Beistände in der Verhandlung ausgeschlossen. Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie als Partei einen ihnen abgetretenen Anspruch geltend machen und nach der Überzeugung des Gerichts der Anspruch abgetreten ist, um ihren Ausschluss von der Verhandlung zu vermeiden.
- (2) Das Gericht kann Parteien, Bevollmächtigten und Beiständen, die nicht Rechtsanwälte

sind, wenn ihnen die Fähigkeit zum geeigneten Vortrag mangelt, den weiteren Vortrag untersagen. Diese Anordnung ist unanfechtbar.

(3) Die Vorschrift des Absatzes ist auf Personen, denen das mündliche Verhandeln vor Gericht durch Anordnung der Justizverwaltung gestattet ist, nicht anzuwenden. Die Justizverwaltung soll bei ihrer Entschließung sowohl auf die Eignung der Person als auch darauf Rücksicht nehmen, ob im Hinblick auf die Zahl der bei dem Gericht zugelassenen Rechtsanwälte ein Bedürfnis zur Zulassung besteht.

§ 249 BGB

Art und Umfang des Schadensersatzes

(1) Wer zum Schadensersatz verpflichtet ist, hat den Zustand herzustellen, der bestehen würde, wenn der zum Ersatz verpflichtende Umstand nicht eingetreten wäre.

(2) Ist wegen Verletzung einer Person oder wegen Beschädigung einer Sache Schadensersatz zu leisten, so kann der Gläubiger statt der Herstellung den dazu erforderlichen Geldbetrag verlangen. Bei der Beschädigung einer Sache schließt der nach Satz 1 erforderliche Geldbetrag die Umsatzsteuer nur mit ein, wenn und soweit sie tatsächlich angefallen ist.

§ 280 BGB

Schadensersatz wegen Pflichtverletzung

(1) Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

(2) Schadensersatz wegen Verzögerung der Leistung kann der Gläubiger nur unter der zusätzlichen Voraussetzung des § 286 verlangen.

(3) Schadensersatz statt der Leistung kann der Gläubiger nur unter den zusätzlichen Voraussetzungen des § 281, des § 282 oder des § 283 verlangen.

§ 281 BGB

Schadensersatz statt der Leistung wegen nicht oder nicht wie geschuldet erbrachter Leistung

(1) Soweit der Schuldner die fällige Leistung nicht oder nicht wie geschuldet erbringt, kann der Gläubiger unter den Voraussetzungen des § 280 Abs. 1 Schadensersatz statt der Leistung verlangen, wenn er dem Schuldner erfolglos eine angemessene Frist zur Leistung oder Nacherfüllung bestimmt hat. Hat der Schuldner eine Teilleistung bewirkt, so kann der Gläubiger Schadensersatz statt der ganzen Leistung nur verlangen, wenn er an der Teilleistung kein Interesse hat. Hat der Schuldner die Leistung nicht wie geschuldet bewirkt, so kann der Gläubiger Schadensersatz statt der ganzen Leistung nicht verlangen, wenn die Pflichtverletzung unerheblich ist.

(2) Die Fristsetzung ist entbehrlich, wenn der Schuldner die Leistung ernsthaft und endgültig verweigert oder wenn besondere Umstände vorliegen, die unter Abwägung der beiderseitigen Interessen die sofortige Geltendmachung des Schadensersatzanspruchs rechtfertigen.

(3) Kommt nach der Art der Pflichtverletzung eine Fristsetzung nicht in Betracht, so tritt an deren Stelle eine Abmahnung.

(4) Der Anspruch auf die Leistung ist ausgeschlossen, sobald der Gläubiger statt der Leistung Schadensersatz verlangt hat.

(5) Verlangt der Gläubiger Schadensersatz statt der ganzen Leistung, so ist der Schuldner zur Rückforderung des Geleisteten nach den §§ 346 bis 348 berechtigt.

§ 823 BGB

Schadensersatzpflicht

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 223 StGB

Körperverletzung

(1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

§ 229 StGB

Fahrlässige Körperverletzung

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Anhang II

Materialien

Erläuterungen des der Arbeit zugrunde liegenden Fragebogens

Angaben im Fragebogen Erläuterungen

A. Angaben zur Person des Patienten	Unterteilung (in Klammern: operationalisierte Zahlenwerte für Merkmal)
a. Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> männlich (1) <input type="radio"/> weiblich (2)
b. Alter	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 0-9 Jahre (1), <input type="radio"/> 10-19 Jahre (2) <input type="radio"/> 20-29 Jahre (3) <input type="radio"/> 30-39 Jahre (4) <input type="radio"/> 40-49 Jahre (5) <input type="radio"/> 50-59 Jahre (6) <input type="radio"/> 60-69 Jahre (7) <input type="radio"/> 70-79 Jahre (8) <input type="radio"/> 80-89 Jahre (9) <input type="radio"/> 90-99 Jahre (10)
c. Beruf	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Arbeitslos (1) <input type="radio"/> Führung des Haushalts (2) <input type="radio"/> Angestellt (3) <input type="radio"/> Beamtet (4) <input type="radio"/> Selbstständig (5) <input type="radio"/> in Ausbildung (6) <input type="radio"/> verrentet (7) <input type="radio"/> pensioniert (8)
d. Schule/berufliche Qualifikation	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> hoch (Abitur, Studium, Meister) (1) <input type="radio"/> mittel (Mittlere Reife, Ausbildung) (2) <input type="radio"/> gering (keinen Schulabschluss, keine Berufsausbildung) (3)
e. Nationalität	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> deutsch (1) <input type="radio"/> Aussiedler (2) <input type="radio"/> EU-Bürger (3) <input type="radio"/> Ausländer (derjenige, der nicht Teil der eben genannten Gruppen ist) (4)
B. Angaben zum behandelnden Arzt	
a. Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> ein Mann (1) <input type="radio"/> zwei Männer (2) <input type="radio"/> drei Männer (3) <input type="radio"/> vier Männer (4) <input type="radio"/> eine Frau (5) <input type="radio"/> zwei Frauen (6) <input type="radio"/> ein Mann und eine Frau (7) <input type="radio"/> zwei Männer und eine Frau (8) <input type="radio"/> drei Männer und eine Frau (9)
b. Alter	Dekaden von 20 bis 70 Jahre und älter, z. B. 20-29 Jahre [aufgrund fehlender Angaben keine Eintragung]
c. Qualifikation des Arztes	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Arzt in Weiterbildung (1) <input type="radio"/> Facharzt (5) <input type="radio"/> Oberarzt (9)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Chefarzt (17) ○ niedergelassener Arzt nach Fachrichtung (20) ○ (fehlende Werte in der logischen Reihenfolge sind Mehrzahl der jeweiligen Fachrichtung, z.B. 6 = FA Chirurgie)
C. Angaben zum Behandlungsort / der Region	Die Einteilung in Regionen bzw. die Zuordnung zu Regionen erfolgte mittels der im Text abgebildeten Karte der Verwaltungsbezirke der Ärztekammer Westfalen-Lippe(siehe Abbildung 1.)
a. Arztpraxis nach Fachrichtung	<ul style="list-style-type: none"> ○ Münsterland Chirurgie (1) ○ Münsterland Orthopädie (2) ○ Münsterland Allgemein (3) ○ Münsterland Unfallchirurgie (4) ○ Münsterland zweimal Unfallchirurgie (5) ○ Ruhrgebiet Chirurgie (6) ○ Ruhrgebiet Allgemein (7) ○ Ruhrgebiet Sportmedizin (8) ○ Ruhrgebiet Unfallchirurgie(9) ○ Ruhrgebiet Chirurgie und Sportmedizin (10) ○ Ruhrgebiet zweimal Chirurgie (11) ○ Ostwestfalen-Lippe Chirurgie (12) ○ Ostwestfalen-Lippe Orthopädie (13) ○ Ostwestfalen-Lippe Allgemein (14) ○ Ostwestfalen-Lippe Unfallchirurgie (15) ○ Ostwestfalen-Lippe zweimal Orthopädie(16)
b. Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ○ Regelversorgung Münsterland (1) ○ Regelversorgung Ruhrgebiet (2) ○ Regelversorgung Ostwestfalen-Lippe (3) ○ Maximalversorgung Ruhrgebiet (4) ○ akademisches Lehrkrankenhaus Münsterland (5) ○ akademisches Lehrkrankenhaus Ruhrgebiet (6) ○ akademisches Lehrkrankenhaus Ostwestfalen-Lippe (7) ○ Universitätsklinik Münsterland (8) ○ Universitätsklinik Ruhrgebiet (9) ○ keine Behandlung in einem Krankenhaus (10) ○ akademisches Lehrkrankenhaus Ruhrgebiet und Uniklinik Ruhrgebiet (11) ○ akademisches Lehrkrankenhaus Münsterland und Regelversorgung Ruhrgebiet (12) <p>(Einteilung erfolgte mittels Bettenzahl bzw. Funktion im Gesundheitswesen; siehe zur möglichen Klassifizierung der Krankenhäuser die Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie: http://www.dguonline.de/de/unfallchirurgie/strukturpapier/anhang1.jsp)</p>
c. Wohnung des Patienten	
d. andere Behandlungsorte	z.B. Straße, Unfallstelle etc.
D. Angaben zur Behandlungszeit	
a. Datum	Tag der Behandlung
b. Uhrzeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ 07.00 Uhr bis 10.59 Uhr = vormittags (1) ○ 11.00 Uhr bis 12.59 Uhr = mittags (2) ○ 13.00 Uhr bis 15.59 Uhr = tagsüber (3) ○ 16.00 Uhr bis 17.59 Uhr = nachmittags (4) ○ 18.00 Uhr bis 21.59 Uhr = abends (5) ○ 22.00 Uhr bis 6.59 Uhr = nachts (6)
E. Angaben zur Erkrankung Ursache der	<ul style="list-style-type: none"> ○ privater Unfall (1) ○ Verkehrsunfall (2) ○ Arbeitsunfall (3)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wahleingriff (4) ○ Beratung (5) ○ Behandlung (6)
F. Angaben zur Art der Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fraktur (1) ○ Entzündung (2) ○ Weichteilverletzung (3) ○ Risse (4) ○ Zerrungen/Überdehnungen (5) ○ notwendige Operationen (6) ○ innere Verletzungen (7) ○ Infektionen (8) ○ Amputationen (9)
G. Angaben zum Ort der Erkrankung/der sich am Körper des Patienten niederschlagenden, möglichen fehlerhaften Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kopf (1) ○ Brustkorb/Oberkörper (2) ○ Arm (3) ○ Hand (4) ○ Unterleib/Becken (5) ○ Bein (6) ○ Fuß (7) ○ Wirbelsäule (8) ○ Gelenke (9) ○ Finger (10) ○ Zehen (11) <p style="text-align: center;">Kombination der Zahlen = genauere Lokalisation</p>
H. Angaben zur Art des Behandlungsvorwurfs	bezüglich der weitergehenden Definitionen eines Behandlungsfehlers wird auf S. verwiesen
a. Organisationsverschulden	z.B. zu lange, damit den Behandlungserfolg gefährdende Wartezeiten (1)
b. Aufklärungsfehler	z.B. nicht ausreichende Aufklärung über den medizinischen Sachverhalt (2)
c. Operations- bzw. Behandlungsfehler	z.B. Operation oder Behandlung entsprechen nicht dem medizinischen Standard (3,4)
d. Vorsorge- bzw. Diagnosefehler	z.B. kein Erkennen einer indizierten Gefahrenlagen für den Patienten (5,6)
e. Nachsorge- bzw. Pflegefehler	z.B. keine ausreichende Wundversorgung, falsche Lagerung der Wunde (7)
f. Fehler bei notfallmäßiger Behandlung	z.B. fehlerhafte Behandlung/Diagnose bei akuter Notlage (8)
g. Fehler bei der Vergabe von Medikamenten	z.B. falsche medikamentöse Versorgung nach Operation (9) Kombination der Zahlen = mehrere Vorwürfe
I. Vorliegen eines Behandlungsfehlers	
a. Urteil Erstgutachter	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nein (2) ○ Ja (1), mit Erläuterung, welcher Fehler aus Sicht des Erstgutachters vorliegt ○ Organisationsfehler (13) ○ Diagnosefehler (14) ○ Nachsorgefehler (15) ○ Fehler während der notfallmäßigen Behandlung (16) ○ Aufklärungsfehler (17) ○ Fehler durch die Operation (18) ○ Fehler, aber kein Schaden feststellbar (19) ○ Vorsorgefehler (110) ○ Behandlungsfehler (111) ○ keine Kausalität Behandlung Arzt-Schaden Patient (112) ○ Fehler während der Medikation (113) <p style="text-align: center;">Kombination der Zahlen = mehrere Fehler</p>
b. Urteil Zweitgutachter	unterteilt wie Erstgutachter
c. mögliche Einschaltung eines	unterteilt wie Erstgutachter; Einschaltung, wenn Differenzen Erst- und

Drittgutachters	Zweitgutachter bezüglich des Vorwurfs bestehen
d. Entscheidung der Kommission bzw. des Vorsitzenden	unterteilt wie Erstgutachter; mit weiterer Angabemöglichkeit, dass kein Schaden festgestellt werden konnte
J. Hinzuziehung eines Anwalts seitens des Patienten	<input type="radio"/> Ja (1) <input type="radio"/> Nein (2)
K. tödlicher Verlauf der Krankheit	<input type="radio"/> Ja (1) <input type="radio"/> Nein (2)
L. Hinzuziehung weiterer Ärzte durch den Patienten	<input type="radio"/> Nein (2) <input type="radio"/> Ja (1) <input type="radio"/> Ja, Krankenhaus/Uniklinik (3) <input type="radio"/> Ja, Reha-Klinik (4) <input type="radio"/> Ja, Allgemeinmediziner (5) <input type="radio"/> Ja, Orthopäde (6) <input type="radio"/> Ja, Neurologe (7) <input type="radio"/> Ja, Chirurg (8) <input type="radio"/> Ja, HNO-Arzt (9) <input type="radio"/> Ja, Augenarzt (10) <input type="radio"/> Ja, Radiologe (11) <input type="radio"/> Ja, Psychiater (12) <input type="radio"/> Ja, Internist (13) Kombination der Zahlen = mehrere Ärzte
es sei darauf hingewiesen, dass Daten, die nicht erfasst werden konnten, mit einer 0 bezeichnet wurden	z.B.: Alter des behandelnden Arztes = keine Angaben = 0

Ergebnislisten:

- des Erstgutachters

	Fälle					
	gültig		fehlend		gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Geschlecht der Patienten * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	398	97,8%	9	2,2%	407	100,0%
Berufsbild der Patienten * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	380	93,4%	27	6,6%	407	100,0%
Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	274	67,3%	133	32,7%	407	100,0%
Gruppierung der behandelten Patientengruppen * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	395	97,1%	12	2,9%	407	100,0%
Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	398	97,8%	9	2,2%	407	100,0%
Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	378	92,9%	29	7,1%	407	100,0%

Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	393	96,6%	14	3,4%	407	100,0%
Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	385	94,6%	22	5,4%	407	100,0%
Gruppierung der Art der Erkrankungen * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	396	97,3%	11	2,7%	407	100,0%
Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	397	97,5%	10	2,5%	407	100,0%
Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	378	92,9%	29	7,1%	407	100,0%
Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	66	16,2%	341	83,8%	407	100,0%
Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	386	94,8%	21	5,2%	407	100,0%

Patient während der Dauer der Behandlung verstorben * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	398	97,8%	9	2,2%	407	100,0%
Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	398	97,8%	9	2,2%	407	100,0%
Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	398	97,8%	9	2,2%	407	100,0%
Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung * Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	205	50,4%	202	49,6%	407	100,0%

			Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt
			Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	
Uhrzeit der Behandlung	von 7.00 Uhr bis 10.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	4 22,2%	14 77,8%	18 100,0%
	von 11.00 Uhr bis 14.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	101 33,7%	199 66,3%	300 100,0%
	von 15.00 Uhr bis 18.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	6 28,6%	15 71,4%	21 100,0%
	von 19.00 Uhr bis 22.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	15 38,5%	24 61,5%	39 100,0%
	von 23.00 Uhr bis 6.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	6 30,0%	14 70,0%	20 100,0%
	gesamt	korreliert mit	132	266	398

Uhrzeit der Behandlung	33,2%	66,8%	100,0%
---------------------------	-------	-------	--------

Kreuztabellierung Uhrzeit der Behandlung mit Behandlungsfehler.

		Grobfassung der Feststellungen des Erstgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt	
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor		
Alter der Patienten	0 - 9 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	4 26,7%	11 73,3%	15 100,0%
	10 - 19 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	17 53,1%	15 46,9%	32 100,0%
	20 - 29 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	14 32,6%	29 67,4%	43 100,0%
	30 - 39 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	24 30,0%	56 70,0%	80 100,0%
	40 - 49 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	31 36,5%	54 63,5%	85 100,0%
	50 - 59 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	16 26,2%	45 73,8%	61 100,0%
	60 - 69 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	17 32,7%	35 67,3%	52 100,0%
	70 - 79 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	6 27,3%	16 72,7%	22 100,0%
	80 - 89 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	2 28,6%	5 71,4%	7 100,0%
	90 - 99 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
	gesamt	korreliert mit Alter der Patienten	132 33,2%	266 66,8%	398 100,0%

Kreuztabellierung Alter der Patienten mit Behandlungsfehler.

- des Zweitgutachters

	Fälle					
	gültig		fehlend		gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Geschlecht der Patienten * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	400	98,3%	7	1,7%	407	100,0%
Berufsbild der Patienten * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	382	93,9%	25	6,1%	407	100,0%
Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	276	67,8%	131	32,2%	407	100,0%
Gruppierung der behandelten Patientengruppen * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	397	97,5%	10	2,5%	407	100,0%
Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	400	98,3%	7	1,7%	407	100,0%
Zusammenfassung der Arten des Vorwurfs * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	379	93,1%	28	6,9%	407	100,0%
Zusammenfassung der Versorgungsstufen des behandelnden Krankenhauses * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	395	97,1%	12	2,9%	407	100,0%

Zusammenfassung Geschlecht der behandelnden Ärzte * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	387	95,1%	20	4,9%	407	100,0%
Gruppierung der Art der Erkrankungen * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	398	97,8%	9	2,2%	407	100,0%
Gruppierung der Erkrankungen/Fehlbehandlungen nach Körperregionen * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	399	98,0%	8	2,0%	407	100,0%
Gruppierung der Arten der Behandlungsfehlervorwürfe nach der Anzahl * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	379	93,1%	28	6,9%	407	100,0%
Gruppierung der Arztpraxen, in denen die Behandlung stattgefunden haben, nach Region * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	66	16,2%	341	83,8%	407	100,0%
Gruppierung der Ärzte nach Qualifikation * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	388	95,3%	19	4,7%	407	100,0%
Patient während der Dauer der Behandlung verstorben * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	400	98,3%	7	1,7%	407	100,0%

Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	400	98,3%	7	1,7%	407	100,0%
Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	400	98,3%	7	1,7%	407	100,0%
Gruppierung der konsultierten Zweitärzte nach Anzahl und Fachrichtung * Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers	204	50,1%	203	49,9%	407	100,0%

		Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers			
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor	gesamt	
Uhrzeit der Behandlung	von 7.00 Uhr bis 10.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	3 16,7%	15 83,3%	18 100,0%
	von 11.00 Uhr bis 14.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	98 32,6%	203 67,4%	301 100,0%
	von 15.00 Uhr bis 18.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	8 36,4%	14 63,6%	22 100,0%
	von 19.00 Uhr bis 22.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	11 28,2%	28 71,8%	39 100,0%
	von 23.00 Uhr bis 6.59 Uhr	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	7 35,0%	13 65,0%	20 100,0%
	gesamt	korreliert mit Uhrzeit der Behandlung	127 31,8%	273 68,3%	400 100,0%

Kreuztabellierung Uhrzeit der Behandlung und Behandlungsfehler

		Grobfassung der Feststellungen des Zweitgutachters über Vorliegen eines Behandlungsfehlers		gesamt	
		Behandlungsfehler liegt vor	Behandlungsfehler liegt nicht vor		
Alter der Patienten	0 - 9 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	7 46,7%	8 53,3%	15 100,0%
	10 - 19 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	14 43,8%	18 56,3%	32 100,0%
	20 - 29 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	12 27,9%	31 72,1%	43 100,0%
	30 - 39 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	24 29,3%	58 70,7%	82 100,0%
	40 - 49 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	26 31,3%	57 68,7%	83 100,0%
	50 - 59 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	18 29,0%	44 71,0%	62 100,0%
	60 - 69 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	17 32,1%	36 67,9%	53 100,0%
	70 - 79 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	4 18,2%	18 81,8%	22 100,0%
	80 - 89 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	4 57,1%	3 42,9%	7 100,0%
	90 - 99 Jahre	korreliert mit Alter der Patienten	1 100,0%	0 ,0%	1 100,0%
	gesamt	korreliert mit Alter der Patienten	127 31,8%	273 68,3%	400 100,0%

Kreuztabellierung Alter des Patienten und Behandlungsfehler.

- der Kommission

	Fälle					
	gültig		fehlend		gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Geschlecht der Patienten * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Alter der Patienten * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Berufsbild der Patienten * Entscheidung der Kommission	385	94,6%	22	5,4%	407	100,0%
Bildung/berufliche Qualifikation der Patienten * Entscheidung der Kommission	279	68,6%	128	31,4%	407	100,0%
Nationalität der Patienten * Entscheidung der Kommission	401	98,5%	6	1,5%	407	100,0%
Geschlecht des behandelnden Arztes * Entscheidung der Kommission	391	96,1%	16	3,9%	407	100,0%
Qualifikation des behandelnden Arztes * Entscheidung der Kommission	392	96,3%	15	3,7%	407	100,0%
Region der Praxis und Qualifikation des niedergelassenen behandelnden Arztes * Entscheidung der Kommission	66	16,2%	341	83,8%	407	100,0%
Region und Versorgungsstufe des behandelnden Krankenhauses * Entscheidung der Kommission	399	98,0%	8	2,0%	407	100,0%
anderer Ort der Behandlung * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Uhrzeit der Behandlung * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Art des Vorwurfs * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Ursache der Erkrankung/des fehlerhaften Eingriffs * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%

Ort der sich am Körper des Patienten niederschlagenden, möglichen fehlerhaften Behandlung/Erkrankung * Entscheidung der Kommission	403	99,0%	4	1,0%	407	100,0%
Art der Erkrankung * Entscheidung der Kommission	403	99,0%	4	1,0%	407	100,0%
Urteil des Erstgutachters * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Urteil des Zweitgutachters * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Urteil des Drittgutachters * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Anwalt mit der Interessenwahrnehmung beauftragt * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Patient während der Dauer der Behandlung verstorben * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%
Konsultation eines Zweitarztes/Qualifikation des Zweitarztes * Entscheidung der Kommission	321	78,9%	86	21,1%	407	100,0%
Grobgruppierung der zeitlichen Differenz zwischen Behandlung und Eingang der Beschwerde bei der Kommission * Entscheidung der Kommission	404	99,3%	3	,7%	407	100,0%

Urliste der Entscheidungen der Kommission vor Zusammenfassung