Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen

Zur Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen*

Professor Dr. Christian Katzenmeier, Köln

Was Ärzte schon lange kennen, hält nun auch bei der Anwaltschaft Einzug: Schlichtungsstellen. Der Bundesgesetzgeber richtet eine „Schlichtungsstelle der Rechtsanwaltschaft" ein. Die Teilnahme am Verfahren wird für Anwalt und Mandant freiwillig sein. Dagegen kann ein Schlichtungsverfahren vor der örtlichen Kammer zukünftig auch gegen den Willen des Anwalts eingeleitet werden (siehe zu den Verfahren in diesem Heft Römermann ab Seite 815). Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärzte sind nicht zuletzt deshalb erfolgreich, weil eine Teilnahme freiwillig ist. Der Beitrag stellt aus Anwaltssicht die Verfahren mit ihren Vor- und Nachteilen dar. Er ist daher nicht nur für die Medizinrechtler, sondern für alle Anwälte interessant.

Die Zahl der Arzthaftungsprozesse steigt seit Jahrzehnten beständig an. Ursachen dieser Entwicklung sind Spezialisierung und Technisierung der Medizin, mit der nicht nur die Behandlungsmöglichkeiten sondern auch die Eingriffsrisiken zunehmen, Verrechtlichung der Arzt-Patient-Beziehung, mit der sich die Vertrauensbeziehung sukzessive in eine Geschäftsbeziehung wandelt, Anonymisierung im staatlich organisierten Gesundheitssystem, das unter einem immer stärkeren Kostendruck steht, inzwischen geprägt ist von Budgetierungen und Leistungsausgrenzungen, Emanzipation der Patientenschaft, erhöhtes Anspruchsdenken und größere Konfliktbereitschaft. All dies verstärkt die Bereitwilligkeit Medizingeschädigter zur Klageerhebung.[1] Dabei sind Arzthaftungsprozesse für die Beteiligten oftmals belastend. Für Patienten stellen sie keinen einfachen Weg der Anspruchsdurchsetzung dar, denn sie sind meist langwierig, komplex und undurchsichtig,[2] die Erfolgsquote ist verhältnismäßig gering. Für Ärzte haben Prozesse nicht selten eine stigmatisierende Wirkung. Hinzu kommt, dass gerade Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Patient häufig mit besonderer Emotionalität ausgetragen werden. Das kontradiktorische gerichtliche Verfahren weist deutliche Eskalationstendenzen auf, es treibt die Parteien in die Position von einander bekämpfenden Gegnern und zerstört damit endgültig deren Beziehung. Dieser Befund veranlasst Rechtswissenschaft und Rechtspolitik seit geraumer Zeit zur Suche nach Möglichkeiten außergerichtlicher Streitbeilegung. Das Bestreben im Arztrecht ist Teil einer allgemeinen Diskussion über Alternativen zum Prozess.[3]

A. Vorzüge außergerichtlicher Streitbeilegung in Arzthaftungssachen

Bei näherer Betrachtung können einige der gepriesenen Vorzüge außergerichtlicher Streitbeilegung in besonderer Weise für die Austragung von Streitigkeiten zwischen Arzt und Patient Geltung beanspruchen.[4] Fürsprecher der Justizalternativen reklamieren einen besseren *„Zugang zum Recht"*.[5] Gerade für Medizingeschädigte bestehen häufig hohe Zugangsbarrieren zur staatlichen Gerichtsbarkeit: Zunächst soziale Barrieren, da sowohl im Verhältnis zum Arzt als auch zum Gericht nicht selten ein asymmetrisches Verhältnis besteht; schichtspezifische Vorbehalte können Betroffene von einer Anrufung der Gerichte abhalten;[6] sodann rechtliche Barrieren, da für den juristischen und medizinischen Laien Arzthaftungsprozesse mit ihren verfahrens- und materiellrechtlichen Besonderheiten[7] meist ganz undurchsichtig und in ihrem Ausgang unvorhersehbar sind. Die daraus resultierenden Kostenrisiken bedeuten schließlich wirtschaftliche Barrieren. Zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren besteht eine vergleichsweise niedrigere Zugangsschwelle, sie zeichnen sich durch eine informelle, personenbezogene Vermittlung und eine zügige, kostengünstigere Erledigung des Streits aus.[8]

Ein weiterer Vorteil von Justizalternativen kann ihr größeres *Potential zur Konfliktbewältigung* sein.[9] Bei Gericht werden Konflikte nach selektiven, die ursprüngliche Komplexität reduzierenden Regeln behandelt,[10] das Ausblenden der persönlichen Belange und die Konzentration auf sachlich juristische Aspekte trägt wesentlich zur Effizienz der Verfahren bei.[11] Eine echte, nachhaltige Befriedung lässt sich aber nur erreichen, wenn der Konflikt in seiner ganzen Komplexität aufgearbeitet wird.[12] Dies ist bei Arzt-Patient-Streitigkeiten von besonderer Bedeutung, da hier regelmäßig höchstpersönliche Rechtsgüter des Patienten betroffen sind und der mit einem Behandlungsfehler verbundene Schuldvorwurf gegenüber dem Arzt das Verhältnis nachhaltig belastet.[13]

Schließlich kann eine besondere Sachnähe und *Sachkunde der angerufenen Stellen* für eine Justizalternative sprechen. Entscheidungen auf dem Gebiet der Arzthaftung erfordern regelmäßig medizinische Fachkenntnisse, über die Richter nicht verfügen. Häufig ist daher das Gutachten eines medizinischen Sachverständigen ausschlaggebend für den

---

* Der Beitrag ist im Oktober 2008 in der Festschrift der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein aus Anlass des zehnjährigen Bestehens der Arbeitsgemeinschaft erschienen.

1 Näher *Laufs*, Arztrecht, 5. Aufl. 1993, Rn. 25 ff., 467 ff.; *ders.* in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Medizinrechts, 3. Aufl. 2002, §§ 2, 97; *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 10 ff.

2 Zu den Besonderheiten des Arzthaftungsprozesses s. *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 375 ff., zum Beweisrecht S. 416 ff.

3 Dazu *Katzenmeier*, Zivilprozess und außergerichtliche Streitbeilegung, ZZP 115 (2002), 51–92.

4 Vgl. jüngst ausführlich *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen – unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern, 2008.

5 Dazu allg. *Raiser*, Grundlagen der Rechtssoziologie, 4. Aufl. 2007, S. 302 ff.; *Rehbinder*, Rechtssoziologie, 6. Aufl. 2007, Rn. 150; *Röhl*, Rechtssoziologie, 1987, S. 509 f.

6 *Siegrist,* Medizinische Soziologie, 6. Auflage 2005, S. 251; s. auch *Francke/Hart*, in: *Badura/Hart/Schellschmidt*, Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 1999, S. 195.

7 Einzelheiten bei *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002.

8 *Rosenberg/Schwab/Gottwald*, Zivilprozessrecht, 16. Auflage 2004, § 173 Rn. 13; *Hager*, Konflikt und Konsens, 2001, S. 43.

9 Dies gilt insbes. für die Mediation, vgl. *Katzenmeier*, ZZP 115 (2002), 51, 73. Zu dem aktuellen Regelungsbedarf s. *Hess*, Beilage zu NJW Heft 21/2008, 26 ff.

10 Zur „Verrechtlichung des Streitgegenstandes" vgl. *Raiser*, Grundlagen der Rechtssoziologie, 4. Aufl. 2007, S. 297 ff.; *Hoffmann-Riem*, in: Festschr. f. Blankenburg, 1998, S. 649, 652.

11 Vgl. *Katzenmeier*, ZZP 115 (2002), 51, 79 f.

12 *Falke/Gessener*, in: *Blankenburg/Gottwald/Strempel*, Alternativen in der Ziviljustiz, 1982, S. 294; *Hager*, Konflikt und Konsens, 2001, S. 42 ff.; *Löer*, ZZP 119 (2006), 199, 201.

13 *Francke/Hart*, Charta der Patientenrechte, 1999, S. 240, mit Vorschlägen zur Fortentwicklung der Schadensregulierung. Zu Möglichkeiten des Einsatzes von Mediation bei Störungen des Arzt-Patient-Verhältnisses vgl. *Katzenmeier*, NJW 2008, 1066 ff.

Prozessausgang.[14] Die Zusammenführung von juristischem und medizinischem Fachwissen, die sich in gerichtlichen Verfahren vielfach problematisch gestaltet,[15] ist im Rahmen außergerichtlicher Streitbeilegungsverfahren, bei denen Experten oder interdisziplinär besetzte Gremien angerufen werden, leichter möglich.

Das Potential außergerichtlicher Streitbeilegung wurde in den vergangenen Jahren zunehmend erkannt, in der Praxis spielen Justizalternativen bei der Durchsetzung von Ansprüchen des Patienten gegen den Arzt eine bedeutsame Rolle. Am wichtigsten sind die Verfahren bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, Arzthaftungsstreitigkeiten durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns beizulegen.[16]

B. Die Verfahren der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

I. Status quo

In Deutschland gibt es derzeit neun Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.[17] Diese Gütestellen definieren in den Statuten als Ziel ihrer Arbeit die erleichterte Durchsetzung begründeter Ansprüche einerseits, die Zurückweisung unbegründeter Ansprüche andererseits. Gegenstand der Verfahren ist die Feststellung eines Behandlungsfehlers und daraus resultierenden Gesundheitsschadens des Patienten. In der Praxis prüfen die Stellen auf Antrag auch das Vorliegen einer Aufklärungspflichtverletzung.

Die Gütestellen sind Einrichtungen der Ärztekammern, organisatorisch jedoch von diesen getrennt. Die Mitglieder der Gremien sind ehrenamtlich tätig. Alle Stellen sind sowohl mit Ärzten als auch mit Juristen besetzt. Das Amt des Vorsitzenden hat bei den meisten Gütestellen ein Jurist mit Befähigung zum Richteramt inne,[18] bei anderen Stellen ist diese Position mit einem Arzt besetzt.[19] Die Anzahl der Gremienmitglieder variiert von zwei bis zu fünf Mitgliedern. Zusätzlich können nach den Statuten weitere Ärzte beigezogen werden. An dem Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz sind seit dem Jahr 2002 zwei Patientenvertreter beteiligt.[20]

Ein Blick auf die Verfahren erweist einige bei allen Stellen gleichermaßen geltende *Verfahrensprinzipien*: Ausnahmslos gilt der Grundsatz der *Freiwilligkeit*. Ein Güteverfahren findet nur statt, wenn Arzt und Patient der Durchführung zustimmen. Dies trägt wesentlich zur hohen Erfolgsquote der Stellen bei. Verschiedentlich erhobene Forderungen nach Einführung einer obligatorischen Schlichtung[21] sind mit dem Grundgedanken einvernehmlicher Konfliktbeseitigung schwerlich vereinbar,[22] in Anbetracht des Justizgewährleistungsanspruchs[23] auch verfassungsrechtlich bedenklich, zumal die Stellen nur begrenzte Erkenntnismöglichkeiten haben, so z. B. nicht über die Beweiskraft von Urkunden oder den Wahrheitsgehalt einer Aussage befinden können.[24] Zweites Prinzip ist die *Unverbindlichkeit* der Verfahren. Der Rechtsweg zu den Gerichten wird durch das Verfahren vor einer Gütestelle nicht ausgeschlossen, die Entscheidung der außergerichtlichen Stellen hat rechtlich für die Gerichte keine Bindungswirkung.[25] Schließlich gilt der Grundsatz der *Gebührenfreiheit*. Das Verfahren ist für die Beteiligten prinzipiell kostenfrei,[26] finanziert wird es durch die Kammerbeiträge der Ärzte. In einigen Statuten ist eine Kostenbeteiligung durch die Haftpflichtversicherer vorgesehen. Die außerverfahrensmäßigen Kosten, insbes. die Anwaltskosten, sind von den Parteien zu tragen.[27]

Der *Verfahrensablauf* gestaltet sich cum grano salis wie folgt: Das Verfahren wird durch einen schriftlichen Antrag eingeleitet. Die formellen Anforderungen sind gering, auch ein laienhafter, wenig substantiierter Antrag des Patienten reicht aus.[28] Beteiligte des Verfahrens sind Patient und Arzt. In allen Statuten ist die Vertretung der Parteien durch einen Anwalt zugelassen; nach Angaben der Kommissionen werden etwa 50 % der Patienten, aber lediglich 2–3 % der Ärzte anwaltlich vertreten.[29] Eine Beteiligung von Krankenhausträgern ist bei manchen Gütestellen möglich,[30] eine Einbeziehung der Haftpflichtversicherer bei den meisten vorgesehen.[31] Teilweise ist der Versicherer antragsberechtigt und damit unmittelbar Beteiligter, teilweise kann er sich jedenfalls zur Sache äußern. Die Sachprüfung seitens der mit fachkundigen Ärzten und Juristen besetzten Stellen erfolgt von Amts wegen.[32] Dabei besteht die Möglichkeit, externe Gutachten einzuholen. Den Abschluss des Verfahrens bildet ein Bescheid oder ein Gutachten. In geeigneten Fällen wird ein Schlichtungsversuch unternommen.[33]

---

14 Zur Rolle des medizinischen Sachverständigen im Arzthaftungsprozess s. *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 395 ff.; zur Haftung vgl. *ders.*, in: Festschr. f. *Horn*, 2006, S. 67 ff.

15 Zum Verfahren bei der Erhebung des Sachverständigenbeweises *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 410 ff.

16 Daneben prüft der MDK Behandlungsfehlervorwürfe, außerdem existieren Patientenberatungsstellen. Bislang kaum diskutiert wurden der Einsatz von Mediation bei Arzt-Patient-Streitigkeiten und die Möglichkeiten einer Eingliederung mediativer Elemente in etablierte Verfahren, dazu *Katzenmeier*, NJW 2008, 1066 ff.

17 Eine aktuelle Darstellung und Auseinandersetzung mit der Arbeit dieser Stellen bietet *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008; Monographien aus früherer Zeit: *Matthies*, Schiedsinstanzen im Bereich der Arzthaftung. Soll und Haben, 1984; *AG Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.*, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 1990; *Weizel*, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen, 1999.

18 Vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 1 Statut Baden-Württemberg; § 4 Abs. 2 Nr. 1 Statut Nordrhein; § 2 Statut Rheinland-Pfalz; § 4 Abs. 2 Statut Saarland; § 6 Abs. 1 Statut Westfalen-Lippe; § 4 Abs. 1 Statut Hessen: Arzt oder Jurist.

19 § 2 Abs. 1 Statut Bayern; § 4 Abs. 1 Nr. 1 Statut Norddt. SchlSt.; § 2 Abs. 1 Statut Sachsen.

20 § 2 S. 3 Statut Rheinland-Pfalz.

21 *Macke*, in: Festschr. f. Steffen, 1995, S. 289, 301; erwogen auch von der *DGMR*, in: *Laufs/Dierks/ Wienke/Graf-Baumann/Hirsch*, Die Entwicklung der Arzthaftung, 1997, S. 352; *Francke/Hart*, Charta der Patientenrechte, 1999, S. 240, 246 f.

22 Zutr. *Laum/Smentkowski*, Statut der Gutachterkommission Nordrhein, 2. Auflage 2006, S. 16 f.; *Scheppokrat/Neu*, VersR 2002, 397, 403; vgl. allg. *Katzenmeier*, ZZP 115 (2002), 51, 86 ff., dort auch krit. zu § 15 a EGZPO.

23 Abgeleitet aus dem Rechtsstaatsprinzip i. V. m. Art. 19 Abs. 4 GG, Art. 103 Abs. 1 GG.

24 *Taupitz*, ZRP 1997, 161, 164; *Stegers*, ZMGR 2006, 49, 52.

25 Die ärztlichen Gütestellen sind keine Schiedsgerichte i. S. d. §§ 1025 ff. ZPO.

26 Vgl. etwa § 11 Abs. 2 Statut Nordrhein. Näher zu Kostenfragen *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 40 ff.

27 Vgl. etwa § 10 Abs. 3 S. 1 Statut Nordrhein; § 6 Abs. 2 Statut Norddt. SchlSt. *Deutsch/Spickhoff*, Medizinrecht, 6. Aufl. 2008, Rn. 574 meinen, der Kostenerstattungsausschluss verstoße gegen wesentliche Rechtsgrundsätze und gegen §§ 305 c, 307 BGB.

28 Vgl. *Laum*, in: *Wenzel*, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2007, Kap. 6 Rn. 25; *Laum/ Smentkowski*, Statut der Gutachterkommission Nordrhein, 2. Auflage 2006, S. 48 f. zu § 2 Statut Nordrhein.

29 *Laum*, in: *Wenzel*, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2007, Kap. 6 Rn. 28; genaue Zahlen der Gutachterkommission Nordrhein bei *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 63 f.

30 § 4 Abs. 3 Statut Bayern; § 7 Statut Hessen; § 2 Abs. 2 c Statut Norddt. SchlSt.; § 3 Abs. 1 Statut Sachsen.

31 Zur Zuständigkeit des Haftpflichtversicherers bei der Schadensregulierung vgl. *Katzenmeier/ Brennecke*, in: *Wenzel*, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2007, Kap. 5, Rn. 65 ff.

32 Vgl. z. B. § 6 Abs. 1 Statut Nordrhein.

33 § 7 Abs. 2 Statut Baden-Württemberg; § 6 Abs. 5 Statut Hessen; § 5 Abs. 3 Statut Norddt. SchlSt.; § 10 Abs. 5 Statut Nordrhein; §§ 1 Abs. 2, 8 Statut Rheinland-Pfalz; § 2 Abs. 2 Statut Saarland; §§ 2, 8 Abs. 3 Statut Westfalen-Lippe.

II. Evaluation

Die Verfahren vor den Gütestellen sind als Alternativangebot zu gerichtlichen Prozessen gedacht. Als Vorzüge werden individuelle Konfliktlösung und vereinfachtes Verfahren genannt. Maßgebend für die Bewertung der Stellen ist vor allem, ob sie tatsächlich zur *Streiterledigung* beitragen. Das hängt wesentlich davon ab, ob eine *Richtigkeitsgewähr* hinsichtlich der erzielten Ergebnisse gegeben ist und ob die Stellen dem Gebot der *Verfahrensfairness* Rechnung tragen.[34] Seit Einrichtung der Stellen wurden immer wieder Bedenken und zum Teil heftige Kritik geäußert. Die Einrichtungen wurden so zur stetigen Weiterentwicklung der Verfahren veranlasst. Im Jahre 2001 hat die Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen Eckpunkte zur Verbesserung der Verfahrensabläufe erarbeitet.[35] Einige Gütestellen haben daraufhin ihre Statuten geändert.[36] Die meisten der den Stellen entgegengebrachten Vorwürfe sind seither jedenfalls in ihrer Pauschalität nicht mehr berechtigt.

1. Neutralität und Objektivität

Lange Zeit wurden *Neutralität und Objektivität* der Stellen verbreitet angezweifelt.[37] Bei diesem Punkt handelt es sich gewissermaßen um die „Gretchenfrage" der Einrichtungen.[38] Da die Stellen bei den Ärztekammern angesiedelt sind und durch diese finanziert werden, liegt der Verdacht mangelnder Objektivität zunächst nicht fern. Dabei wird jedoch zunächst einmal verkannt, dass die Kommissionen keine Einrichtungen der Kammern sind und eine organisatorische Sonderstellung ihre Unabhängigkeit gewährleistet.[39] Vor allem aber sind Zweifel an der Objektivität *einzelner Gutachter* von der Frage der Objektivität der Stellen strikt zu unterscheiden und nicht den Kommissionen anzulasten. Der zentrale Vorwurf zielt dahin, dass sich medizinische Sachverständige häufig von einem falsch verstandenen Kollegialitätsprinzip leiten lassen. Der Ausspruch „Cornix cornici nunquam oculum effodit" bestimmte lange als Grundton viele Abhandlungen über die Gütestellen.

Diese Problematik ist indes kein Spezifikum außergerichtlicher Streitbeilegung, vielmehr eine allgemeine bei medizinischer Gutachtenerstattung.[40] Gerade die Gütestellen haben zur bestmöglichen Sicherung der Objektivität spezielle *Vorkehrungen* getroffen.[41] So ist in den Statuten die Weisungsfreiheit der Mitglieder ausdrücklich geregelt, auch die personelle Zusammensetzung der Stellen mit ehrenamtlich tätigen Ärzten und Juristen sichert die Objektivität.[42] Bei der Auswahl der Gutachter ist deren Neutralität unabdingbar.[43] Die Person des Gutachters ist nicht mehr anonym, sondern wird offengelegt, entsprechend besteht die Möglichkeit eines Ausschlusses wegen Befangenheit. Den Gutachtern werden Richtlinien zur Gutachtenerstattung an die Hand gegeben. Eine weitere wichtige Vorkehrung ist die sachverständige Prüfung der erstatteten Expertisen durch die Gesamtgremien.[44] Überdies gilt auch für Gutachter in außergerichtlichen Verfahren § 29 Abs. 1 S. 2 BOÄ, der bestimmt, dass bei Begutachtung der Behandlungsweise anderer Ärzte Objektivität stets vor Standessolidarität geht.[45] Die Maßnahmen zeigten Wirkung, die Objektivität der Gutachter wie der Stellen ist heute grundsätzlich gewährleistet. Einzelfälle unzulänglicher Expertisen lassen sich nicht ausschließen, der Pauschalvorwurf mangelnder Objektivität aber ist nicht berechtigt.[46]

2. Prozedurale Gerechtigkeit

In anderen Punkten ist Kritik nach wie vor angezeigt. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der *Rechtsstaatlichkeit* der Verfahren. Diese ist bei nichtstaatlicher Streitbeilegung keine Primärforderung sondern steht typischerweise in einem Spannungsfeld zur Formlosigkeit: Gerade der informelle und vereinfachte Verfahrensablauf ermöglicht Flexibilität und bietet damit Vorteile.[47] Betont man, dass nichtstaatliche Streitbeilegung in erster Linie zweckmäßig sein muss, dann ist sie vorrangig an Effektivität zu messen. Da außergerichtliche Formen der Streitbeilegung anders als Gerichtsverfahren nicht mit einem bindenden Urteil enden, besteht die Notwendigkeit von Verfahrensgarantien in ungleich geringerem Maße.[48] Andererseits trägt *prozedurale Gerechtigkeit* wesentlich zur Legitimität eines Verfahrens und darüber zur Akzeptanz von Entscheidungen bei.[49] *Fundamentale Verfahrensgarantien* sind stets zu gewährleisten, soll die Gefahr einer „Entrechtung durch Entrechtlichung" gebannt werden. Letztlich besteht somit immer nur die Wahl zwischen der Scylla der Unfairness und der Charybdis der Formalisierung.[50] Ziel sollte sein, unter Beibehaltung der Flexibilität der Verfahren eine bestmögliche Sicherung der Verfahrensgarantien zu erreichen.[51]

---

34 So auch *Stegers*, ZMGR 2006, 49 ff.; *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 87 ff.

35 Abgedruckt bei *Laum/Smentkowski*, Statut der Gutachterkommission Nordrhein, 2. Auflage 2006, S. 177 und bei *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 114.

36 Gutachterkommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg: 9.7.2005; Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen: 7.12.2004; Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe: 27.11.2004; Gutachterstelle bei der Sächsischen Landesärztekammer: 19.6.2002; Schlichtungsausschuss bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz: 17.11.2001; Gutachterstelle bei der Bayrischen Landesärztekammer: 23.10.2000.

37 Vgl. *AG Rechtsanwälte im Medizinrecht*, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 1990, S. 1 f.: Gütestellen als „trojanische Pferde", Kommissionsbescheide als Ergebnis eines „ständischen Erkenntnisverfahrens"; *Giesen*, ebd., S. 77, 79; *Kranich/Henkel*, in: Kranich/Böcken, Patientenrechte, 1997, S. 159: „Schlichtung von 'Anbieters Gnaden'"; s. auch noch *R. Greiner/Henkel/Kranich*, in: Verbraucherzentrale Hamburg, Wer soll schlichten zwischen Arzt und Patient?, 4. Aufl. 2003, S. 6, 25: Ärzte sitzen „über sich selbst zu Gericht".

38 S. bereits *Eberhardt*, NJW 1986, 747, 749.

39 Davon unbeeindruckt regen *Francke/Hart*, in: *Badura/Hart/Schellschmidt*, Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 2001, S. 188 an, die Verfahren „zu neutralisieren und zu pluralisieren".

40 Vgl. *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 404 ff.

41 Eingehend *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 94 ff.

42 *Rumler-Detzel*, in: *AG Rechtsanwälte im Medizinrecht*, „Waffen-Gleichheit". Das Recht der Arzthaftung, 2002, S. 102.

43 *Scheppokrat/Neu*, VersR 2001, 23, 24.

44 *Laum/Smentkowski*, Statut der Gutachterkommission Nordrhein, 2. Auflage 2006, S. 135; *Weltrich,* in: *AG Rechtsanwälte im MedR*, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 1990, S. 108; *ders.*, DRiZ 1996, 473, 474; *Rumler-Detzel*, in: *AG Rechtsanwälte im Medizinrecht*, „Waffen-Gleichheit". Das Recht der Arzthaftung, 2002, S. 106.

45 Die Klarstellung erfolgte erstmals im Jahre 1979, aktuell gilt § 29 MBO-Ä i. d. F. der Beschlüsse des 100. Dt. Ärztetages 1997, zuletzt geändert am 24.11.2006; dazu *Ratzel/Lippert*, Kommentar zur Musterberufsordnung, 4. Auflage 2006, § 29.

46 S. auch bereits *Laufs*, Arztrecht, 5. Aufl. 1993, Rn. 545; *Francke/Hart*, Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, 2001, S. 282; *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 2002, § 113 Rn. 14; *SVRKAiG*, Gutachten 2003 I, in: BT-Drucks. 15/530, S. 168; *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 104.

47 *Raiser*, Grundlagen der Rechtssoziologie, 4. Aufl. 2007, S. 290; *Wagner*, JZ 1998, 836, 845.

48 *Hager*, Konflikt und Konsens, 2001, S. 111 f., 115.

49 Vgl. *Katzenmeier*, ZZP 115 (2002), 51, 80 ff.; *Luhmann*, Legitimation durch Verfahren, 1969, S. 120; zum Begriff der Verfahrensgerechtigkeit *Raiser*, Grundlagen der Rechtssoziologie, 4. Aufl. 2007, S. 214 ff.

50 *Hager*, Konflikt und Konsens, 2001, S. 39 f.; *Katzenmeier*, JZ 2001, 922; *Wagner*, JZ 1998, 836, 845.

51 So *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 104; s. auch *SVRKAiG*, Gutachten 2003 I, in: BT-Drucks. 15/530, S. 169.

Diesbezüglich sind noch einige Verbesserungen denkbar. So ist zur Gewährleistung *rechtlichen Gehörs* eine stärkere Einbindung der Parteien erforderlich als dies bislang erfolgt. Die Parteien sind über den Verfahrensgang und die wesentlichen Verfahrensschritte zu informieren, auch sollte häufiger von der Möglichkeit einer mündlichen Anhörung Gebrauch gemacht werden.[52] Diese ist bereits heute nach allen Statuten vorgesehen, wird in der Praxis jedoch kaum genutzt. In allen Verfahrensordnungen sollte ein zweistufiges Verfahren mit der Möglichkeit zum Widerspruch und zur Fehlerkorrektur eingeführt werden.[53]

In jüngerer Zeit wird vor dem Hintergrund der Debatte um die Sicherung und Stärkung kollektiver Patientenrechte eine *Beteiligung von Patientenvertretern* an den Verfahren diskutiert.[54] Erwogen wird, den medizinischen Fachgesellschaften, den Krankenkassen oder auch der Anwaltschaft bei der Besetzung der Stellen ein Vorschlagsrecht einzuräumen.[55] Eine Beteiligung von Patientenvertretern im Sinne eines solchen Vorschlagsrechts könne die Akzeptanz der Stellen erhöhen. In Rheinland-Pfalz wird das Modell zur Zeit erprobt,[56] die Ergebnisse bleiben abzuwarten. Unerlässlich ist eine solche Zusammensetzung der Stellen zur Sicherung der Patientenrechte nicht.[57] Statt dessen lässt sich bezweifeln, dass eine Beteiligung von Patientenvertretern an einem Expertengremium, welches Behandlungsgeschehen medizinisch und juristisch zu bewerten hat, zielführend ist, geht es doch um die Einbringung speziellen Wissens zur objektiven, sachverständigen Klärung eines Behandlungsgeschehens und gerade nicht um Interessenvertretung.[58]

3. Angleichung der Verfahren

Weiterer Kritikpunkt sind die zum Teil erheblichen Abweichungen zwischen den Statuten der einzelnen Stellen. Verschiedentlich wird eine *Vereinheitlichung der Verfahrensordnungen* gefordert, da regionale Divergenzen die Gefahr systemimmanenter Ungerechtigkeit bergen.[59] Auch insoweit ist eine positive Entwicklung zu verzeichnen, die Umsetzung der Eckpunkte zur Verbesserung der Verfahrensabläufe aus dem Jahr 2001 führte – ohne Erlass einer Musterverfahrensordnung – eine Angleichung der Verfahren herbei.[60]

Zudem scheinen sich die Quoten der Fehlerfeststellung angenähert zu haben: Von der für das Jahr 2006 mittels des Medical Error Reporting System (MERS) erstmals anhand einheitlicher Parameter erstellen bundeseinheitlichen Statistik mit der dort ausgewiesenen bundesweiten haftungsbegründenden Fehlerquote weichen die Quoten der einzelnen Stellen nur noch geringfügig ab.[61] Hier gilt es, die weitere Entwicklung aufmerksam zu verfolgen.

4. Verfahrensdauer

Die Parteien eines Arzthaftungsstreits haben ein starkes Interesse an einer raschen Klärung ihres Falls. Trotz mancher Bemühungen wird die derzeitige *Verfahrensdauer* dem Anspruch auf zeitnahe Streitbeilegung nicht immer gerecht.[62] Bei den meisten Stellen liegt die Durchschnittsdauer noch immer über einem Jahr.[63] Die Verfahren sind zwar kürzer als Gerichtsverfahren. Da die Gütestellen sich aber stets auf ihre geradezu ideale Besetzung mit Ärzten und Juristen, ihre vertiefte Sachkenntnis und die Flexibilität der Verfahren berufen, sollten die auch bei steigendem Geschäftsanfall noch vorhandenen Potentiale ausgeschöpft werden und eine zügigere Bearbeitung möglich sein.

5. Akzeptanz der Voten

Bestehen unter den genannten Aspekten noch Möglichkeiten zur Verfahrensoptimierung, so haben sich die Gütestellen doch mit Grund bereits in unserem Rechtssystem etabliert. In nicht wenigen Fällen bieten sie eine vorzugswürdige Alternative zu einem Gerichtsverfahren. Die positive Einschätzung wird belegt durch statistische Auswertungen der Bescheide. Diese zeigen, dass die *Akzeptanz der Voten* hoch ist. So ergibt etwa eine Evaluation der 1032 Bescheide der Gutachterkommission Nordrhein aus dem Jahr 2000, dass die außergerichtliche Befriedungsquote (Quote der Fälle, in denen ein Gerichtsverfahren vermieden wurde) bei 86,8 % liegt.[64] In den Fällen, in denen sich ein Gerichtsverfahren anschloss, hielten die Gutachten fast immer der Überprüfung stand, insgesamt wichen die Gerichte in weniger als 1 % der Fälle vom Votum der Gütestelle ab.[65]

Daneben ist die Anerkennung der Bescheide durch die Haftpflichtversicherer von maßgeblicher Bedeutung. Insoweit lässt sich feststellen, dass die Bescheide der Gütestellen den Versicherern offensichtlich eine verlässliche Entscheidungsgrundlage bieten. So liegt die Anerkennungsquote durch den größten Arzthaftpflichtversicherer, die DBV-Winterthur, derzeit bei ca. 87 %.[66] Auch diese Zahlen sind ein Indiz für Qualität und Akzeptanz der Entscheidungen.

---

52 *Ratajczak*, in: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 1990, S. 7, 9; *Francke/Hart*, Charta der Patientenrechte, 1999, S. 232; *dies.*, in: *Badura/Hart/Schellschmidt*, Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 1999, S. 209; *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 108 ff.

53 I. d. S. *Stegers*, ZMGR 2006, 49, 55; *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 2002, § 113 Rn. 16; *Weizel*, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen, 1999, S. 25; *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 113.

54 Vgl. *Francke/Hart*, Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, 2001, S. 29, 229, 282 ff.; *dies.*, Charta der Patientenrechte, 1999, S. 232; *dies.*, in: *Badura/Hart/Schellschmidt*, Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 1999, S. 186, 209; *Danner*, MedR 2000, 468; *Kranich/Henkel*, in: *Kranich/Böcken*, Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa, 1997, S. 156 u. 160; s. auch *SVRKAiG*, Gutachten 2003 I, in: BT-Drucks. 15/530, S. 169, 174; sowie bereits *Steffen*, Referat zum 52. DJT 1978, Abt. Arztrecht, S. I 28.

55 *Francke/Hart*, in: *Badura/Hart/Schellschmidt* Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 1999, S. 188 u. 209; *dies.*, Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, 2001, S. 286; *Stegers*, ZMGR 2006, 49, 50; Diskussion verschiedener Modelle, die sich hinsichtlich Qualifikation der Vertreter, Grad der Beteiligung und Anforderungen an eine Legitimation unterscheiden, bei *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 116 ff.

56 Vgl. § 2 des Statuts zur Zusammensetzung des Schlichtungsausschusses.

57 So i. Erg. auch *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 123 f.

58 *Laufs*, NJW 2000, 846, 847 f.; *Laum*, ZKM 2003, 163, 16; *Franzki*, in: *AG Rechtsanwälte im Medizinrecht*, Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, 1990, S. 74 u. 123; *Rumler-Detzel*, in: AG Rechtsanwälte im Medizinrecht, „Waffen-Gleichheit". Das Recht der Arzthaftung, 2002, S. 101, 108.

59 *SVRKAiG*, Gutachten 2003 I, in: BT-Drucks. 15/530, S. 168 f. und 174; *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 2002, § 113 Rn. 5; *Schlund*, in: *Laufs et al.*, Entwicklung der Arzthaftung, 1997, S. 333, 334.

60 Näher dazu *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 124 ff.

61 Einzelangaben bei *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 54.

62 Dies kritisieren etwa *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 2002, § 113 Rn. 16; *Francke/Hart*, in: *Badura/Hart/Schellschmidt*, Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 1999, S. 198; *dies.*, Ärztliche Verantwortung und Patienteninformation, 1987, S. 113.

63 Vgl. *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 128 f., Zahlen zur Entwicklung der Verfahrensdauer bei der Gutachterkommission Nordrhein auf S. 61 ff.

64 Daten bei *Laum/Beck/Smentkowski*, Rh. Äbl. 12/2003, 10; *Laum*, in: *Wenzel*, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2007, Kap. 6 Rn. 62; zu den Ergebnissen dieser und anderer Evaluationen vgl. *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 65 ff.

65 Dazu noch sogleich unter B. II. 6.

66 *Weidinger*, in: *Wenzel*, Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2007, Kap. 5 Rn. 132 ff; *ders.*, MedR 2006, 571, 572; 2004, 289.

6. Prüfungsumfang

Die nahezu ausnahmslose Bestätigung der Voten in den Fällen, in denen sich ein Gerichtsverfahren anschließt, erscheint allerdings dann in einem etwas anderen Lichte, wenn man bedenkt, dass die Gütestellen zumeist *keine umfassende rechtliche Prüfung und Würdigung* der an sie herangetragenen Lebenssachverhalte vornehmen (dies ist ihnen gar nicht möglich, bei Gericht entscheidet in Streitigkeiten über Ansprüche aus Heilbehandlungen die Kammer in ihrer vollen Besetzung, § 348 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 e ZPO). So bleiben etwa Organisationsmängel und bisweilen auch Aufklärungsrügen außer Betracht.[67] Den Anspruchstellern werden überdies nicht immer sämtliche von den Gerichten anerkannte und oftmals prozessentscheidende[68] Beweislastumkehrungen oder Beweiserleichterungen gewährt.[69]

In der Praxis erkennen die Stellen heute zwar durchgängig auf eine Beweislastumkehr hinsichtlich der haftungsbegründenden Kausalität bei Vorliegen eines „groben" Behandlungsfehlers,[70] doch schon bei Dokumentations-, Befunderhebungs- oder Befundsicherungspflichtverletzungen werden nicht immer die judiziellen beweisrechtlichen Konsequenzen gezogen.[71] So kann die als Qualitätsmerkmal gepriesene hohe Quote der Bestätigungen der Voten in anschließenden Gerichtsverfahren für den Anspruchsteller zum Problem werden. *Faktische Bindungswirkung* der Voten und damit Verschlechterung der Aussichten eines anschließenden Gerichtsverfahrens wird von kritischen Stimmen als Risiko der Anrufung einer Gütestelle genannt.[72] Einer Präjudizialität lässt sich freilich allein durch die Gerichte, nicht durch die Gütestellen begegnen.

7. Qualitätssicherung

Verdienstvoll ist, dass die Gütestellen ihre Daten auch inhaltlich auswerten. Die Zahlen der neun Stellen werden in einer bundesweiten Statistik zusammengeführt,[73] ihre regelmäßige Veröffentlichung sorgt für Transparenz. Für das Jahr 2006 wurde erstmals eine bundeseinheitliche Statistik mit einer einheitlichen Auswertung der Ergebnisse erarbeitet. Dies erfolgte mittels des *Medical Error Reporting System* (MERS), welches die Daten der Stellen nach einheitlichen Parametern erfasst und in der Bundesstatistik zusammenführt.[74] Die Statistik ermöglicht einige interessante Aussagen über die Arbeit der Stellen:[75] Die Antragszahlen haben sich auf einem hohen Niveau von über 10.000 Anträgen per annum eingependelt. Bei einer Gesamtzahl von jährlich in Deutschland ca. 40.000 geltend gemachten Ansprüchen[76] wird also etwa ein Viertel aller Fehlervorwürfe bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bearbeitet. Auch ein Vergleich mit den jährlich ca. 8.000 bei den Zivilgerichten erstinstanzlich erledigten Arzthaftungssachen[77] verdeutlicht die Bedeutung der Stellen.

Bundesweit liegt bezogen auf die zur Sachentscheidung angenommenen Anträge die medizinische Fehlerquote bei 29,5 %, die haftungsbegründende Erfolgsquote bei 23,4 %.[78] Die Bundesstatistik leistet einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.[79] Die Erfassung und Auswertung der großen Anzahl durchgeführter Verfahren bietet eine Möglichkeit zur Feststellung von Behandlungsfehlerschwerpunkten.[80] Zeigen sich Fehlerhäufungen, leisten einige Stellen gezielte Aufklärungsarbeit und veranstalten Fortbildungen, um Fehler in Zukunft zu vermeiden.[81]

III. Resümee

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen legen Streitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten in vielen Fällen endgültig bei. Die Erfolgsquote ist bemerkenswert. Die Gütestellen leisten damit einen wertvollen Beitrag zur Befriedung von Konflikten auf einem schwierigen Gebiet. Auch wenn sich die Verfahren noch in mancher Hinsicht optimieren lassen, so bieten sie heute doch in vielen Fällen eine sinnvolle Alternative zur streitigen Auseinandersetzung vor Gericht.[82] Ob die Anrufung einer Gütestelle im Einzelfall ratsam ist, hängt von den jeweiligen Umständen und Besonderheiten ab. Es gibt Streitigkeiten, in denen dies nicht zielführend ist. So kann Klageerhebung bei Gericht der bessere Weg sein, etwa wenn ein Geschädigter Ansprüche nicht aus dem eigentlichen Behandlungsgeschehen, vielmehr aus Versäumnissen im Behandlungsumfeld herleitet und diffizile Beweisfragen aufgeworfen sind.

Geboten ist eine differenzierte Betrachtung. Anwälte, die den Einrichtungen immer noch mit genereller Ablehnung begegnen, weil sie keine Notiz von den vielfältigen Bemühungen und erzielten Fortschritten in den letzten Jahren nehmen, beraten ihre Mandanten schlecht, indem sie ihnen eine Möglichkeit vergleichsweise rascher und kostengünstiger Anspruchsbefriedigung vorenthalten.

67 Vgl. *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 131 ff.

68 S. *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 416 ff.

69 Vgl. *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 134 ff.

70 St. Rspr., vgl. nur BGHZ 159, 48; dazu Anm. *Katzenmeier*, JZ 2004, 1030; eingehend *ders.*, in: Festschr. f. *Laufs*, 2006, S. 909 ff.

71 Dazu *Katzenmeier*, Arzthaftung, 2002, S. 470 ff.

72 *Stegers*, Das arzthaftungsrechtliche Mandat in der anwaltlichen Praxis, 2. Aufl. 1989, S. 44 ff.; *Giesen*, Arzthaftungsrecht, 4. Aufl. 1995, Rn. 40; s. auch *Ulsenheimer*, in: *Laufs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl. 2002, § 113, Rn. 8.

73 Abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de; für die zurückliegenden Jahre vgl. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 2007, 180 ff.; 2006, 338 f.; 2005, 369 f.; 2004, 319 f.

74 Vorgestellt in: Bundesärztekammer / Ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern (Hrsg.), Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern – Ein Wegweiser, abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de; s. auch *Merten*, DÄBl. 2007, A-1140; *dies.*, DÄBl 2008, A-1316.

75 Auswertung bei *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 51 ff.

76 *Hansis/Hart*, Gesundheitsberichterstattung des Bundes 04/01 – Medizinische Behandlungsfehler, 2001, S. 6 f.; *Katzenmeier*, VersR 2007, 237.

77 Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 10, R 2.1.

78 Vgl. die Auswertung von *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 53 ff.

79 *Laum/Smentkowski*, Statut der Gutachterkommission Nordrhein, 2. Auflage 2006, S. 19 ff.; *Laum*, ZKM 2003, 163, 167; *Hansis/Hansis*, Der ärztliche Behandlungsfehler, 2. Auflage 2001, S. 104.

80 Vgl. dazu *Meurer*, Außergerichtliche Streitbeilegung in Arzthaftungssachen, 2008, S. 141 ff.; *SVRKAiG*, Gutachten 2003 I, in: BT-Drucks. 15/530, S. 156.

81 Vgl. etwa die Auflistung von Fortbildungsveranstaltungen, warnenden Hinweisen und Veröffentlichungen der Ärztekammer Nordrhein bei *Laum/Smentkowski*, Statut der Gutachterkommission Nordrhein, 2. Auflage 2006, S. 22 ff.

82 So auch bereits *Laufs*, Arztrecht, 5. Aufl. 1993, Rn. 545.

Professor Dr. Christian Katzenmeier, Köln
Der Autor ist Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität Köln.

Sie erreichen den Autor unter der E-Mail-Adresse autor@anwaltsblatt.de.