

30 Jahre

Gutachterkommissionen

der Landesärztekammer

Baden-Württemberg

Dokumentation

der Festveranstaltung



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Herausgeber:

Landesärztekammer Baden-Württemberg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart

www.aerztekammer-bw.de

Konzeption, Redaktion und Fotos:

Ärztliche Pressestelle, Leiter: Dr. med. Oliver Erens

© 2006 Landesärztekammer Baden-Württemberg, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten.

Nachdruck oder Vervielfältigung auf Papier und elektronischen Datenträgern
sowie Einspeisung in Datennetze nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Diese Dokumentation ist auch als PDF-Dokument auf der Homepage der
Landesärztekammer Baden-Württemberg unter www.aerztekammer-bw.de verfügbar.



Vorwort

Dr. med. Ulrike Wahl, Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Mit einer Festveranstaltung feierte die Landesärztekammer Baden-Württemberg das 30-jährige Bestehen unserer Gutachterkommissionen. Mit der vorliegenden Veröffentlichung dokumentieren wir die Festvorträge der Veranstaltung.

Die Gutachterkommissionen werden in Zeiten, in denen die Worte Patientensouveränität und Patientenautonomie und Patientenrechte auf den Fahnen aller Parteien stehen, von der Öffentlichkeit mehr denn je wahrgenommen. Als 1976 in Baden-Württemberg bei jeder der vier Bezirksärztekammern die Gutachterkommissionen gegründet wurden, sollte eine Einrichtung geschaffen werden, die in medizinischen Schadensfällen die Aufgabe des Vermittlers zwischen Arzt und Patient wahrnehmen kann. Dies ist uns gelungen.

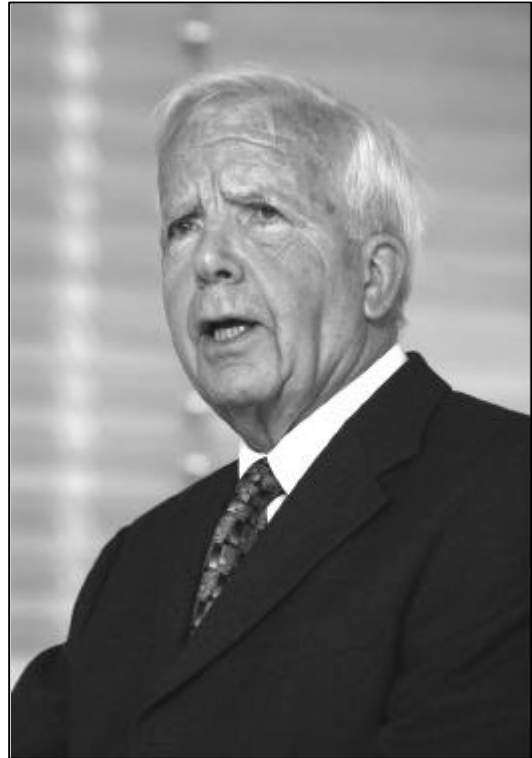
Die Gutachterkommissionen bieten geschädigten Patienten einen unbürokratischen und kostenfreien Weg für eine sachliche Klärung ihrer Beschwerden und Probleme. Das Votum der Gutachterkommission zu der Frage Behandlungsfehler kann dem Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche erleichtern, kann aber auch Ärzte bei der Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe unterstützen. Die Gutachterkommissionen sind örtlich und

ter Vorwürfe unterstützen. Die Gutachterkommissionen sind örtlich und organisatorisch bei den Ärztekammern angesiedelt und werden auch im wesentlichen aus Kammerbeiträgen finanziert. Genau das hat ihnen gelegentlich den Vorwurf mangelnder Objektivität eingetragen. Zu Unrecht, denn in ihrer Tätigkeit und Entscheidung sind sie weisungsfrei, unabhängig und allein ihrem Gewissen und ihrer fachlichen Überzeugung verantwortlich.

Wer einmal Einblick genommen hat in die Prozesse der Wahrheitsfindung und Schadenserkenntnis, der weiß, dass das Klischee „Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“ hier nicht gilt. Die Gutachterkommissionen genießen als Instrument der außergerichtlichen Streitschlichtung ein hohes Ansehen bei Anwaltschaft und Justiz.

Auf ärztlicher Seite dienen die Gutachterkommissionen aber nicht nur der Streitschlichtung, sie haben zunehmend eine neue Bedeutung im Bereich der Fehlerprävention in der ärztlichen Versorgung. Fehlerprävention bedeutet nichts anderes, als Fehlerquellen zu identifizieren und Wege zu finden, damit sie vermieden werden.

Die Arbeitsergebnisse der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen werden bundesweit ausgewertet. Dies geschieht im Rahmen der bei der Bundesärztekammer gebildeten Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Hier liegt unendlich viel Material, das nach entsprechender Aufarbeitung einen wertvollen Beitrag für die ärztliche Fortbildung, zur Fehlerprophylaxe und damit zur Qualitätssicherung leisten kann.



30 Jahre Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg

Dr. iur. Karl-Eberhard Nick, Vorsitzender der Gutachterkommission Nordwürttemberg

Am 4. Dezember 1976 hat die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg das „Statut einer Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht“ beschlossen und damit von der in § 4 I, 9 des Baden-Württembergischen Kammergesetzes enthaltenen Ermächtigung Gebrauch gemacht. Mit der Einrichtung solcher Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen haben die Landesärztekammern in der Bundesrepublik in den Jahren 1975 bis 1978 Neuland betreten. Das Ziel ist in den jeweiligen Verfahrensordnungen übereinstimmend dahin umschrieben, dass 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 erleichtert werden soll. Damit sollte dem gewachsenen Selbstbewusstsein des Patienten im Rahmen des ärztlichen Dienstleistungsverhältnisses Rechnung getragen und dem Vertrauensverlust im Arzt/Patientenverhältnis begegnet werden.

In den vergangenen Jahren hat sich eine erhöhte Sensibilität der Patienten im Hinblick auf Verbraucher- und Versichertenrechte ergeben und zu einer gesundheitspolitischen öffentlichen Diskussion geführt. Es gibt eine Dokumentation des Bundesjustizministeriums und des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales über „Patientenrechte in Deutschland“. Seit dem Gesundheitsreformgesetz 1988 unterstützen auch die Krankenkassen die Patienten bei der Aufklärung vermuteter Behandlungsfehler. Patienten, die der Meinung sind, durch ärztliche Behandlungsfehler geschädigt worden zu sein, haben heute (abgesehen von einer Strafanzeige) in Deutschland vier Möglichkeiten, ihre Ansprüche gegenüber dem behandelnden Arzt geltend zu machen: Direkt über die Haftpflichtversicherung des Arztes, über die zuständige gesetzliche Krankenkasse und den Medizinischen Dienst, durch Anrufung der Gutachterkommission und schließlich im Wege des Zivilprozesses. Hierbei erscheint der kostenfreie Weg über den Medizinischen Dienst oder die Gutachterkommission für den Patienten einfacher und mit weniger bürokratischem Aufwand verbunden. Welchen Weg der Patient beschreiten wird, hängt allerdings vom Einzelfall ab, so dass eine generelle Bewertung der verschiedenen Möglichkeiten nur eingeschränkt möglich ist. Soweit am Verfahren der Gutachterkommissionen Kritik geäußert wird, soll hierauf später noch eingegangen werden.

In Baden-Württemberg fällt zunächst auf, dass es vier Gutachterkommissionen gibt, die bei den Bezirksärztekammern Nordwürttemberg in Stuttgart, Südwürttemberg in Reutlingen, Südbaden in Freiburg und Nordbaden in Karlsruhe angesiedelt sind. Grundlage für ihre Tätigkeit ist nach wie vor das Statut vom 4. Dezember 1976, das mit wenigen Ergänzungen heute noch als vom Sozialministerium Baden-Württemberg genehmigte Satzung in der Fassung vom 10. August 2005 gilt. Danach besteht die Kommission aus einem Mitglied, das die Befähigung zum Richteramt haben muss (Vorsitzender), einem Arzt, der niedergelassen ist oder war und über langjährige breit gefächerte berufspraktische Erfahrungen verfügt, und einem ärztlichen Mitglied aus Klinik oder Praxis, das die gleiche Gebietsbezeichnung führt wie der betroffene Arzt. Die Mitglieder der Kommission werden vom Vorstand der Landesärztekammer auf die Dauer von fünf Jahren bestellt. Sie sind unabhängig und an Weisungen nicht gebunden. Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen ist für die Beteiligten kostenfrei. Die Mitglieder der Kommission erhalten eine Entschädigung nach dem Reisekostenstatut der Landesärztekammer beziehungsweise eine Aufwandsentschädigung. Anders als in den übrigen Bundesländern ist der Haftpflichtversicherer des betroffenen Arztes nicht direkt am Verfahren beteiligt, hat also unmittelbar auch keinen Einfluss auf die Einleitung und Durchführung des Verfahrens. Der erst im Jahre 2005 von der Landesärztekammer eingeleitete Versuch, den Haftpflichtversicherer mit einem verhältnismäßig geringen Betrag an den Kosten zu beteiligen, hat bis jetzt noch kein endgültiges Ergebnis gebracht. Teilweise werden hierzu von dem Haftpflichtversicherer Bedingungen gestellt, die mit unserem Statut unvereinbar sind.

Verfahrensablauf

Die Kommission wird auf schriftlichen Antrag des Patienten oder des Arztes tätig unter der Voraussetzung, dass der Antragsgegner binnen eines Monats ab Zugang des Antragsschreibens dem Verfahren zustimmt, der geltend gemachte Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als fünf Jahre zurückliegt und kein gerichtliches oder staatsanwaltschaftliches Verfahren anhängig ist. Dem Patienten kommt zugute, dass hier eine schlüssige Substanziierung, wie sie eine Klage im gerichtlichen Verfahren erfordert, nicht vorausgesetzt wird. In einem Merkblatt wird er über den Verfahrensablauf unterrichtet. Er wird darauf hingewiesen, dass es sich um ein freiwilliges Verfahren handelt und das abschließende Gutachten die Beteiligten nicht bindet und der Rechtsweg offen bleibt. Nach Eingang der Erklärung des Patienten, dass er die ihn behandelnden Ärzte von der Schweigepflicht befreit, wird dem betroffenen Arzt der Antrag mitgeteilt und er aufgefordert, zu erklären, ob er dem Prüfungsverfahren zustimmt. Für diesen Fall wird von ihm eine schriftliche Stellungnahme zu dem Behandlungsverlauf und den erhobenen Vorwürfen erwartet. Gleichzeitig werden die maßgebenden Patientenunterlagen von ihm und eventuell vor- und nachbehandelnden Ärzten beigezogen. Liegen diese Unterlagen vor, dann übernimmt das für das Fachgebiet des betroffenen Arztes bestellte Mitglied der Kommission die weitere gutachtliche Vorbereitung. Insoweit weicht das Verfahren in Baden-Württemberg von dem in den übrigen Bundesländern, wo ein externer Gutachter beauftragt wird, ab. Der Fachgutachter nimmt in einem schriftlichen Votum dazu Stellung, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt und, falls er dies bejaht, ob dieser ursächlich zu einem Gesundheitsschaden des Patienten geführt hat. Ein Behandlungsfehler, das heißt eine nicht sorgfältige, nicht richtige, nicht zeitgerechte Behandlung kann alle Bereiche ärztlicher Tätigkeit (Tun oder Unterlassen) betreffen: Prophylaxe, Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Insoweit gelten die Grundsätze, die die Rechtsprechung im Laufe der Jahre entwickelt hat.

Liegt das Votum des Fachgutachters vor, dann werden die Beteiligten in der Regel im Rahmen der Kommissionsberatung mündlich angehört. Diese Anhörung halten wir für ein besonders geeignetes Mittel zur Konfliktlösung.

Die Erfahrung lehrt, dass es vielen Patienten, die mit der Behandlung beim niedergelassenen Arzt oder im Krankenhaus nicht zufrieden sind, nicht in erster Linie darum geht, Schadenersatz zu erlangen. Oftmals erstreben sie nur die Genugtuung, dass ihr Anliegen dem betroffenen Arzt vorgehalten und von einem unabhängigen Gremium behandelt wird. Beklagt wird sehr oft, dass es an der notwendigen Zuwendung des Arztes gefehlt habe. Zeitdruck und Überlastung dürften nicht dazu führen, dass der Patient in seiner Würde nicht respektiert werde. Im Krankenhaus fehle oft der nötige Ansprechpartner, häufiger Wechsel des diensthabenden

den Arztes führe dazu, dass das Krankheitsbild nicht kontinuierlich verfolgt werde. Beanstandet wird die flüchtige Aufklärung über die Krankheit und ihre Folgen. Hier sei der einzelne Patient zu sehr sich selbst überlassen und mit seiner Not, zum Beispiel bei einer Krebserkrankung, allein gelassen.

Für den Patienten ist es oft schwer, sich damit abzufinden, dass sein Gesundheitszustand nach einem Unfall oder einer schweren Krankheit nicht derselbe ist wie vorher. Unter der Vorstellung, dass die heutige Medizin selbst schwierigste Heilbehandlungen vollbringt, die in früherer Zeit nicht möglich gewesen wären, sucht er für sein persönliches Schicksal nach Gründen und findet diese schließlich in Gestalt seines behandelnden Arztes. Nicht selten trägt hierzu bei, dass ein nachbehandelnder Arzt, der sich ohnehin in einer besseren Ausgangslage befindet, seine eigene Kompetenz noch dadurch erhöht, dass er die Frage stellt, warum der Patient nicht früher zu ihm gekommen sei. Mit dem Hinweis, jetzt sei es zu spät, erzeugt er dann bei dem enttäuschten Patienten umso mehr die Vorstellung, dass der Erstbehandler fehlerhaft gehandelt haben müsse. Hier dem oft emotional angespannten Patienten im Rahmen der Anhörung mit Geduld und sachlicher Überzeugungskraft zu begegnen und ihm zu vermitteln, dass der Arzt nicht die Wiederherstellung der Gesundheit, sondern nur die Sorgfalt schuldet, die in seinem Fachkreis geboten ist, ist ein wichtiges Anliegen unserer Verfahrensweise.

Bewertung

Fragt man nun, wie die Tätigkeit der Gutachterkommission in den letzten 30 Jahren zu bewerten ist, so sollte der Blick auf folgende Punkte gerichtet werden:

Dank der Arbeit der Gutachterkommission erhält der Patient kostenfrei eine komplette Zusammenstellung seiner Behandlungsdaten anhand der vollständigen Krankenunterlagen aus zum Teil unterschiedlichen Quellen. Dies bedeutet für ihn eine Zeit- und Kostenersparnis und unterstützt insbesondere die sozial schwächeren Schichten.

In der Aussprache mit dem betroffenen Arzt und der Kommission am Tisch in gleicher Ebene und in ungestörter Umgebung können dort, wo psychologisches Einfühlungsvermögen und soziales Gespür des behandelnden Arztes vermisst werden, vorhandene Missverständnisse und Unklarheiten beseitigt und das gegenseitige Verständnis gefördert werden. Wird der Sachverhalt von den Beteiligten unterschiedlich dargestellt, kann die Gutachterkommission sichere Feststellungen nicht treffen. Eine förmliche Beweisaufnahme, etwa durch Vernehmung von Zeugen, findet nicht statt. Auch eine Beweiswürdigung, wie sie § 286 ZPO dem Zivilrichter einräumt, steht der Gutachterkommission nicht zu.

Zurückhaltung üben die Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg auch bei der Frage der Beweislast. Im Arzthaftungsprozess hat der Patient den Behandlungsfehler, den eingetretenen Schaden und die Ursächlichkeit des Fehlers für den Schaden zu beweisen. Soweit die Rechtsprechung bezüglich der haftungsbegründenden Kausalität hiervon Ausnahmen zulässt, handelt es sich um Fallkonstellationen, die oftmals in der Praxis der Obergerichte fortentwickelt werden und damit eine rechtliche oder – wie beim groben Behandlungsfehler – tatrichterliche Bewertung erfordern, die den Rahmen eines medizinischen Gutachtens, wie es der abschließende Bescheid der Gutachterkommission darstellt, überschreitet.

Nachdem es bei der Risikoauflärung des Patienten vor einem medizinischen Eingriff maßgeblich auf das Aufklärungsgespräch ankommt, sind den Erkenntnismöglichkeiten der Gutachterkommission jedenfalls dann Grenzen gesetzt, wenn der Inhalt von den Beteiligten unterschiedlich dargestellt wird.

Im abschließenden Bescheid stellt die Gutachterkommission fest, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Sie gibt damit einen Hinweis, der dem Patienten seine Entscheidung, ob er eventuell den Rechtsweg beschreiten will, erleichtert, und ihn so vor einer Niederlage mit erheblicher Kostenbelastung im gerichtlichen Verfahren bewahren kann. Als medizinisches Gutachten enthält der Bescheid keine Feststellung darüber, ob ein Schadensersatzanspruch gegen einen bestimmten Arzt begründet ist.

Das abschließende Gutachten der Kommission bindet die Beteiligten nicht und lässt den Rechtsweg offen. Dass das Gutachten auch bei Bejahung eines Behandlungsfehlers damit also nach monatelangem Verfahren noch keine endgültige Lösung bringt, wird häufig als Negativum gewertet. Unbewiesen ist freilich das Argument, dass ein negativer Bescheid der Gutachterkommission die Chancen bei Gericht mindere. Wer meint, dass ein vom Gericht bestellter Sachverständiger nicht bereit sei, dem im Prüfungsverfahren der Gutachterkommission tätigen Sachverständigen zu widersprechen, verkennt, dass der heutige Wettbewerbsdruck unter Ärzten Motiv genug ist, von einer früher vielleicht einmal vorhandenen gesteigerten kollegialen Rücksichtnahme Abstand zu nehmen. Dieses Misstrauen findet auch in dem althergebrachten Wort von der Krähe immer wieder Ausdruck. Dabei fällt auf, dass diese Metapher bei den vielen übrigen Schiedsstellen, die es heute zum Beispiel im Kraftfahrzeuggewerbe, bei den Banken und Sparkassen oder beim Verkehrsclub Deutschland gibt, nicht verwendet wird. Der von Patientenschutzverbänden erhobene Vorwurf, die Gutachterkommission sei nicht unabhängig, weil sie vom Haftpflichtversicherer, dem Gegner des Patienten, bezahlt werde, trifft jedenfalls auf Baden-Württemberg nicht zu. Wer Zweifel an der Unabhängigkeit daraus ableitet, dass die Mitglieder der Gutachterkommission für ihre Tätigkeit eine Entschädigung von der Ärzteschaft erhalten, überschätzt deren Bedeutung. Keinesfalls wird er aber

der inneren Unabhängigkeit der Mitglieder, die diese ehrenamtliche Tätigkeit aus Überzeugung wahrnehmen, gerecht. So dürfte auch der von einem Rechtsanwalt und Journalisten im Anwaltsblatt 4/2006 an die Anwälte gerichtete Appell, ihren Mandanten als Interessenvertreter zu begleiten und die Arbeit der Schiedsstellen kritisch zu beobachten und nie aus dem Auge zu verlieren, wer die Initiatoren der jeweiligen Schiedsstelle sind und wer sie bezahlt, im Hinblick auf die Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg keine Nahrung finden.

Niemand wird bestreiten, dass es auch im Verfahren der Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass jede Ausweitung der Tätigkeit der Gutachterkommissionen zu einem finanziellen Mehraufwand führt, der zunächst einmal der Zustimmung der Interessenvertretung der Ärzteschaft bedarf.



Fehler erfassen – Fehler vermeiden

Dr. med. Manfred Eissler, Statistikbeauftragter der Gutachterkommissionen, Reutlingen

30 Jahre Gutachter-Kommission, das heißt 30 mal ungefähr 800 bis 1000 Patienten oder Angehörige von Patienten jährlich, die sich an die Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg gewandt haben, weil sie – zu Recht oder auch nicht – annahmen, dass es aufgrund einer fehlerhaften Behandlung bei ihnen oder ihren Angehörigen zu einem Schaden gekommen ist oder sie unzureichend aufgeklärt wurden. Darunter sicherlich viele Menschen mit tragischen Schicksalen.

Das heißt aber auch Tausende von Ärztinnen und Ärzten, die – zu Recht oder zu Unrecht – mit einem Fehlervorwurf konfrontiert wurden. Ich denke, für jeden Arzt ist ein solcher Vorwurf eine schlimme, eine einschneidende Sache. Umso wichtiger ist die Arbeit der Gutachterkommission, die anhand von Fachgutachten den Fall aufarbeitet und in dem zumeist komplexen Geschehen und Ablauf aufzeigt, wo und warum möglicherweise etwas schief gelaufen ist – oder eben auch nicht.

Die Diskussion um Medizinfehler hat nach der Veröffentlichung des Berichts „To err is human – Irren ist menschlich“ in den USA im Jahr 2000 eine neue Dimension erfahren. Im deutschsprachigen Raum wurden daraufhin in den letzten Jahren zwei Fehlererfassungssysteme aufgebaut: Das „Critical Incidents Reporting System“ (CIRS), das ursprünglich aus der Schweiz kommt und seit einiger Zeit von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Deutschland eingerichtet wurde. Ferner das Fehlererfassungssystem „Jeder Fehler zählt“, das speziell auf Allgemeinärzte ausgerichtet ist. Diese Fehlererfassungssysteme haben das Ziel, Fehler und insbesondere Beinahe-Fehler, so genannte „Critical Incidents“, zu erfassen und daraus präventive Konsequenzen zu ziehen, also Fehler zu vermeiden.

Diese Meldesysteme sind freiwillig und anonym. Zweifelsohne eine sinnvolle Sache.

Bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen liegt eine völlig andere Situation vor. In aller Regel wenden sich Patienten an die Gutachterkommissionen, weil sie glauben, es sei bei ihrer Behandlung ein Fehler passiert. Die besondere Situation, in der möglicherweise der Fehler stattfand, wird von einem ärztlichen Gutachter, einem Spezialisten in seinem Fach, sorgfältig analysiert, es findet eine juristische Bewertung statt und – eine Besonderheit in Baden-Württemberg – Herr Nick hat bereits darauf hin gewiesen – es findet eine Anhörung von Patient und beschuldigtem Arzt statt.

Im Laufe der 30 Jahre ist so eine umfangreiche Sammlung von gutachterlich – juristisch und ärztlich – bewerteten Fällen von Behandlungsfehlern und in geringerem Umfang auch Aufklärungsfehlern zusammen gekommen. Seit 1993 werden in Baden-Württemberg die Ergebnisse auch in einer Datenbank erfasst, die über viele Jahre von Herrn Prof. Neumann betreut und in vielfältiger Weise ausgewertet wurde.

Ich freue mich ganz besonders, dass Sie, Herr Prof. Neumann, heute hier unter uns weilen und weiß, dass das nicht nur mir sondern vielen anderen auch so geht, die Sie aus Ihrer langjährigen Arbeit für die Gutachterkommissionen kennen.

Diese Sammlung von Fällen – sowohl in der komprimierten und zwangsläufig verkürzten Form, wie es für die Erfassung in einer Datenbank unumgänglich ist – wie auch die individuellen Fachgutachten und Abschlußberichte stellen einen Schatz dar für die ärztliche Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt, dass diese Sammlung ja sozusagen automatisch immer wieder aktualisiert wird, da es ja nicht selten gerade neue Verfahren und Methoden sind, die zu einem Fehlervorwurf führen.

Ich denke, die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen und die Ärztekammern in Deutschland können stolz auf dieses Datenmaterial sein – es dürfte wohl keine vergleichbare Sammlung von dokumentierten und bewerteten Medizinfehlern geben. Die Gerichte sind – soweit mir bekannt ist – gerade dabei, eine solche Dokumentation aufzubauen. Auch die Krankenkassen und deren Medizinischer Dienst fangen gerade damit an.

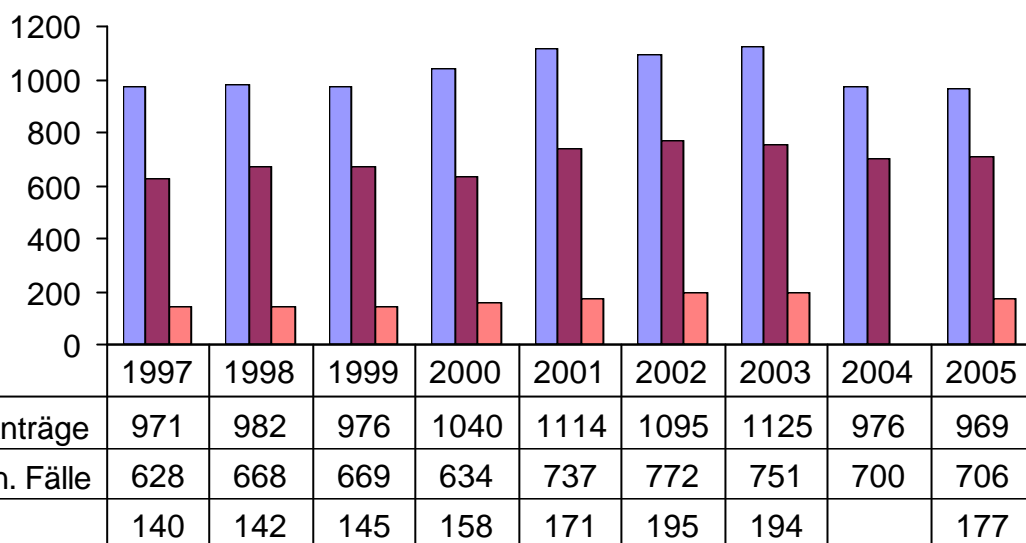
Lediglich die Haftpflichtversicherungen dürften ebenfalls über eine umfangreiche Sammlung von Behandlungsfehlern und Aufklärungsfehlern verfügen. Inwieweit diese systematisch erfasst sind, entzieht sich meiner Kenntnis. Diese stehen für die ärztliche Fortbildung jedenfalls derzeit nicht zur Verfügung.

In den letzten Jahren hat es sich gezeigt, dass es unbedingt wünschenswert ist, eine bundesweit einheitliche statistische Erfassung der Ergebnisse der Gutachterkommissionen durchzuführen und diese in einer gemeinsamen Datenbank zusammen zu führen um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, und um anhand eines größeren Datenmaterials zu statistisch noch valideren Aussagen zu kommen. Aus diesem Grunde hat sich auch Baden-Württemberg seit dem Jahre 2004 der einheitlichen Erfassung angeschlossen, die von der Schlichtungsstelle in Hannover unter Leitung von Herrn Neu, der heute auch unter uns ist, durchgeführt wird. Nach nicht unerheblichen Umstellungsschwierigkeiten ist es jetzt gelungen, die neue Erfassung weitgehend zu implementieren.

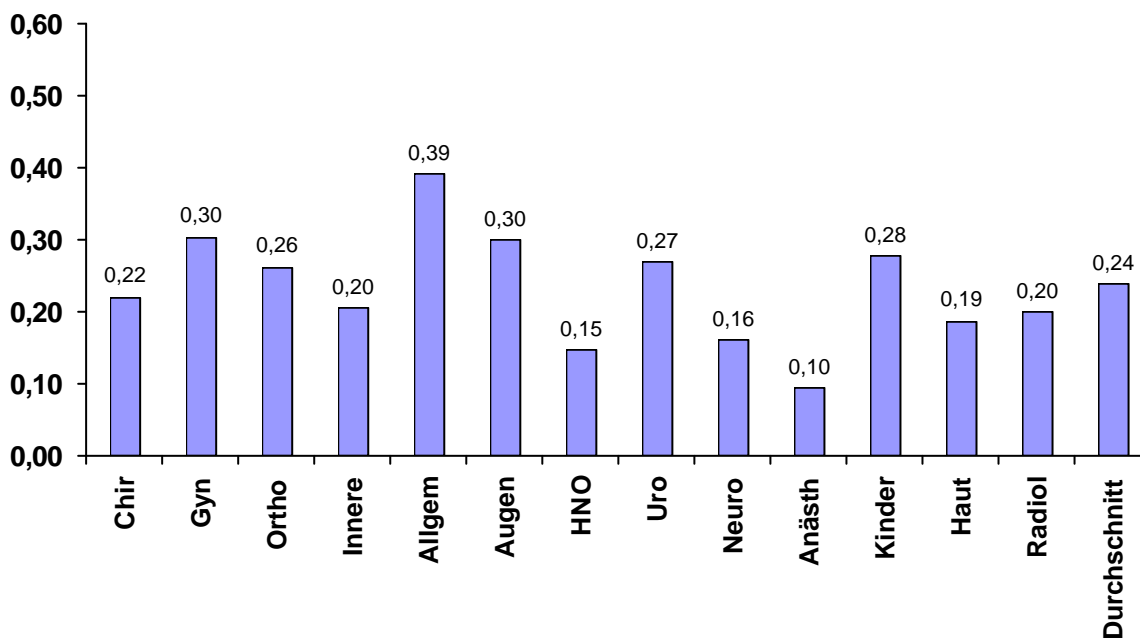
Dieses Potential an begutachteten und bewerteten Medizinfehlern gilt es, noch intensiver für die Fehlervermeidung zu nutzen. Dies geschieht bereits – je nach personellen Voraussetzungen – in unterschiedlichem Maße in den Gutachterkommissionen, Schlichtungsstellen und Ärztekammern. Und erfreulicherweise kommen auch zunehmend Anfragen von Fachgesellschaften und anderen Organisationen, die unser Datenmaterial für Vorträge, Fortbildungen und Ähnliches nutzen möchten. Ja, sogar einzelne Krankenhäuser wenden sich an uns, um die aufgearbeiteten Behandlungsfehler für ihre interne Qualitätssicherung und zur Fehlervermeidung einzusetzen. Unter strenger Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen sehen wir es als unsere Aufgabe an, hier soweit wie möglich Datenmaterial für diese Zwecke zur Verfügung zu stellen.

In den folgenden Diagrammen sind einige statische Auswertungen grafisch dargestellt.

Guko Baden-Württemberg 1997 - 2005 (BÄK-Statistik) Abs. Häufigkeiten



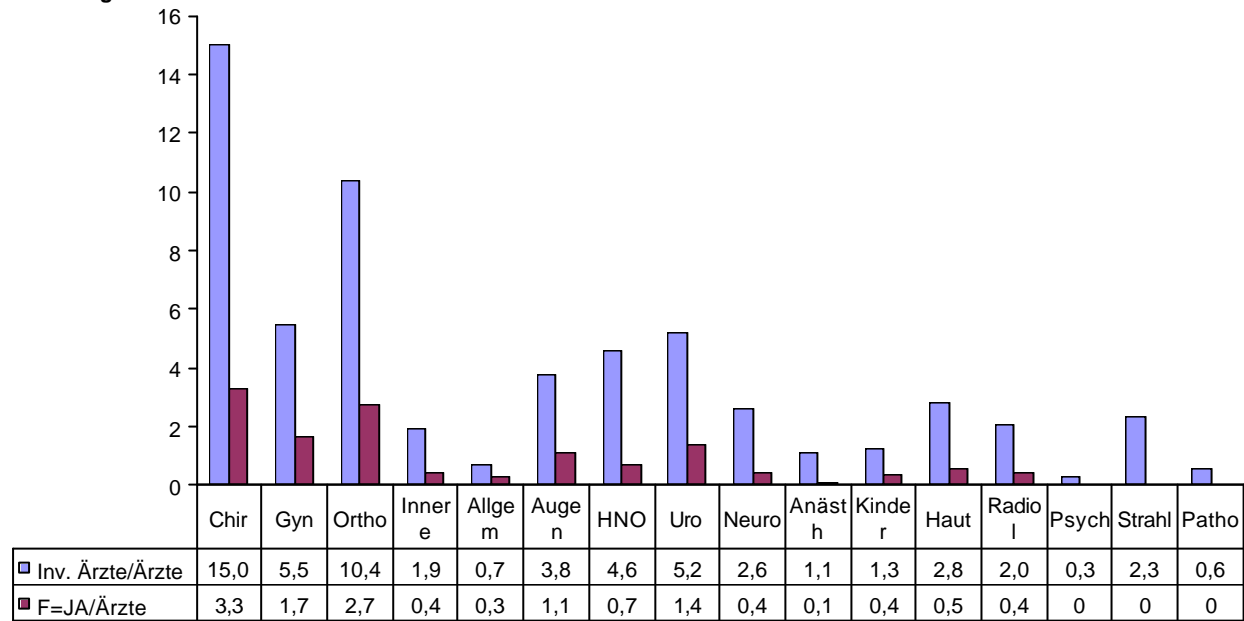
Fehlerquote BW 2003



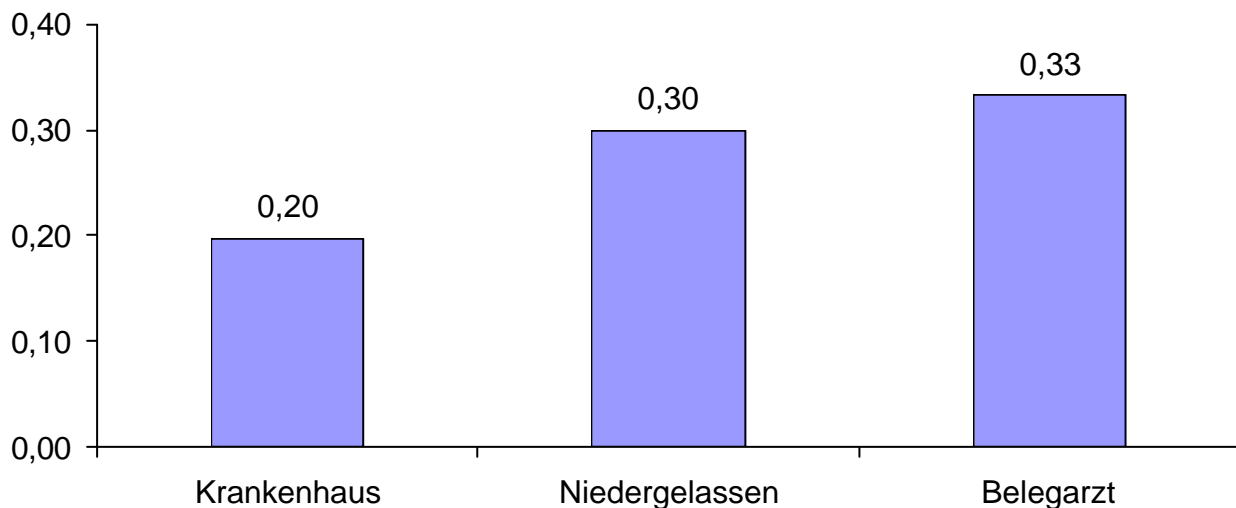
Alle Ärzte und alle involvierten Ärzte, für die ein Fehler bejaht wurde

(bezogen auf die Anzahl der Ärzte pro Fachgruppe in Baden-Württemberg 2003)

Rel. Häufigkeit in Proz.



Fehlerquote in BW 2003





„Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen“ (J. W. v. Goethe) – Eine Gegenrede aus aktuellem Anlass

Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, Tübingen

In Goethes Faust, der Tragödie erster Teil, im Studierzimmer, bittet der Schüler den Mephistopheles um allerlei Ratschläge zu verschiedenen Studiengängen, unter anderem auch zur Medizin, mit den Worten:

*„Wollt Ihr mir von der Medizin
Nicht auch ein kräftig Wörtchen sagen?“*

Mephistopheles, gereizt, da er zuvor schon andere Studiengänge zu erläutern hatte, daraufhin zunächst leise zu sich:

*„Ich bin des trockenen Tons nun satt,
Muß wieder recht den Teufel spielen.“*

Und dann laut und vernehmlich zum Schüler:

„Der Geist der Medizin ist leicht zu fassen“

Als Begründung für den leicht zu fassenden Geist der Medizin führt Mephistopheles unter anderem das Verhältnis der Medizin zur Wissenschaft und zu den Frauen an: Die Wissenschaft könne keinen bedeutsamen Einfluss auf die Medizin nehmen. Zitat:

„Vergebens, daß ihr ringsum wissenschaftlich schweift“

Und bei den Frauen komme es ärztlicherseits ohnehin auf ganz anderes an: Ich zitiere

*„Besonders lernt die Weiber führen;
Es ist ihr ewig Weh und Ach
So tausendfach
Aus einem Punkte zu kurieren,
Und wenn Ihr halbweg ehrbar tut,
Dann habt Ihr sie all' unterm Hut.“*
(Hamburger Ausgabe Bd. 3, S. 65)

Wenn Mephistopheles „den Teufel spielen“ will und dabei erklärt, der Geist der Medizin sei leicht zu fassen, dann kann man mit Fug und Recht davon ausgehen, dass das Gegenteil der Fall ist. Der Geist der Medizin ist keineswegs leicht zu fassen. Das Verhältnis zu anderen Wissenschaften hat Mephistopheles in seinem „kräftig Wörtchen“ unterkomplex dargestellt, und die Erkrankungen der „Weiber“ lassen sich nicht allesamt dadurch kurieren, dass man „halbweg ehrbar tut“. Nein, der Geist der Medizin ist keineswegs leicht zu fassen, und – so wage ich den kühnen Sprung aus dem Studierzimmer von Goethes Faust in die Gegenwart, in die Realität ärztlicher Selbstverwaltung und zum Anlass unserer Zusammenkunft –, weil die Medizin außerordentlich kompliziert ist, kommt es zwangsläufig zu den Anfragen an die ärztliche Handlung, mit denen sich Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern beschäftigen, hier nun seit dreißig Jahren. Die Existenz dieser Gremien liegt unter anderem darin begründet, dass man seitens der Kammern auf Probleme reagieren will, die ihren Ursprung nicht zuletzt darin haben, dass der Geist der Medizin eben keineswegs leicht zu fassen ist. Damit habe ich im Grunde auch schon alles gesagt, was ich sagen wollte, was folgt sind Erläuterungen zum Geist der Medizin, der so leicht nicht zu fassen ist, und zu den Konsequenzen, zu denen eben auch Gutachterkommissionen gehören.

Fangen wir an mit dem Geist der Medizin: Man muss sich nur einmal genauer vor Augen führen, was in der ärztlichen Handlung so vor sich geht, welche Strukturen sie besitzt, und man sieht sofort: Die ärztliche Tätigkeit ist keineswegs „leicht zu fassen“, sondern außerordentlich komplex. Lassen Sie mich die wichtigsten Eigenschaften auflisten:

In der ärztlichen Praxis unterscheidet sich jeder Fall von anderen. (Ein Arzt kann oder besser sollte nicht schematisch vorgehen, sondern stets individuell. Es gehört zu den unstrittigen Anforderungen an gute ärztliche Tätigkeit, auf den einzelnen Fall und seine Besonderheiten individuell zu reagieren. Ähnlich gelagerte Fälle bieten dem Arzt immer nur eine bedingte Orientierung.)

- Stets handelt ein Arzt im Einzelfall unter endlicher Information und unter Entscheidungsdruck. Er kann nicht fortwährend auf Handlung verzichten, um erst einmal weitere Informationen zu sammeln, und „er kann sein Handeln nicht aufschieben, nur weil kein unbestreitbarer Beweis vorliegt“, zumal für viele Bereiche seiner Tätigkeit evidenzbasierte Kenntnisse gar nicht vorliegen. Denn das Ergebnis – ein Verzicht auf Handlung – mag zuweilen ganz nützlich sein, taugt jedoch nicht als sinnvolle Maxime für ärztliche Therapien. Das bedeutet jedoch: Da der Arzt notgedrungen unter endlicher Information handeln muss, sind ärztliche Entscheidungen grundsätzlich vorläufiger Natur und bedürfen der Revision, sobald neue Erkenntnisse vorliegen.
- Nun wird es noch komplizierter, und wir nähern uns langsam der Problematik von Gutachterkommissionen: Eine Kongruenz zwischen den angestrebten Zielen und den realen Folgen seiner Handlung kann ein Arzt auch unter optimalen Bedingungen und bei Handeln lege artis nicht zusichern. (Einfacher ausgedrückt: Der Arzt kann selbst unter besten Voraussetzungen den Erfolg seines Handelns nicht garantieren.) Wie sagte Richard Toellner einmal so treffend: „Wenn das Ergebnis der ‚Heilkunst‘ so sicher ‚Heilung‘ wäre, wie das Ergebnis der ‚Backkunst‘ sicher ‚Brot‘ ist (gelegentliches Misslingen zugestanden), stünde es freilich um die Gesundheit der Menschen besser.“
- Gleiches gilt für den Misserfolg: Das Eintreten unerwünschter Wirkungen, die im Extremfall den Tod des Patienten herbeiführen, kann der Arzt gleichermaßen nicht mit Sicherheit ausschließen, selbst wenn ihm beste Bedingungen zur Verfügung stehen und er lege artis handelt.
- Schauen wir noch tiefer in die Strukturen der ärztlichen Handlung, es wird noch einmal komplizierter: Nicht immer kann der Arzt eine Heilung retrospektiv seiner Einflussnahme zugute schreiben, denn die meisten Erkrankungen heilen auch ohne Zutun, allein aufgrund der Selbstheilungskräfte des Organismus. (Will der Arzt jedoch aus einer Heilung auf sein Vorgehen bei zukünftigen Patienten schließen, will er gesichertes Wissen darüber erlangen, dann muss ihm an einer Klärung der Frage gelegen sein, ob die Heilung seiner Einflussnahme zuzuschreiben ist oder dem Zufall oder der Selbstheilung. Deswegen sind

klinische Studien unumgänglich, will man gesicherte therapeutische Erfahrung sammeln, die ihrerseits aber nicht zuletzt mit ethischen Problemen behaftet sind.)

- Genauso wenig sind ungünstige Verläufe immer einem ärztlichen Fehler zuzuschreiben. Ich bedauere feststellen zu müssen: Trotz aller Erfolge der modernen Medizin sind wir Menschen weiterhin anfällig für Krankheiten, nach wie vor gibt es unheilbare Krankheiten und vor allem – kein Faktum ist für unser Leben bedeutender: Wir sind nach wie vor sterblich. Diese Eigenschaft teilen wir trotz aller medizinischen Anstrengungen mit allen Lebewesen, beim Menschen kommt hinzu, dass er auch noch darum weiß.
- Handeln ist prinzipiell irreversibel, lediglich kann sich der Arzt bemühen, die Folgen des Handelns rückgängig zu machen. Wenn ich erst einmal eine Handlung vollzogen habe, ist sie durch nichts in der Welt rückgängig zu machen – allenfalls die Folgen, aber genau das ist nicht sicher und gelingt keineswegs immer. (Diese Unterscheidung gewinnt ihre Brisanz vor allem beim Eintreten unerwünschter Wirkungen.)
- Nutzen und Schaden der ärztlichen Handlung trägt nicht der Arzt, also nicht der Handelnde, sondern der Patient. (Anders als beispielsweise ein Pilot oder ein Busfahrer, die aufgrund eines physikalischen Sachzusammenhangs bei einem Fehler auch um ihr eigenes Leben fürchten müssen.)

Spätestens jetzt dürfte auch Skeptikern einleuchten: Der Geist der Medizin ist keineswegs leicht zu fassen. Im Gegenteil, die ärztliche Tätigkeit zeichnet sich durch außerordentlich komplizierte Strukturen aus. Und das bei einer Tätigkeit, die wie kaum eine andere professionelle Tätigkeit die existentiellen Belange des Nutznießers berührt. Es geht um Gesundheit, eines der wichtigsten Güter, nicht selten um Leib und Leben. Diese Eigenschaften der ärztlichen Handlung im Wesentlichen sind im übrigen seit der Antike bekannt und haben sich durch neuere Technologien allenfalls graduell, nicht jedoch prinzipiell geändert. Wir können darüber so viel nachdenken wie wir wollen: Alle Reflexion über die Strukturen der ärztlichen Handlung können diese Strukturen nicht aus der Welt schaffen.

Trotzdem begegnen wir diesen Eigenschaften der ärztlichen Handlung eher mit Unbehagen, wir sind nicht gerade glücklich darüber. Aber warum ist das so? Was stört uns an diesen Eigenschaften ärztlichen Handelns? Nun zum einen, weil wir den Erfolg nicht garantieren können. Das ist immer dann bedauerlich, wenn man den Erfolg – in diesem Falle Gesundheit – so sehr wünscht. Zum anderen aber – so glaube ich – liegt der Grund für unser Unbehagen an den Eigenschaften der ärztlichen Handlung in einem unangemessenen Vorbild: Nämlich in dem Irrglauben, durch die (sehr erfolgreiche) Nutzung der Naturwissenschaften ist die Medi-

zin keineswegs zur Naturwissenschaft oder zu einer angewandten Naturwissenschaft geworden.

Beides ist falsch, und gibt aber immer wieder Anlass zu falschen Erwartungen – und hat zumindest indirekt auch mit der Existenz von Gutachterkommissionen zu tun. Denn nicht selten werden die Eigenschaften der Naturwissenschaften auch von der Handlung des Arztes gefordert, und dies ist schlicht unangemessen: Ärztliche Tätigkeit ist nicht vollständig mathematisierbar, wie man es von den Naturwissenschaften und ihren Ergebnissen gewöhnt ist, ärztliche Handlungen lassen sich nicht auf simple Algorithmen zurückführen, Gesundheit lässt sich nicht errichten wie eine Brücke oder konstruieren wie eine Maschine. Die Medizin bleibt stets eine praktische Tätigkeit, die von hoher Komplexität und einer gewissen Unwägbarkeit geprägt ist. Die ärztliche Tätigkeit hat massiv von den Naturwissenschaften profitiert und ihre Wirkungen ungeahnt erhöht – eine Naturwissenschaft ist sie deshalb keineswegs.

Ja selbst ein Techniker oder Ingenieur ist der Arzt auch in der Moderne nicht geworden, das zeigt sich – ich nähere mich der Problematik von Gutachterkommissionen – auch an Haftungsfragen: Wenn eine Brücke oder ein Haus unter vorher festgelegten Bedingungen zusammenbricht, kann der Techniker oder Ingenieur zur Haftung gezogen werden. Bei Ärzten hat selbst der schlimmste Ausgang einer Behandlung, der Tod des Patienten, nicht zwangsläufig etwas mit einem Behandlungsfehler zu tun.

Im Sprachgebrauch schimmert die Einsicht durch, dass die ärztliche Tätigkeit keineswegs eine angewandte Naturwissenschaft ist: Gefordert wird stets eine Handlung *lege artis*, also nach den Regeln der Kunst, und niemand fragt nach einer Handlung *lege scientiae* oder *lege scientiarum*, nach den Regeln der Wissenschaft oder der Wissenschaften, sondern allenfalls nach dem Stand der Wissenschaft und den Regeln der Kunst. Der Sprachgebrauch verdeutlicht: Die ärztliche Tätigkeit basiert auf den Naturwissenschaften, sie zu praktizieren ist aber keine.

Was folgt daraus? Was folgt aus den Eigenschaften der ärztlichen Handlung? Und was folgt daraus für den Anlass unseres Treffens, für Gutachterkommissionen? Die Überlegungen zu den Eigenschaften ärztlichen Handelns führen uns zu einer strukturellen Diskrepanz. Als Anlass von Seiten des Patienten, die ärztliche Handlung zu hinterfragen, den Arzt gar anzuklagen, dient zumeist ein unerwünschtes Ergebnis in Verbindung mit Anhaltspunkten, dass dies mit einem Fehlverhalten des Arztes zusammenhängt. Andere Beweggründe für einen Vorwurf sind aus der Sicht des Patienten weniger wahrscheinlich, denn im Falle eines erwünschten Ausgangs der Behandlung ist der Patient meist zufrieden, egal wie der Arzt gehandelt hat. Soweit also der Anlass für die Patienten. Aber, wie wir vorher gehört haben, der erwünschte

oder unerwünschte Ausgang einer Therapie hat zunächst einmal nicht zwingend etwas mit der richtigen ärztlichen Handlung zu tun. Zu klären ist aber die Frage, ob der Arzt lege artis gehandelt hat, oder anders gefragt, ob er einen Behandlungsfehler begangen hat. Die Frage hingegen, ob der Arzt die geforderte berufsspezifische Sorgfalt hat walten lassen, ist naturgemäß für den Patienten und andere Beobachter empirisch schwer greifbar und entsprechend ungleich schwieriger zu beurteilen als ein unerwünschtes Ergebnis, das der Patient ganz unmittelbar am Leibe spürt. Da die richtige ärztliche Handlung lege artis schwer zu beurteilen ist, nicht jedoch ein unerwünschter Ausgang einer ärztlichen Handlung, ist eine prinzipielle Divergenz zu den Anlässen für retrospektive Anfragen an die ärztliche Tätigkeit nicht auszuräumen. Die Anlässe für einen Patienten, sich zu beschweren, sind strukturell zu unterscheiden von den Kriterien richtigen ärztlichen Handelns. Deshalb muss man zwingend damit rechnen, Anfragen an die ärztliche Handlung sind unvermeidlich – unberechtigte Anfragen ebenso wie berechtigte. Und: Das Unterbleiben von berechtigten und von unberechtigten Anfragen ist ebenfalls unvermeidlich. (Wobei das Unterbleiben ungerechtfertigter Anfragen nur zu begrüßen ist, es erspart unnötige Arbeit.)

Kurzum: Der Hauptgrund für die Existenz von Gutachterkommissionen liegt in der Diskrepanz zwischen den Anlässen für eine Anfrage und dem richtigen ärztlichen Verhalten, und diese Diskrepanz ist bei einer so komplexen Tätigkeit wie der ärztlichen gar nicht zu vermeiden. Sie ist zwingend gegeben. Wenn etwas jedoch zwingend gegeben ist, dann soll man es nicht wegdiskutieren oder ignorieren, sondern darauf reagieren. Und eine der Reaktionen ist die Einrichtung einer Gutachterkommission. Ich will damit sagen, dass es ein Fehler wäre, wenn es diese Gremien nicht gäbe. Diese Gremien sind nach meinem Urteil eine vernünftige Reaktion auf das strukturell Unvermeidliche, auf berechtigte wie unberechtigte Anfragen an das ärztliche Verhalten.

Und aus der strukturellen Diskrepanz ergibt sich ihre Aufgabe, Gutachterkommissionen sollen berechtigte kritische Anfragen an ärztliche Handlungen von unberechtigten trennen. Sie haben zu untersuchen, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder ob eine Handlung lege artis durchgeführt wurde. Das klingt sehr einfach, ist aber außerordentlich kompliziert, und mein Nachredner wird ausführlich darlegen, wie kompliziert dieses festzustellen ist.

Lassen sie mich noch eines ergänzen: Die Untersuchung über die Strukturen der ärztlichen Handlung führen uns zu der Unvermeidbarkeit von Anfragen an die ärztliche Handlung und zur Existenz von Gutachterkommissionen. Doch genau betrachtet erlauben sie eine weitere Einsicht. Ein Teil der Eigenschaften der ärztlichen Handlung gilt auch für die Handlungen von Gutachterkommissionen, auch sie müssen praktische Urteile in Einzelfällen treffen. Das heißt: Auch die Urteile der Gutachterkommission sind, ähnlich wie ärztliche Diagnosen und

Therapieentscheidungen, praktische Urteile (nur haben die Gutachter erheblich mehr Zeit für ihre Urteile, das unterscheidet ihre Tätigkeit schon von der ärztlichen). Aber was folgt aus der Strukturaffinität zwischen ärztlichem und gutachterlichem Urteil? Auch bei Gutachtern darf man redlicherweise keine mathematische Präzision in ihren Urteilen erwarten. Die Urteile einer Kommission lassen sich ebenfalls nicht mathematisieren oder auf einen Computeralgorithmus reduzieren, und auch sie unterliegen von Haus aus der Revision. Von daher ist es auch nicht zwingend ein Skandal, wenn eine andere Institution ein anderes Urteil über eine ärztliche Handlung fällt. Die Urteile von Gutachterkommissionen können nur an ihrer Qualität bemessen werden. Wurden Sie nach bestem Wissen und Gewissen gefällt, wurden sie sorgsam erwogen, unvoreingenommen, unparteiisch und unter Einbeziehung aller verfügbaren Informationen und des besten Sachverstandes? Daran sind Urteile von Gutachterkommissionen zu messen. Auch für die Kritik an den Urteilen der Gutachterkommissionen gilt strukturell, was für die ärztliche Handlung gilt: Der Anlass, ein solches Urteil zu hinterfragen muss nicht zwingend etwas mit der Qualität dieses Urteils zu tun haben. Für Gutachterkommissionen gilt das Gleiche wie für Ärzte: Man wird Kontroversen über ihre Tätigkeit strukturell nicht vermeiden können.

Die hiesige Gutachterkommission wird 30 Jahre alt, ein stattliches Alter, ich gratuliere, die Probleme sind hingegen viel älter. Und es tröstet zuweilen, wenn man erkennt, dass sich bestimmte Dinge in den letzten Jahrtausenden kaum geändert haben. Dies gilt insbesondere für die Eigenschaften der Medizin, auch wenn die moderne Medizin ihre Wirkmächtigkeit enorm steigern konnte. Ihre Strukturen, die Eigenschaften ärztlichen Handelns, die den Anlass geben für Gutachterkommissionen und deren Tätigkeit so kompliziert machen, diese Strukturen sind seit mehr als 2000 Jahren bekannt. Man findet ihre Beschreibung im ersten großen Werk der europäischen Medizin, in den Hippokratischen Schriften: Wie heißt es so treffend im 1. Hippokratischen Aphorismus:

*„Das Leben ist kurz, – die Kunst weit, der günstige Augenblick flüchtig,
der Versuch trügerisch, die Entscheidung schwierig.“*

Erlauben Sie mir abschließend eine Empfehlung, insbesondere an die Mitglieder der Gutachterkommission: Vergessen Sie die komplexen Strukturen der ärztlichen Handlung nicht, vergessen sie die Hippokratischen Aphorismen nicht, falls Mephistopheles oder sonst jemand sie wieder einmal in die Irre führen und ihnen weismachen will, der Geist der Medizin sei leicht zu fassen. Dem ist nicht so.



Arzthaftung bei beschränkten Ressourcen

Rechtsanwalt Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, München

„Der ärztliche Beruf hat der Jurisprudenz schwierige Probleme aufgegeben“, schrieb E. Schmidt im Schlusswort seines Buches „Der Arzt im Strafrecht“ schon 1939. „Dies gilt sicherlich aber auch umgekehrt: Die Forderungen des Rechts zu erfüllen, wird für den Mediziner immer schwieriger, je höher die Standards und je knapper die finanziellen Mittel werden, je weiter das medizinisch Machbare und das ökonomisch Mögliche bei der ärztlichen Berufsausübung auseinanderklaffen. Dieses Spannungsverhältnis war jahrzehntelang „graue Theorie“, ist aber inzwischen – und noch mehr in Zukunft – bittere Realität mit neuen, ungewohnten Fragestellungen, die ein Umdenken und die Aufgabe mancher traditioneller Rechtspositionen erfordern. Die ins Unerfüllbare gestiegenen Ansprüche der Patienten, zum Teil auch der Ärzte und Krankenhäuser, müssen mit dem Bezahlbaren harmonisiert werden, eine neue Aufgabe für Gerichte und Gutachterkommissionen.

Jeder Patient hat zu jedem Zeitpunkt und überall Anspruch auf den „Standard eines erfahrenen Facharztes“. Mit dieser Formulierung, inhaltsgleich mit den „anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst“ oder dem „Stand der Wissenschaft“, umschreibt die Haftungsrechtsprechung – und zwar sowohl im Zivil- als auch im Strafrecht – für den Mediziner den gesetzli-

chen Terminus der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“, die jeder bei seiner Tätigkeit gem. § 276 BGB zu erfüllen hat. Aus der Anbindung der gebotenen Sorgfalt des Arztes an den objektiv-typisierenden Maßstab des Standards folgt, dass das Haftungsrecht im Ausgangspunkt keine Rücksicht auf „individuelle, örtliche Qualitätsdefizite“ nimmt, sondern von der Medizin ein bestimmtes Qualitätsniveau, eben den Standard des jeweiligen Fachgebiets verlangt. Dieser wird abstrakt als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis und Erfahrung bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, von einem durchschnittlich befähigten Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können definiert und bedeutet mit den Worten des Mediziners: „die gute, verantwortungsbewusste ärztliche Übung“ im Sinne der Facharztqualität.

Angesichts des rasanten Fortschritts in der Medizin und der stetigen Veränderung der äußeren rechtlichen, wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen ist der medizinische Standard aber nicht etwas fest Zementiertes, Erreichtes, Abgeschlossenes, sondern entsprechend den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln, der Qualifikation der behandelnden Personen und den jeweiligen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten laufenden Veränderungen, einem ständigen Wandel unterworfen. Der Standard erhält dadurch eine dynamische Komponente, die den ärztlichen Sorgfaltsmaßstab von den äußeren Bedingungen abhängig macht, unter denen die Medizin praktiziert wird. Das statische Element dagegen liefert das Haftungsrecht, indem es „in einer Art Grenzkontrolle“ die Mindestanforderungen für die berufsspezifische Sorgfaltspflicht des Arztes bei der Ausübung seiner Tätigkeit festlegt. Diese ergeben sich aus der essentiellen Aufgabe allen Rechts, dem Rechtsgüterschutz, so dass Priorität vor allen anderen Aspekten Schutz und Sicherheit des Patienten haben, wie der BGH wiederholt betont hat, zumal bei der Krankenbehandlung gerade die höchsten Rechtsgüter: Leben, körperliche Integrität, Gesundheit, Freiheit der Selbstbestimmung auf dem Spiel stehen.

II.

Der Standard ist also kein abstrakt-theoretisches Gebilde in Gestalt von Lehrbuchmeinungen oder Leitlinien, losgelöst von Örtlichkeit und Zeit, sondern eine variable Größe, die nicht nur vom Fortschritt der Medizin abhängt, sondern auch davon, „wieviel und auf welche Weise die Gesellschaft für die medizinische Versorgung ausgeben kann und will“. Dadurch ist angesichts der ungeheueren Errungenschaften der Medizin, die eine „Explosion des Machbaren“ ausgelöst haben, zunehmend ein Zielkonflikt zwischen Ökonomie und ärztlichem Können, zwischen dem medizinisch Möglichen und dem Finanzierbaren entstanden, den wir alle – Ärzte, Patienten, Pflegekräfte, Politiker, Richter oder wer auch immer mit diesen Fragen konfrontiert ist – erkennen und anerkennen müssen. Die drastischen demographischen Verschiebungen im Altersaufbau unserer Bevölkerung, die Arbeitsmarktsituation, die erheblich ver-

längerte Lebenserwartung, das massiv gestiegene Anspruchsdenken und vieles andere mehr haben dazu geführt, dass die „heile Welt“ von früher, in der die finanziellen Aspekte beziehungsweise Kosten-Nutzen-Erwägungen als unärztlich weitestgehend unberücksichtigt blieben, unwiderruflich vorbei ist. Daher „können Patienten ihre Forderung nach optimaler Behandlung und Ärzte ihren Anspruch auf Therapiefreiheit jedenfalls zu Lasten der Solidargemeinschaft nicht unverkürzt durchsetzen“.

1. In Rechtsprechung und Literatur ist die Problematik, inwieweit der Kostenaspekt infolge der nur begrenzt zur Verfügung stehenden wirtschaftlichen Ressourcen bei der Beurteilung von Behandlungs- und Organisationsfehlern herangezogen werden darf beziehungsweise muss, wiederholt behandelt und zugleich betont worden, dass zwischen der Einhaltung des gebotenen Behandlungsstandards und der Gewährleistung von Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit unseres Versorgungssystems eine Balance gefunden werden muss.
 - a) Zu dieser „Balance“ gehört zunächst die Feststellung des BGH, dass sich die Anforderungen an die gebotene Sorgfalt „nicht unbesehen an den Möglichkeiten von Universitätskliniken und Spezialkrankenhäusern orientieren dürfen, sondern auch an den für diesen Patienten in dieser Situation faktisch erreichbaren Gegebenheiten ausrichten müssen, sofern auch mit ihnen ein zwar nicht optimaler, aber noch ausreichender medizinischer Standard erreicht werden kann“. Gefordert und garantiert wird also nicht jede erdenkliche Sorgfalt, nicht ein Maximalstandard, sondern ein Minus, der Mindeststandard des medizinisch Ausreichenden das ausreicht, weil es noch den Sicherheitsinteressen des Patienten genügt – eine für Sachverständige aus dem Bereich der Hochleistungsmedizin wichtige Klarstellung, keine überhöhten Sorgfaltsanforderungen zu stellen, und für das Anspruchsdenken der Bevölkerung zentrale Aussage: Es gibt keinen Anspruch auf eine optimale Medizin.
 - b) Anerkannt ist von der Judikatur ferner, dass nicht „stets das neueste Therapiekonzept mittels einer auf den jeweils neuesten Stand gebrachten apparativen Ausstattung“ eingesetzt werden muss, sondern der zu fordernde medizinische Standard „je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten verschieden“ ist. „Der rasche Fortschritt der medizinischen Technik und die damit einhergehende Gewinnung immer neuer Erfahrungen und Erkenntnisse“ führt daher „zwangsläufig zu Qualitätsunterschieden in der Behandlung von Patienten“, ohne dass die Rechtsprechung diese Entwicklung kritisiert hat; allerdings sind diesen Abweichungen, wie der BGH einschränkend hinzufügt, „Grenzen“ gesetzt, bedingt durch die Schutz- und Sicherheitsinteressen des Patienten.

- c) Darüber hinaus ist unstrittig, dass „bei der Beurteilung, welcher Sorgfaltsmaßstab im Einzelfall anzusetzen ist, die allgemeinen Grenzen im System der Krankenversorgung, selbst wenn es Grenzen der Finanzierbarkeit und der Wirtschaftlichkeit sind, nicht völlig vernachlässigt werden können“. Diese systemimmanenten Grenzen unseres Gesundheitssystems schließen deshalb zum Beispiel Schadensersatzansprüche aus, wenn der Patient wegen fehlender Operationskapazität monatelang auf die Durchführung des Eingriffs warten muss und während dieser Zeit eine Hirnembolie oder sonstige Komplikationen mit schweren Dauerschäden erleidet. Aus denselben Gründen kann zum Beispiel auch nicht verlangt werden, dass bei einer Nierenarteriendilatation „für jede mögliche Komplikation ein Notfallteam in Bereitschaft steht“ oder elektive herzchirurgische Eingriffe in Fällen fehlender akuter Bedrohung nicht mangels einer zur Verfügung stehenden Herz-Lungen-Maschine hinausgeschoben werden. Es ist allgemein anerkannt, dass solche „Grenzen aus den Rahmenvorgaben des Systems der Krankenversorgung die ärztliche Behandlungsaufgabe beschränken und der Patient diese generellen Defizite im Gesundheitssystem“ hinnehmen muss. „Grenzen der Finanzierbarkeit, die sich aus dem Verteilungssystem ergeben, hat er als Krankheitsrisiko zu tragen“, so dass die Haftung des Arztes insoweit ausscheidet.
- d) Zusammenfassend lässt sich daher als allgemeine Auffassung in Judikatur und Literatur feststellen: „Das medizinisch Machbare ist nicht mit dem rechtlich Gebotenen gleichzusetzen. Haftungsmaßstab ist nicht eine medizinisch mögliche, aber unbezahlbare Maximaldiagnostik und -therapie“. Deshalb müssen sich Arzt, Patient und Richter bewusst sein, dass die Mittel, die dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, nicht beliebig vermehrbar sind und daher bei einer verantwortungsvollen Abwägung nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit „auch Restrisiken“ legitimerweise in Kauf zu nehmen sind, soweit der Arzt auf die Mittelzuweisung und -verteilung keinen Einfluss hat.

Die Notwendigkeit, wirtschaftliche Überlegungen in ärztliches Denken durch eine Risikoabwägung einfließen zu lassen, ist deshalb unbestritten und in der Judikatur auch schon wiederholt praktiziert worden. Ich erwähne insoweit nur das berühmte „Halsrippen-Urteil“ des BGH aus dem Jahre 1975, in dem es um die Frage ging, ob das Vorhandensein von Halsrippen bei der Entfernung eines Marknagels in Narkose vorher röntgenologisch untersucht werden muss, obwohl diese Anomalie nur eine Häufigkeit von einem Prozent hat. Der BGH verneinte eine solche Untersuchungspflicht, da eine Abwägung zu treffen sei, zwischen der „statistischen Häufigkeit der Gefahr drohenden Anomalie“, dem „Gewicht der verwirklichten Gefahr“ und schließlich dem „wirtschaftlichen und allgemeinen Aufwand, den die Feststellung erfordert“. Wenn die drohende Gefahr einer Schädigung des Patienten nur eine ganz entfernte ist, der finanzielle Auf-

wand zu ihrer Beseitigung aber außer allem Verhältnis steht, muss die mögliche Diagnose- oder Behandlungsmaßnahme nicht vorgenommen werden, heißt es in einem anderen Urteil. Denn es entspricht „guter ärztlicher Übung, bestimmte Gefahren entweder in Kauf zu nehmen oder aber ihnen – gegebenenfalls mit einigem Aufwand – vorzubeugen“. Fazit: „Der haftungsrechtlich zu fordernde Standard ignoriert insoweit nicht ökonomische Zwänge“, vielmehr sind die durch das Budget gesetzten Grenzen bei der Prüfung des rechtlichen Sorgfaltsmaßstabs mit einzubeziehen.

III.

Die entscheidende Frage ist demnach, in welchem begrenzten Ausmaß der Arzt auch ökonomischen Vorgaben folgen, also auf Wirtschaftlichkeitserwägungen bei seiner ärztlichen Entscheidung Rücksicht nehmen darf, anders formuliert, wo die Untergrenze der gebotenen Sorgfalt anzusetzen ist, bei deren Missachtung die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes beginnt.

1. Man spricht insoweit von der „unverzichtbaren Basisschwelle“ des medizinischen Standards, der um des Rechtsgüterschutzes willen zugunsten des Patienten eingehalten werden muss. Nachdrücklich betont deshalb der BGH, Ärzte und Krankenhäuser dürften „sich in keinem Fall darauf berufen, ein Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten zwingt zum Einsatz unerfahrener Assistenzärzte“, denn der gebotene Sicherheitsstandard dürfe nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden, die „angemessene medizinische Versorgung sei von vornherein sicherzustellen“. Ähnlich schreibt Laufs: Der „Arzt, der mit seinem Tun und Lassen im Recht bleiben will“, hat auch „in Engpässen und bei Kostendruck stets den Regeln seines Fachs zu genügen“, für die „die medizinischen Standards das Maß geben“.

Insoweit kann man von einer Dominanz des Arzthaftungsrechts über ökonomische Erwägungen sprechen und daraus den Zwang ableiten, „mäßige Behandlungsbedingungen nach Kräften“ durch höhere Anforderungen an die Organisation und Kooperation, durch Bemühen um Rationalisierung, zum Beispiel durch mehr Selbstkritik bei der Übernahme von Patienten oder durch frühzeitige Abgabe des Falles an den Spezialisten zu neutralisieren. Denn ein Übernahmeverschulden oder die Überschreitung des erlaubten Risikos bedeutet einen Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht. Wenn aber auch nach Ausschöpfung aller organisatorischer Möglichkeiten, Rationalisierungsmaßnahmen und Umverteilung der finanziellen Mittel im konkreten Behandlungsbereich Qualitätsmängel nicht zu beseitigen sind, ist der medizinische Standard hic et nunc zwangsläufig niedriger anzusetzen als dort, wo die sachliche und personelle Ausstattung auf-

grund günstigerer wirtschaftlicher Verhältnisse besser ist. Die sich daraus ergebenden Risiken oder gar gesundheitlichen Nachteile für den Patienten dürfen deshalb nicht auf den Arzt persönlich als Haftungs- bzw. Strafbarkeitsrisiko abgewälzt werden, da es ja nicht in seiner Verantwortung liegt, dass der für ihn erreichbare medizinische Standard vor Ort niedriger als anderswo liegt.

2. Diese Haftungsfreistellung gilt jedoch nicht ausnahmslos und unbeschränkt, sondern ist an Voraussetzungen geknüpft.
 - a) Dazu gehören zum einen nachdrückliche Bemühungen, den höheren – an sich wünschenswerten und an anderer Stelle auch verwirklichten – Standard zu gewährleisten. Der Chefarzt einer Abteilung muss dabei alles in seiner Macht Stehende tun, um diesen „Ziel-Standard“ zu erreichen, also zum Beispiel intelligent umorganisieren, dadurch Kosten einsparen, sich um Flexibilität, Mehreinsatz und Rationalisierung bemühen, Drittmittel und zusätzliche Patienten akquirieren, Briefe an die Krankenhausleitung und den Träger schreiben, darin die Risiken für den Patienten aufzeigen u.a. vieles andere mehr.
 - b) Zum zweiten muss der Patient selbstverständlich bei Behandlungsbeginn oder bei Fortsetzung der Behandlung über die Reduktion des Standards und die damit möglicherweise verbundene Risikoerhöhung sowie über die eventuell mögliche „private Liquidation“ zur Erlangung der besseren Behandlungsqualität aufgeklärt werden. Der Patient muss über die Folgen der Mittelknappheit in seinem besonderen Fall informiert sein, zum Beispiel über eine vorhandene Therapieoption in Gestalt eines wirksamen, aber sehr teuren und deshalb in dem betreffenden Krankenhaus nicht verfügbaren Medikaments.
 - c) Die dritte Voraussetzung für die Haftungsfreistellung des Arztes bei einer Absenkung des Standards infolge knapper Ressourcen liegt in der Beachtung des erlaubten Risikos. Nicht jede erkennbar gefährliche Handlung ist verboten. Wenn aber die personellen und sachlichen Behandlungsbedingungen so ungünstig sind, dass das daraus resultierende Risiko und die möglichen Nachteile für den Patienten unverträglich hoch sind, ist der Nutzen ärztlichen Tuns zu verneinen. Wird erkennbar, dass die für den Krankenhausbetrieb oder eine einzelne Abteilung empfohlene oder vorgeschriebene Mindestausstattung nicht mehr gewahrt ist, um die Gefährdung des Patienten auf das noch tolerierbare Maß zu senken, so ist dieser an ein geeignetes Krankenhaus zu überweisen, ein Aufnahmestopp zu verhängen und das Leistungsangebot zurückzunehmen. Das Eingehen der erhöhten Gefahr ist dann nicht mehr durch die „soziale Adäquanz“ gedeckt, die bei überwiegendem sozialem Nutzen auch eine an sich gefährliche Handlung rechtfertigt.

Denn unter diesen Umständen steht „die Erfüllung des Heilauftrags grundsätzlich in Frage“, da die iatrogene Gefährdung der Patienten infolge mangelnder Qualifikation der Ärzte oder ungenügende Ausstattung des Krankenhauses die Chancen des Heileingriffs überwiegt und damit das erlaubte Risiko überschritten wird.

IV.

Ich möchte diese etwas theoretischen Zusammenhänge zwischen Haftungsrecht und Ressourcenknappheit an vier Beispielen verdeutlichen:

- (1) Aus einer Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt vom 26. Januar 2004 betreffend das Medikament Linezolid ergibt sich, dass dieses wesentlich teurer als das bisherige „Standardmedikament“ ist, allerdings auch deutlich bessere Erfolge zeitigt. Gleiches gilt für den Einsatz von aktiviertem Protein C bei schwerer Sepsis. Beide Präparate werden aber in der Praxis aus Kostengründen kaum eingesetzt.

Entgegen der Ansicht des OLG Hamm darf der Arzt meines Erachtens hier auf die Verschreibung des „bestwirksamen“ Medikaments verzichten und Kostenerwägungen Raum geben, da das neue Medikament noch nicht Standard ist. Die Tatsache, dass die Behandlung dem neuesten wissenschaftlichen Stand entspricht, genügt dazu nicht, vielmehr wird es erst durch die Anerkennung in der Praxis zum Standard, die aber nach der zitierten Mitteilung noch aussteht.

- (2) In der Bundesrepublik gehört die PSA-Bestimmung bei der Vorsorgeuntersuchung älterer privatversicherter Männer zum Untersuchungsstandard. Der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat jedoch diese Diagnosemaßnahme bislang nicht in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen, so dass sich die Frage stellt, ob den Arzt ein zivil- oder strafrechtlicher Vorwurf trifft, wenn er bei einem „Kassenpatienten“ diese Diagnostik aus Kosten- bzw. Vergütungsgründen – also wirtschaftlichen Erwägungen – nicht erbringt.

Aus dem Aspekt der Einheit der Rechtsordnung folgt meines Erachtens, dass dem Vertragsarzt, der seinem gesetzlich versicherten Patienten den originären PSA-Test vorenthält, kein Behandlungsfehler vorzuwerfen ist. Denn das Zivil- oder Strafrecht darf nicht ein Handeln als rechtswidrig brandmarken, das das Sozialrecht als erlaubt und geboten qualifiziert. Allerdings muss der Patient über diese Diagnosemaßnahme aufgeklärt werden und damit die Möglichkeit erhalten, sie als IgeL-Leistung selbst zu bezahlen.

- (3) Aus Kostengründen oder Personalmangel werden bisweilen so genannte Parallelnarkosen durchgeführt, bei denen der Anästhesist, der selbst eine Narkose vornimmt, eine oder zwei weitere Narkosen in anderen Räumen mitüberwacht, die von Narkoseschwes-tern betreut werden. Der BGH hat dazu in mehreren Entscheidungen Stellung genom-men und „zum Schutz und zur Sicherung des Patienten“ gefordert, dass der sofortige Beistand eines Fachanästhesisten im Komplikationsfall an jedem OP-Tisch gewährleis-tet sein muss. Deshalb sei „für die ohnehin bedenkliche Parallelnarkose grundsätzlich Blick- oder wenigstens Rufkontakt zu dem Fachanästhesisten“ zu verlangen und die Pa-rallelnarkose auf Notfälle sowie die Mitüberwachung eines OP-Tisches zu begrenzen. Dabei handelt es sich „um Mindestanforderungen, die sich aus der Natur des Eingriffs und der vitalen Bedeutung sofortigen fachkundigen Eingreifens im Komplikationsfall ergeben und auch von der Medizin nicht in Zweifel gezogen werden“. Eine OP-Organisation mit regelhaften Parallelnarkosen wäre also rechtswidrig. Hier wirkt sich also die „Grenzkontrolle“ der Rechtsprechung zum Schutz von Leben und Gesundheit des Patienten aus.
- (4) Aus Kostengründen wird an vielen kleineren Krankenhäusern ein so genannter „fachübergreifender“ Bereitschaftsdienst eingeführt, der zum Beispiel zur Folge hat, dass ein Assistenzarzt der Inneren Medizin Nachtdienst im Krankenhaus verrichtet und dabei auch für die Chirurgische Station zuständig ist. Eine solche Organisationsform ist sicherlich nicht optimal, keine „Ideallösung“, wird aber von der Judikatur als grundsätzlich zulässig erachtet, da der Bereitschaftsdienst immer nur „sicherstellen solle, dass bei akuten Notfällen erste Hilfsmaßnahmen für den Kranken ergriffen werden“. Allerdings müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein:
- eine besonders intensive Übergabebesprechung vor Antritt des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes,
 - Training und Fortbildung vor Aufnahme des fachübergreifenden Dienstes bezüglich der speziellen Belange der jeweiligen Abteilungen,
 - kein Einsatz von Berufsanfängern,
 - genaue schriftliche Anweisungen für den Diensthabend,
 - einsatzbereiter Hintergrund-Facharzt, Sonderbehandlung für Risikopatienten und, soweit möglich,
 - nur verwandte Fächer übergreifend, das heißt zum Beispiel zwischen Orthopädie und Chirurgie.

Unzulässig – aus dem Gesichtspunkt von Schutz und Sicherheit der Patienten – ist dagegen der fachübergreifende Bereitschaftsdienst im Bereich der Geburtshilfe und Anästhesie.

V.

Deutlich wird an den Beispielen sichtbar, dass die „unverzichtbare Basisschwelle“ des Standards vom Recht unter Sicherheitsaspekten bestimmt wird. Wenn die Ressourcen und Einrichtungen nicht mehr für alle akut hilfsbedürftigen Patienten zugleich ausreichen, wenn nach Ausschöpfung der Finanzierungs- und Wirtschaftlichkeitsreserven auch bei bester Organisation bestimmte Leistungen nicht vorgenommen und bestimmte erfolgversprechende Diagnosen und Therapien aus Kostengründen unterbleiben müssen, verkürzt sich zwar der für die Beurteilung der „im Verkehr erforderlichen Sorgfalt“ geltende Maßstab, also der medizinische Standard. Insoweit trifft in erster Linie „die Medizin eine Darlegungs- und Rechtfertigungslast“, dass sie hierzu trotz aller Rationalisierungsbemühungen gezwungen ist, sie muss die Grenzen bestimmen und Zuteilungskriterien entwickeln, da der Standard das Ergebnis einer medizininternen Auseinandersetzung ist.

Vor allem die ärztlichen Gutachter dürfen daher nicht medizinische Idealstandards der Beurteilung der erforderlichen und zumutbaren Sorgfalt des Arztes zugrunde legen, sondern müssen viel stärker, als dies bislang geschieht, die durch die Einsparzwänge und Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen sich ergebenden Einschränkungen des Standards Richtern, Staatsanwälten und Verteidigern deutlich machen, insbesondere auch frühere Empfehlungen, Leitlinien, Richtlinien unter anderem unter dem Aspekt der unabweisbaren finanziellen Grenzen überdenken und neu bewerten. Die Knappheitsfolgen dürfen nicht zu Lasten von Krankenhäusern, Ärzten und Pflegekräften gehen und ihre persönliche Haftung begründen. Diese Feststellung gilt aber nur unter der Prämisse, dass sie die durch das erlaubte Risiko markierte Standard-Untergrenze einhalten, die das Haftungsrecht im Interesse von Schutz und Sicherheit des Patienten unerbittlich zieht. Denn „keine zur Erfüllung des Heilauftrags wirklich indizierte Maßnahme“ darf „um der Kosten willen als unwirtschaftlich abgelehnt“, keine ärztliche Maßnahme durchgeführt werden, deren Risiko als nicht mehr hinnehmbar anzusehen ist.

Die zukünftige Rechtsprechung wird insoweit für die nötige Konkretisierung sorgen und dabei hoffentlich das erforderliche Augenmaß walten lassen, das heißt Patientenschutz und Schutz der Ärzteschaft vor juristischen Implikationen in gerechter Weise austarieren, um die Arzthaftung ausgewogen zu halten. Die Schlichtungsstellen und Gutachterkommissionen können auf dem Weg dorthin mit ihren Voten und Bescheiden wertvolle Vorarbeit leisten und

Zeichen setzen, wie die bei der ärztlichen Berufsausübung im Vordergrund stehenden Individualinteressen des Patienten und die Gemeinschaftsinteressen an einem effizienten Einsatz der Finanzmittel in der Krankenversicherung in Einklang gebracht werden können. Dazu ist es vor allem erforderlich, dass bei der Bewertung von Behandlungsfehlern nicht nur die Fehler des primär angeschuldigten Arztes untersucht werden, sondern auch das Umfeld, in dem der Schaden entstanden ist. Insbesondere die Krankenhausträger tragen die wirtschaftliche Verantwortung für die Arbeitsabläufe am Krankenhaus und die Personalausstattung. Es gilt, hierauf und damit auch auf die Verantwortung von Politik und Gesellschaft aufmerksam zu machen, damit nicht Krankenhäuser betrieben werden, die eine ordnungsgemäße Versorgung ihrer Patienten nicht gewährleisten können und danach diejenigen, die in solchen Häusern tätig sind, bei Schadensfällen zivil- und strafrechtlicher Haftung aussetzen.



Blick ins Auditorium



Dr. Manfred Eissler, Dr. Karl-Eberhard Nick, Kammerpräsidentin Dr. Ulrike Wahl,
Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing (v.l.n.r.)



Blick ins Auditorium (in der ersten Reihe Dr. Manfred Eissler, Kammer-Justiziarin Ulrike Hespeler und Christiane Nagel v. Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg)



Angeregte Gespräche im Anschluss an die Festveranstaltung

Patienten und Ärzte können sich gleichermaßen an die Gutachterkommissionen wenden, die bei den vier Bezirksärztekammern angesiedelt sind:

Bezirksärztekammer Nordwürttemberg
Jahnstraße 5
70597 Stuttgart

Bezirksärztekammer Nordbaden
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

Bezirksärztekammer Südbaden
Sundgaullee 27
79114 Freiburg

Bezirksärztekammer Südwürttemberg
Haldenastraße 11
72770 Reutlingen

Diese Adressen sowie ein Merkblatt, das über den Ablauf des Verfahrens bei vermuteten ärztlichen Behandlungsfehlern informiert, finden Sie auch im Internet unter www.aerztekammer-bw.de im Bereich „Patienten“.

In diesem Band dokumentiert die Landesärztekammer Baden-Württemberg ihre Festveranstaltung aus Anlass des dreißigjährigen Bestehens der Gutachterkommissionen in Baden-Württemberg.

Mit Beiträgen von Dr. med. Ulrike Wahl, Präsidentin der Landesärztekammer Baden-Württemberg; Dr. jur. Karl-Eberhard Nick, Vorsitzender der Gutachterkommission Nordwürttemberg; Dr. med. Manfred Eissler, Statistikbeauftragter der Gutachterkommissionen; Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, Tübingen, und Rechtsanwalt Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, München.