



# 40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle

## Bericht über die Jahre 2006 bis 2016

Dr. iur. Katharina Deppert

**Abb. 1: Entwicklung der Antragszahlen in Hessen (2006–2016)**

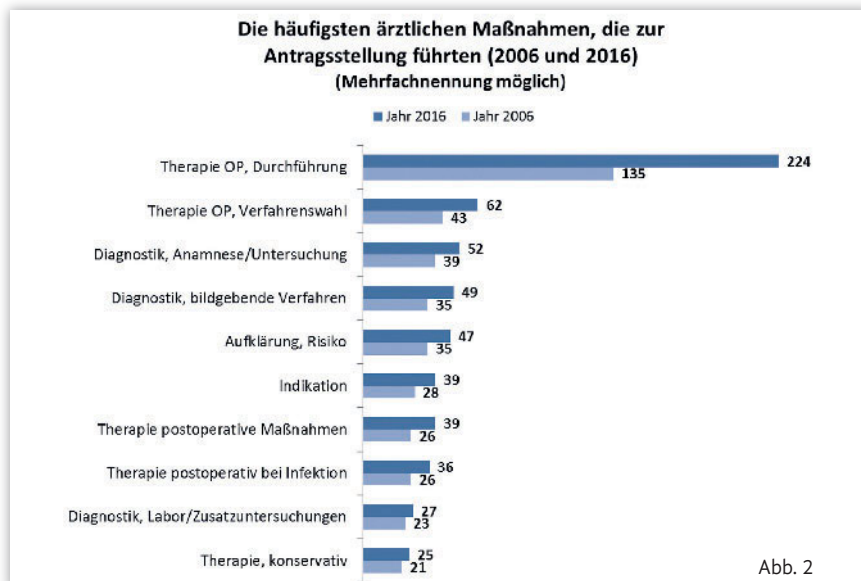
Jahr	Anträge
2006	814
2007	781
2008	772
2009	891
2010	817
2011	770
2012	<b>983</b>
2013	902
2014	981
2015	804
2016	905

Vor 40 Jahren wurde die Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen ins Leben gerufen. Aus Aktualitätsgründen beschränkt sich der folgende Bericht über ihre Tätigkeit auf die zurückliegenden zehn Jahre.

Wie die Tabelle über die Entwicklung der Antragszahlen in den Jahren 2006 bis 2016 (Abb. 1) zeigt, gibt es zwar eine gewisse Schwankungsbreite; insgesamt ist jedoch eine verhältnismäßig hohe Zahl von Eingängen in der Gutachter- und Schlichtungsstelle, mit steigender Tendenz, zu verzeichnen. Dass allein im Jahre 2016 über 900 auf die Einleitung eines Verfahrens vor der Gutachterstelle gerichtete Anträge eingingen, spricht für die erfreuliche Resonanz der Arbeit der Gutachterstelle.

### Weisungsfrei und unparteiisch

Bei einem Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle werden alle Beteiligten und die Versicherung des Arztes umfassend über sämtliche Vorgänge und über die einzelnen Verfahrensschritte unterrichtet. Dazu gehört die Übermittlung aller Schreiben, die Anhörung zur Person des zu beauftragenden Sachverständi-



gen, die Einsicht in Akten und Krankenunterlagen etc.

Der Grundsatz des „uneingeschränkten rechtlichen Gehörs“ bildet das Kernstück des Verfahrens, das sich, wie in den maßgeblichen EU-Richtlinien zu Schlichtungsverfahren und in der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle festgehalten, durch völlige Transparenz auszeichnet. Die personelle Aufstellung bietet die Gewähr dafür, dass alle diese Voraussetzungen eingehalten werden. In der Gutachter- und Schlichtungsstelle arbeiten weisungsfrei und unparteiisch drei pensionierte Richter, die leitende Positionen in der Ziviljustiz innehatten. In den vergangenen Jahren handelt es sich um ehemalige Vorsitzende Richter am Landgericht, am Oberlandesgericht und am Bundesgerichtshof. Die eingehenden Fälle sind dezernatsmäßig auf die drei Juristen aufgeteilt, die für die Wahrung des rechtlichen Gehörs und die ordnungsgemäße Durchführung der Verfahren verantwortlich sind. Sie bearbeiten ihre Verfahren von der Antragstellung bis zur Beendigung und ordnen alle im Einzelnen zu treffenden Maßnahmen an. Sie leiten die wöchentlich stattfindenden Kommissionssitzungen und begründen die Kommissionssentscheidungen schriftlich.

Da die Beteiligten des Verfahrens und die Versicherung des Arztes das Recht auf jederzeitige Akteneinsicht haben, ist eine Überprüfung durch Außenstehende nicht erforderlich. Aus diesem Grund macht es keinen Sinn, die Struktur der hiesigen Verfahren durch „Überstülpung“ anderer Verfahrensordnungen zu ändern.

Bei den in Abb. 2 dargestellten, am häufigsten beanstandeten ärztlichen Maßnahmen handelt es sich in erster Linie um durchgeführte Operationen.

Die Fachgebiete Orthopädie, chirurgische und unfallchirurgische Orthopädie sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich waren am häufigsten von einem behaupteten Behandlungsfehler betroffen, gefolgt von den Gebieten Frauenheilkunde, Innere Medizin und Urologie (Abb. 6.1. bis 6.4.). Die Diagnostik als Fehlerquelle überwiegt im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich steht, wie nicht anders zu erwarten, die Therapie im Mittelpunkt (Abb. 7.1. bis 7.4.).

Der Anteil der bestätigten Behandlungsfehler ist während des gesamten Zeitraums annähernd gleich geblieben und beträgt jeweils knapp 25 Prozent (%), vgl. Abb. 3. Die meisten Beanstandungen, die zur Antragstellung führten, la-

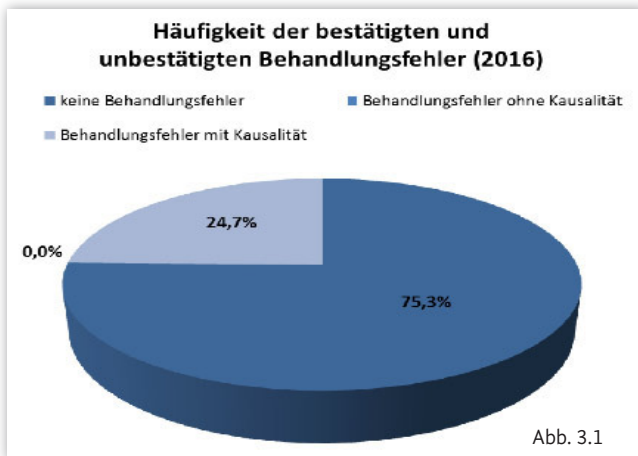


Abb. 3.1

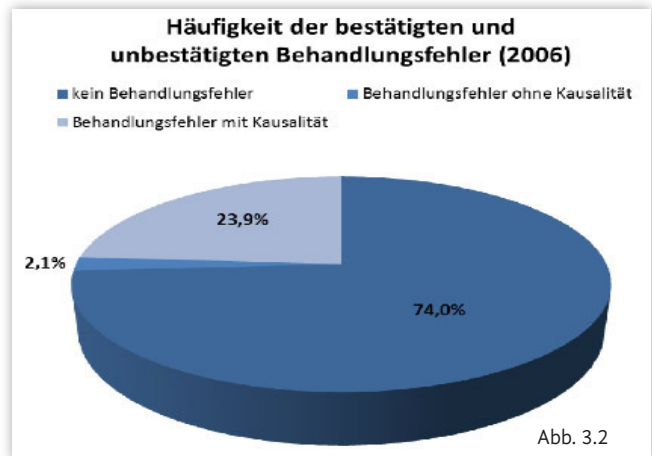


Abb. 3.2

**Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragstellung führten (2006)**

Schulter- und Oberarmfraktur	12
Kniebinnenschaden (traumatisch)	11
Mamma, Neubildung, bösartig	10
Koxarthrose	10
Deformität, Zehen/Finger	9
Abdomen, akut	8
Unterarmfraktur	8
Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	8
Gonarthrose	7
Kniebinnenschaden (degenerativ)	7

Abb. 4.1

**Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragstellung führten (2016)**

Koxarthrose	26
Gonarthrose	22
Rückenschmerzen	10
Fußfraktur	10
Oberflächliche Verletzung	10
Femurfraktur	9
Hand- u. Handgelenkfraktur	9
Unterarmfraktur	9
Schulter- und Oberarmfraktur	8
Bandscheibenschaden, zervikal	8

Abb. 4.2

gen auf orthopädischem Gebiet (Abb. 4). Bei den Behandlungsarten hat sich zwischen 2006 und 2016 eine gewisse Verschiebung auf den ambulanten Bereich ergeben (Abb. 5, siehe S. 616). Sie beruht darauf, dass sich die Zahl der im ambulanten Bereich vorgenommenen Eingriffe erhöht hat.

### Wann liegt ein haftungsbegründender Behandlungsfehler vor?

Über die Frage, ob ein haftungsbegründender Behandlungsfehler vorliegt, haben die Juristen nach Aktenlage auf Grundlage der Ausführungen in den eingeholten Sachverständigengutachten, denen eventuell eine persönliche Untersuchung des Patienten zugrunde liegt, zu befinden. Dabei ist – anders als im Strafverfahren – ein objektiver Maßstab anzulegen. Der Verschuldensvorwurf richtet sich danach, ob der objektive Standard des Fachgebietes des Arztes eingehalten wurde. Ist dieser Standard nicht gewahrt, liegt ein Fehler vor. Den Arzt trifft sodann aus dem mit dem Patienten bestehenden Dienstvertrag (vgl. § 630 b des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB) die Verantwortung für die Folgen, die auf dem Fehler beruhen.

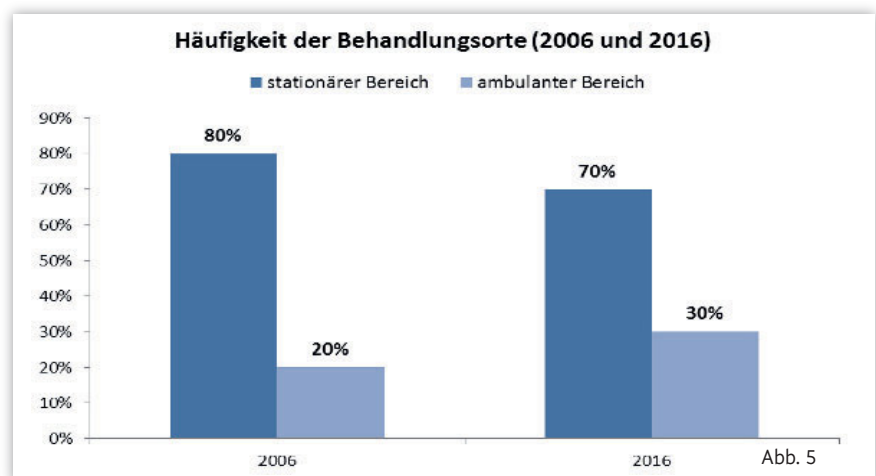


Abb. 5

Die gelegentlich geäußerte Meinung, es müsse ein grober Fehler vorliegen, ist nicht zutreffend.

Für die Entscheidung, dass ein gesundheitlicher Nachteil auf dem festgestellten Fehlverhalten des Arztes beruht, ist nach § 286 Zivilprozessordnung (ZPO) die volle (richterliche) Überzeugung nötig. Bestrebungen, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend für die Annahme eines Fehlverhaltens gelten zu lassen oder grundsätzlich eine Beweismaßreduzierung zuzulassen, sind bei der Verabschiedung des Patientenrechtgesetzes

zes vom 20. Februar 2013 nicht erfolgreich gewesen.

Für die erforderlichen Nachweise bedarf es allerdings keines naturwissenschaftlichen Beweises. Es genügt ein für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen.

Bei der Frage der Verantwortlichkeit des Arztes für die Folgen eines Behandlungsfehlers werden die bereits von der Rechtsprechung erarbeiteten, von dem Gesetzgeber übernommenen Beweiserleichterungen berücksichtigt. Insbesondere wird hier



**Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren**  
- ambulanter Bereich (2006)

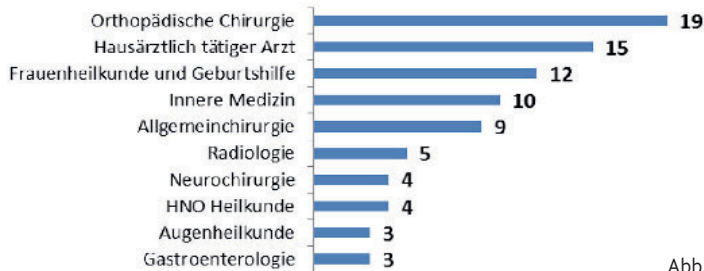


Abb. 6.1

**Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren**  
- stationärer Bereich (2006)

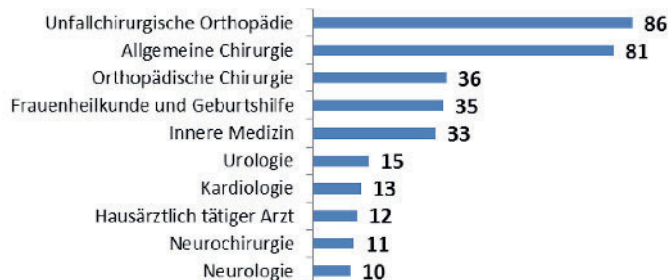


Abb. 6.2

**Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren**  
- ambulanter Bereich (2016)



Abb. 6.3

**Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren**  
- stationärer Bereich (2016)

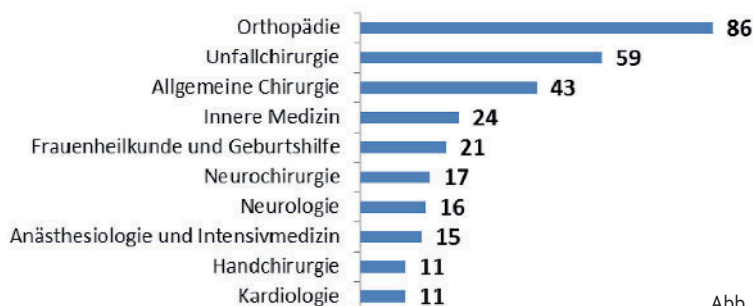


Abb. 6.4

überprüft, ob der Fehler des Arztes als grob zu bewerten ist (vgl. § 630 h Abs. 5 Satz 1 BGB). Zu dieser Frage erhält der Patient eine Stellungnahme in der Entscheidung der Gutachter- und Schlichtungsstelle, ebenso zu möglichen Befunderhebungsfehlern (§ 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB). Erörtert werden des Weiteren Verstöße gegen die Dokumentationspflicht und deren Auswirkungen auf den Beweis für eine Nichtdurchführung medizinisch gebotener Maßnahmen (§ 630 h Abs. 3 BGB). Verletzungen von Aufklärungspflichten gewinnen eine zunehmende Bedeutung bei der Entscheidung über Pflichtverletzungen.

**Immer mehr Verfahren**

Die Zahl der Kommissionsverfahren, die eine erneute Überprüfung der Vorwürfe ermöglichen, hat im Zeitraum von 2006 bis 2016 erheblich zugenommen. Gegen ein Gutachten können die Beteiligten einen Antrag auf Kommissionsentscheidung stellen. In der Hälfte der eingeholten Gutachten wurde ein Antrag auf Überprüfung durch die Kommission gestellt, die aus einem Juristen und mindestens zwei an der Gutachtenerstattung nicht beteiligten Sachverständigen aus dem Fachgebiet des beteiligten Arztes besteht; der Gutachter selbst ist nicht stimmberechtigt. Im Jahre 2016 wurden 294 Kommissionsverfahren durchgeführt, die mit einer Kommissionsentscheidung endeten.

**Dr. iur. Katharina Deppert**

Vors. Richterin am BGH a. D.,

Vorsitzende der

Gutachter- und Schlichtungsstelle

der LÄKH

Die Tätigkeitsberichte der Gutachter- und Schlichtungsstelle werden jährlich auf der Website der Landesärztekammer eingestellt. Aufgrund eines Präsidiumsbeschlusses erscheinen die Tätigkeitsberichte der Landesärztekammer Hessen in gedruckter Form am Ende einer Legislaturperiode als Beilage des Hessischen Ärzteblatt.

**Die häufigsten Fehlerarten  
- ambulanter Bereich (2006)**



Abb. 7.1

**Die häufigsten Fehlerarten  
- ambulanter Bereich (2016)**

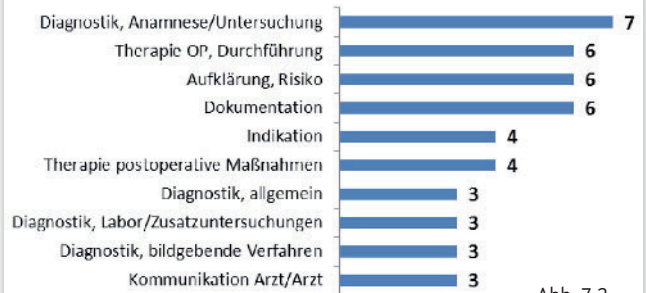


Abb. 7.2

**Die häufigsten Fehlerarten  
- stationärer Bereich (2006)**

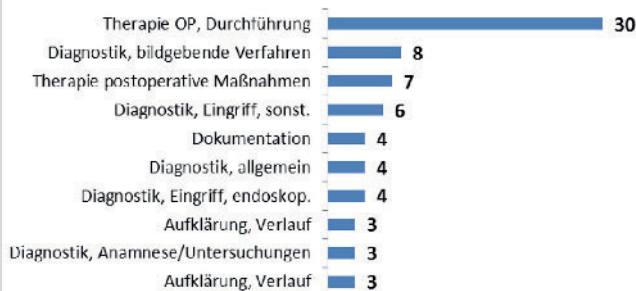


Abb. 7.3

**Die häufigsten Fehlerarten  
- stationärer Bereich (2016)**



Abb. 7.4

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen  
- ambulanter Bereich (2006)**

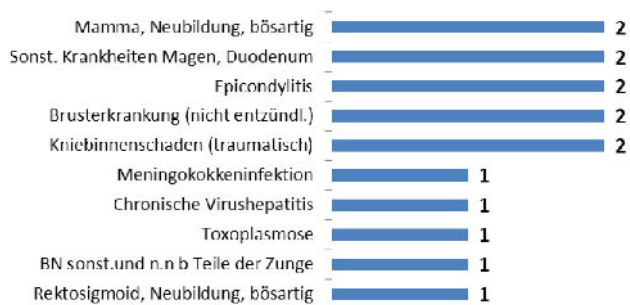


Abb. 8.1

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen  
- ambulanter Bereich (2016)**

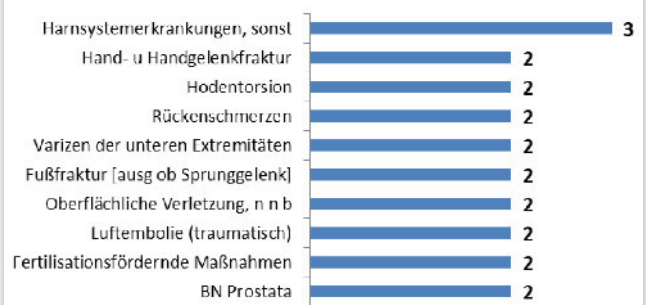


Abb. 8.2

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen  
- stationäre Bereich (2006)**

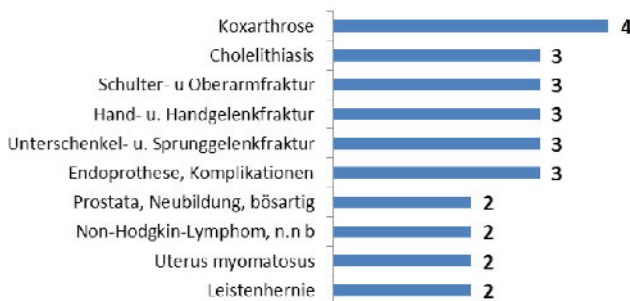


Abb. 8.3

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen  
- stationärer Bereich (2016)**

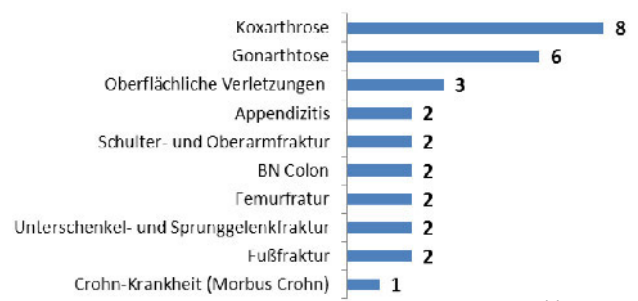


Abb. 8.4