

Leitfaden für medizinische Gutachten in Arzthaftungssachen vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Vorbemerkung

Für die erfolgreiche Befriedung von Arzthaftungsstreitigkeiten durch Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist das medizinische Gutachten von entscheidender Bedeutung.

Das Sachverständigengutachten soll die fehlende Sachkunde des Entscheidungsgremiums ersetzen oder vorhandene Sachkunde unterstützen. Die Anforderungen der Zivilprozessordnung an den im Arzthaftungsprozess tätigen ärztlichen Gutachter gelten gleichermaßen in Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen.

Nach der Berufsordnung haben Ärztinnen und Ärzte bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und ihre ärztliche Überzeugung nach bestem Wissen auszusprechen. Gutachten, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

Persönliche Voraussetzungen für die Tätigkeit als Gutachter sind Sachkompetenz, Unabhängigkeit, Unvoreingenommenheit und Neutralität.

Gliederung des Leitfadens

Teil A: Allgemeine Hinweise für Gutachter

Teil B: Rechtliche Hinweise zum Inhalt und Aufbau des Gutachtens nach Stichworten

Teil C: Verfahrensordnung/Satzung

Teil A

Allgemeine Hinweise für Gutachter

Der Gutachter hat unverzüglich nach Eingang des Gutachtenauftrags zu prüfen,

- ob er die erforderliche Fachkunde und Erfahrung für die Erledigung des Gutachtenauftrags besitzt. Ist das nicht der Fall, soll er mit dem Auftraggeber zur Klärung des weiteren Vorgehens Kontakt aufnehmen;
- ob Gründe für eine Besorgnis der Befangenheit gegenüber Beteiligten des Verfahrens vorliegen. Zweifel sind dem Auftraggeber unverzüglich mitzuteilen;
- ob die ihm übersandten Unterlagen für die Begutachtung ausreichen. Bei Unvollständigkeit sind die fehlenden Unterlagen **nur** über den Auftraggeber nachzufordern.

Ist zur Erledigung des Gutachtenauftrages eine persönliche Untersuchung des Antragstellers erforderlich, soll dies dem Auftraggeber mitgeteilt werden, sofern nicht der Gutachtenauftrag

bereits die Bitte um eine Untersuchung enthält. Dies gilt insbesondere bei kostenintensiven Untersuchungsmaßnahmen zur Klärung der Kostenfrage.

Ist zur Erledigung des Gutachtauftrages die Einholung eines oder mehrerer Zusatzgutachten erforderlich, ist die Zustimmung des Auftraggebers einzuholen.

Nach Möglichkeit sollte das Gutachten innerhalb von drei Monaten nach Auftragserteilung erstattet werden. Evtl. Hinderungsgründe sind rechtzeitig mitzuteilen.

Das Gutachten soll den beurteilungsrelevanten medizinischen Sachverhalt klären, das ärztliche Handeln sachverständig bewerten und, falls dabei Behandlungsfehler festgestellt werden, beurteilen, ob diese gesundheitlichen Schaden beim Patienten verursacht haben.

Die Erörterung von Fragen, die zur Beantwortung der gutachtlichen Fragestellung unerheblich sind, ist zu vermeiden, ebenso die Behandlung von Rechtsfragen wie z. B. von Fragen der Beweislastverteilung. Das Vorgehen von Ärzten, die nicht Antragsgegner sind, ist nicht zu beurteilen.

Das Gutachten sollte folgendem **Aufbau** folgen:

1. Sachverhaltsdarstellung
2. medizinische Beurteilung einschließlich Beantwortung gestellter Fragen
3. Zusammenfassung

Teil B

Rechtliche Hinweise zum Inhalt und Aufbau des Gutachtens

Sachverhalt

Der Sachverhalt ist in dem Gutachten ohne Wertung nur insoweit darzustellen, als dies für die medizinische Beurteilung der Angelegenheit notwendig ist. Streitiger Sachverhalt ist alternativ darzustellen, wenn es für die medizinische Beurteilung darauf ankommt.

Bei Vorliegen einer ordnungsgemäßen > Dokumentation können die in den Krankenunterlagen niedergelegten Umstände und Vorgänge im Allgemeinen als richtig zugrunde gelegt werden, auch wenn ihre Richtigkeit bestritten ist.

Dokumentationspflichtige, aber nicht dokumentierte Maßnahmen können als nicht erfolgt angesehen werden.

Dokumentation

Eine ordnungsgemäße Dokumentation enthält die wesentlichen **diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen** (z. B. diagnostische Untersuchungen, Medikation, ärztliche Hinweise für und Anweisungen an die Funktions- und Behandlungspflege, Abweichung von Standardbehandlung) **und Verlaufsdaten** (z. B. Aufklärung, Operationsbericht, Narkoseprotokoll, Zwischenfälle, Wechsel des Operateurs intraoperativ, Anfängerkontrolle, Intensivpflege, mangelnde Patienten-Compliance).

Routinemaßnahmen sind nicht dokumentationspflichtig.

Stichwortartige Aufzeichnungen sind ausreichend, wenn sie für den Fachmann verständlich sind.

Bei festgestellten Dokumentationsmängeln sollte der Gutachter detailliert dazu Stellung nehmen, ob konkrete Anhaltspunkte für Behandlungsfehler vorliegen, die bei vollständiger ärztlicher Dokumentation hätten aufgedeckt werden können (was nunmehr aber aufgrund der Dokumentationsmängel nicht mehr möglich ist). Siehe auch > Sachverhalt.

Standard, Regeln der Heilkunde

Prinzipiell kann sich richtiges ärztliches Vorgehen nicht auf einen abgeschlossenen Regelkodex stützen. Dem Arzt ist ein ausreichender Beurteilungs- und Entscheidungsraum für Diagnostik und Therapie einzuräumen (Therapiefreiheit). Die Anforderungen richten sich nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft und der Praxis zur Zeit der Behandlung. Zwar muss die Therapie dem medizinischen Standard entsprechen, aber geschuldet wird nicht stets das jeweils neueste Therapiekonzept mittels einer auf den jeweils neuesten Stand gebrachten apparativen Ausstattung.

Generell ist nicht auf den optimalen, sondern auf den unter den konkreten Gegebenheiten zu erwartenden Standard abzustellen. In Grenzen ist der zu fordernde medizinische Standard je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten verschieden. Er kann z. B. in einem mittleren oder kleineren Krankenhaus der Allgemeinversorgung gewahrt sein, wenn jedenfalls die Grundausrüstung modernen medizinischen Anforderungen entspricht, auch wenn in einer Universitätsklinik oder einer personell und apparativ besonders gut ausgestatteten Spezialklinik überlegenere Möglichkeiten bestehen.

Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die erst in wenigen Spezialkliniken erprobt und durchgeführt werden, sind für den allgemeinen Qualitätsstandard nur insoweit zu berücksichtigen, als es um die Frage geht, ob der Patient wegen eines speziellen Leidens in die Spezialklinik hätte überwiesen werden müssen.

Haftungsrechtlich ist der Arzt nicht auf sein Fachgebiet festgelegt. Er muss aber, wenn er sich auf ein anderes Fachgebiet begibt, dessen Standard garantieren.

Leitlinien

Leitlinien sind rechtlich unverbindlich. Sie haben nach der Rechtsprechung weder haftungsbegründende Wirkung bei Abweichungen noch haftungsbefreiende Wirkung bei Befolgung.

Im zivilen haftungsrechtlichen Sinne können sie deshalb lediglich eine Indizwirkung insoweit entfalten, ob der Arzt die Sorgfalt angewendet hat, die von einem besonnenen und gewissenhaft handelnden Arzt seines Fachgebietes in diesem konkreten Fall zu diesem Zeitpunkt zu verlangen war. Diese Indizwirkung nimmt ab mit der Zunahme der Besonderheiten des Einzelfalles.

Behandlungsfehler

Der Arzt schuldet dem Patienten sorgfältiges (Be-)Handeln nach dem >medizinischen Standard des jeweiligen Fachgebietes (Facharztstandard) im Zeitpunkt der Behandlung. Die Üblichkeit des Handelns ist kein Kriterium des Standards.

Behandlungsfehlerhaft (also fahrlässig) handelt der Arzt, der den geforderten Standard objektiv unterschreitet. Ein Behandlungsfehler kann in einem Tun oder Unterlassen bestehen.

Der Standard ist nach Fachrichtung und Versorgungsstufe zu differenzieren.

Objektive Betrachtung ex ante: Es kommt darauf an, was von einem gewissenhaften und sorgfältigen Arzt der betroffenen Fachrichtung nach den von ihm objektiv zu erwartenden medizinischen Kenntnissen und Fähigkeiten zu verlangen war. Individuelle Minderkenntnisse bleiben unberücksichtigt, Spezialkenntnisse des Arztes wirken standarderhöhend.

Sowohl ein schwerer als auch ein einfacher Behandlungsfehler kann zur Haftung führen. Die Unterscheidung hat nur für die juristische Bewertung der Beweislastverteilung Bedeutung.

Der Schadensumfang sagt nichts darüber aus, ob ein schwerer oder ein einfacher Behandlungsfehler vorliegt.

Behandlungsfehler, schwerer

Ob ein Behandlungsfehler als grob bzw. schwer einzustufen ist, ist juristisch zu würdigen. Der medizinische Sachverständige hat in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob

1. ein eindeutiger Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse vorliegt

und (bejahendenfalls)

2. ob der Fehler aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

Es muss sich also um einen „völlig unverständlichen und unverantwortlichen“ Fehler handeln.

Diagnostikfehler (siehe hierzu auch: > Behandlungsfehler)

Der Arzt schuldet dem Patienten nicht in jedem Fall die **objektiv richtige Diagnose**, sondern eine **richtige Diagnostik** nach den Regeln der ärztlichen Heilkunde.

Bei der Diagnosefindung hat der Arzt alle ihm zu Gebote stehenden Kenntnisquellen zu benutzen. Reichen die eigenen Diagnosemöglichkeiten des Arztes nicht aus, so muss er einen Spezialisten hinzuziehen.

Soweit Fehldiagnosen lediglich auf einer Fehlinterpretation (z.B. unklare, mehrdeutige Konstellation) korrekt erhobener Befunde beruhen, bewertet sie die Rechtsprechung nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler.

Werden gebotene Befunde nicht erhoben, erforderliche Untersuchungen nicht durchgeführt, gilt dies als behandlungsfehlerhaft (> Befunderhebung, mangelhafte).

Die einmal gewonnene Diagnose (Arbeitsdiagnose) ist fortlaufend im Rahmen der Be-

handlung bei ausbleibender Besserung oder bei Auftreten für die zunächst angenommene Diagnose untypischer Symptome zu überprüfen und notfalls zu korrigieren.

Befunderhebung, mangelhafte

Bei einem Befunderhebungsmangel kann es zu einer Beweislastumkehr kommen, wenn

1. ein zu erhebender Befund fehlerhaft nicht erhoben wurde
2. bei korrekter Befunderhebung sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiger Befund gezeigt hätte und
3. die Nichtreaktion darauf als ein schwerer Behandlungsfehler einzustufen wäre.

Gutachterlich ist daher stets zu prüfen, welche dieser drei Voraussetzungen erfüllt sind.

Gesundheitsschaden

Der Begriff des Gesundheitsschadens geht weit.

Bleibende Schadensfolgen sind nicht notwendig.

Es genügt vielmehr grundsätzlich auch eine passagere, nicht völlig unbedeutende gesundheitliche (physische und /oder psychische) Beeinträchtigung, wie z. B. vorübergehende Schmerzen oder eine erneute Operation oder auch eine Verminderung der Heilungschancen (Prognoseverschlechterung).

Liegt ein Behandlungsfehler vor, ist zu differenzieren zwischen iatrogenen fehlerbedingten, iatrogenen unverschuldeten und arztunabhängigen (krankheitsbedingten, unfallbedingten) Gesundheitsschäden.

Juristische Wertungen

Der ärztliche Gutachter sollte sich auf sein medizinisches Fachgebiet beschränken. Gerichtsurteile sollten nicht zitiert oder gar auf den konkreten Fall bezogen werden.

Die Frage, ob dem Patienten Schadenersatz zu gewähren ist, bedarf der juristischen Beurteilung.

Komplikation

Häufig steht der Gutachter vor dem Problem, ob aus dem bloßen Eintritt einer Komplikation zu schließen ist, dass bei der vorausgegangenen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme dem Arzt ein Fehler unterlaufen ist.

Es genügt nicht, sich auf die Aussage zu beschränken, es handele sich um eine Komplikation, die eingriffstypisch und deshalb unvermeidbar sei.

Der Gutachter muss in jedem Einzelfall prüfen,

ob die Komplikation trotz richtigen ärztlichen Handelns aufgetreten ist (also unvermeidbar war),

oder

ob die Komplikation als Folge fehlerhaften ärztlichen Handelns anzusehen ist (also vermeidbar war).

Kausalität

Grundsätzlich muss der Patient die Voraussetzungen der Haftung, d. h. auch die Ursächlichkeit eines vermeidbaren Fehler für den eingetretenen > Gesundheitsschaden beweisen.

Für den Nachweis eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Behandlungsfehler und dem (primären) Gesundheitsschaden ist entscheidend, dass bei richtiger Behandlung im Regelfall nachteilige Folgen vermieden worden wären (adäquate Kausalität): Erforderlich ist ein für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit (nicht nur von Wahrscheinlichkeit), der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen.

Anscheinsbeweis

Im ärztlichen Bereich kann mit Hilfe des Anscheinsbeweises

- a) von einem festgestellten Behandlungsfehler auf einen hierfür typischen Gesundheitsschaden,

oder

- b) von einem typischerweise auf Behandlungsfehler zurückzuführenden, festgestellten Gesundheitsschaden auf das Vorliegen eines Behandlungsfehlers geschlossen werden.

Der Schluss (b) ist aber nur dann gerechtfertigt, wenn für den Gesundheitsschaden keine andere Erklärungsmöglichkeit als das Versagen des Arztes ernsthaft in Betracht kommt. Soweit andere, selbst weniger wahrscheinliche Erklärungsmöglichkeiten erwogen werden können, ist der Anscheinsbeweis nicht geführt.

Aufklärung

Bei Aufklärungsproblemen ist der ärztliche Gutachter gehalten, ausschließlich medizinische Fakten (z.B. Typizität des verwirklichten Risikos, Risikorate, Behandlungsalternativen nebst deren Risikospektren und Erfolgsaussichten im Vergleich zu der durchgeführten Behandlung) darzustellen, um eine rechtliche Beurteilung zu ermöglichen.

Die wirksame Einwilligung eines Patienten in einen ärztlichen Heileingriff setzt grundsätzlich voraus, dass der Arzt den Patienten über alternative Behandlungsmöglichkeiten und über die Risiken der danach in Übereinstimmung mit dem Patienten gewählten Behandlung aufgeklärt hat.

Über etwaige Behandlungsalternativen ist aufzuklären, wenn

- a) verschiedene Behandlungsmethoden
- b) mit gleichwertigen Chancen,
- c) aber unterschiedlichen Risiken
- d) bei diesem Patienten
- e) in dieser Situation

in Betracht kommen.

Teil C

Verfahrensordnung/Satzung

Satzung des Schlichtungsausschusses zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Präambel

Bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz wird ein weisungsunabhängiger Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen eingerichtet.

Der Schlichtungsausschuss unterbreitet den Beteiligten einen Entscheidungsvorschlag und unternimmt in geeigneten Fällen einen Schlichtungsversuch.

Bei Bedarf können mehrere Schlichtungsausschüsse errichtet werden.

§ 1 Aufgaben

Der Schlichtungsausschuss soll bei Streit oder Meinungsverschiedenheit zwischen einem Patienten und einem/einer der Kammer als Mitglied angehörenden Arzt/Ärztin oder den bei ihm/ihr Beschäftigten darüber, ob ein haftungsbegründender Behandlungsfehler des Arztes/der Ärztin zu einem gesundheitlichen Schaden geführt hat oder voraussichtlich führen wird, die notwendigen Feststellungen treffen.

In den Fällen, in denen ein haftungsbegründendes Fehlverhalten des Arztes/der Ärztin oder den bei ihm/ihr Beschäftigten festgestellt wird, unterbreitet der Schlichtungsausschuss einen Entscheidungsvorschlag. Wenn die Beteiligten dies beantragen oder ihr Einverständnis erklären, unternimmt er einen Schlichtungsversuch.

§ 2 Zusammensetzung

Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem Juristen/einer Juristin mit Befähigung zum Richteramt als Vorsitzende(n), einem Arzt/einer Ärztin mit Gebiets- bzw. Teilgebiets-(Schwerpunkts-)Bezeichnung, in dessen Fachgebiet der geltend gemachte Vorwurf eines Behandlungsfehlers fällt, sowie einem/einer weiteren Arzt/Ärztin mit Gebietsbezeichnung. Die beiden ärztlichen Mitglieder müssen Kammermitglieder sein.

Weiterhin gehören dem Ausschuss zwei Mitglieder als Vertreter der von der Berufsausübung der Kammermitglieder betroffenen Personen (Patientenvertreter) an. Diese werden auf Vorschlag der Arbeitsgemeinschaft der Patientenorganisationen Rheinland-Pfalz berufen. Die Patientenvertreter unterstehen keinen Weisungen ihrer sie entsendenden Institutionen.

Für jedes Mitglied ist mindestens ein/eine Stellvertreter/Stellvertreterin zu benennen. Die Mitglieder werden vom Vorstand der Landesärztekammer berufen. Näheres regelt die Geschäftsordnung.

Der Vorstand kann aus wichtigem Grund ein Mitglied abberufen.

§ 3 Anforderungen an Sachkunde, Unabhängigkeit und Pflichten der Mitglieder des Schlichtungsausschusses

Der/Die Vorsitzende soll über ausreichende Erfahrungen im Arzthaftpflichtrecht verfügen.

Die ärztlichen Mitglieder des Schlichtungsausschusses sollen über langjährige Berufserfahrung, insbesondere auch in der Erstattung wissenschaftlicher und forensischer Gutachten, verfügen.

Die Mitglieder sind in ihrer Tätigkeit frei und nur ihrem Gewissen unterworfen, sie sind weisungsunabhängig.

Die Tätigkeit als Mitglied im Schlichtungsausschuss ist ein Ehrenamt. Die Mitglieder sind verpflichtet, die übernommenen Aufgaben unverzüglich zu erledigen.

§ 4 Aufgaben des/der Vorsitzenden

Der/Die Vorsitzende wahrt den ordnungsgemäßen Ablauf des Verfahrens. Er/Sie ist berechtigt, die verfahrensleitenden Verfügungen allein zu erlassen. Er/Sie ist befugt, der Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses fachliche Weisungen zu erteilen.

Der/Die Vorsitzende entscheidet in Verfahrensfragen, auch soweit der Durchführung des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuss ein Verfahrenshindernis entgegensteht, allein.

Der/Die Vorsitzende beauftragt, soweit notwendig, den/die medizinische(n) Sachverständige(n) mit der Erstattung eines Gutachtens zur Beurteilung eines etwaigen Behandlungsfehlers.

Er/Sie beruft im Bedarfsfall die Sitzungen des Schlichtungsausschusses ein.

Der/Die Vorsitzende leitet den Vorgang mit einer Stellungnahme als Geschäft der laufenden Verwaltung der Geschäftsführung der Landesärztekammer zu, wenn der Verdacht einer Berufspflichtverletzung des/der beteiligten Arztes/Ärztin besteht.

§ 5 Geschäftsführung

Im Rahmen der Aufgabenbeschreibung des § 4 liegt die Geschäftsführung bei dem/der Vorsitzenden.

Im Übrigen ist die verwaltungsmäßige Bewältigung der Aufgaben des Schlichtungsausschusses Aufgabe der Landesärztekammer und deren Geschäftsführung. Bei ihr liegt die allgemeine Dienstaufsicht.

§ 6 Verfahren

Das Verfahren ist freiwillig. Es beachtet die Prinzipien des Zivilprozessrechts.

Das Gutachterverfahren vor dem Schlichtungsausschuss ist schriftlich. Auf Antrag eines Beteiligten soll dieser durch Mitglieder des Schlichtungsausschusses persönlich angehört werden. Die Durchführung der Anhörung regelt die Geschäftsordnung des Schlichtungsausschusses. In geeigneten Fällen soll ein Einigungsversuch unternommen werden.

Im Übrigen ist der Entscheidungsvorschlag des Schlichtungsausschusses durch Schriftsätze der Beteiligten vorzubereiten.

An dem Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss sind der Patient/die Patientin, der/die einen Behandlungsfehler behauptet, sowie dasjenige Kammermitglied beteiligt, das nach der Darstellung des Patienten/der Patientin für den Behandlungsfehler verantwortlich sein soll. Beim Tode eines Beteiligten können die Erben an dessen Stelle treten. Die Beteiligten können sich vertreten lassen.

Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss wird nur auf Antrag betrieben. Antragsberechtigt sind sowohl der Patient/die Patientin, der/die einen Behandlungsfehler behauptet, wie auch der Arzt/die Ärztin, gegen den/die sich der Vorwurf eines Behandlungsfehlers richtet. Der Antrag kann jederzeit zurückgenommen werden.

§ 7 Ausschlussgründe

Der Schlichtungsausschuss wird in folgenden Fällen nicht tätig:

- wenn ein Beteiligter dem Verfahren widerspricht bzw. sich an dem Verfahren nicht beteiligt; wenn ein Gericht bereits über die Frage des angezeigten Behandlungsfehlers oder dessen Kausalität zu einem behaupteten Gesundheitsschaden entschieden hat;
- wenn vor einem Gericht ein Verfahren anhängig ist, welches denselben behaupteten Behandlungsfehler zum Gegenstand hat;
- wenn ein strafrechtliches Verfahren (auch Ermittlungsverfahren) wegen des behaupteten

Behandlungsfehlers anhängig ist;

- wenn zwischen den Parteien eine vergleichsweise Regelung über die Streitsache getroffen wurde;
- wenn der behauptete Behandlungsfehler länger als 4 Jahre vor dem Eingang des Antrages bei dem Schlichtungsausschuss zurückliegt;
- wenn der behauptete gesundheitliche Schaden geringfügig ist.

Der Schlichtungsausschuss stellt ein bei ihm anhängig gewordenes Verfahren ein, wenn hinsichtlich desselben behaupteten Behandlungsfehlers von einem Beteiligten ein Gericht angerufen wird oder ein strafrechtliches Ermittlungsverfahren eingeleitet wird.

§ 8 Begutachtung

Den Beteiligten wird die Person des/der Sachverständigen vor dessen/deren Beauftragung mitgeteilt. Einwände gegen die Person des/der Sachverständigen können nur innerhalb einer Frist von 3 Wochen vorgebracht werden.

Werden Einwände nicht erhoben, werden die Akten unverzüglich dem/der Sachverständigen zur Erstattung eines Gutachtens zugeleitet. Das Gutachten soll in einer für die Beteiligten verständlichen Form erstattet werden.

Das Gutachten muss sich mit dem Vorbringen der Beteiligten auseinandersetzen und auf alle wesentlichen Gesichtspunkte bei der Beurteilung eingehen. Hierbei dürfen nur Unterlagen, Feststellungen oder Tatsachen einbezogen werden, zu denen sich die Beteiligten vorher äußern konnten. Krankenunterlagen bedürfen dieser Äußerung nicht.

Das Gutachten wird den Mitgliedern des Schlichtungsausschusses im Umlaufverfahren zur Unterzeichnung zugeleitet. Sofern alle Mitglieder des Schlichtungsausschusses durch Unterschriftsleistung ihr Einverständnis mit dem Gutachten erklärt haben, wird das Gutachten als Entscheidungsvorschlag den Beteiligten zugeleitet. Dieser Entscheidungsvorschlag kann in geeigneten Fällen mit einem Schlichtungsversuch in Form eines Vergleichsvorschlages verbunden werden, wenn die Beteiligten dies beantragt haben bzw. ihr Einverständnis erklärt haben. Im Übrigen endet das Verfahren mit der Zuleitung des Entscheidungsvorschlages an die Beteiligten.

Widerspricht ein Mitglied des Schlichtungsausschusses der Entscheidung im Umlaufverfahren, so wird der Fall in einer Sitzung des Schlichtungsausschusses verhandelt und sodann durch entsprechende Beschlussfassung ein Entscheidungsvorschlag festgestellt. Ein Beschluss kommt nur dann zustande, wenn ihm mindestens vier Ausschussmitglieder zustimmen.

Durch das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss oder den Entscheidungsvorschlag wird der Rechtsweg nicht ausgeschlossen.

§ 9 Veröffentlichung der Entscheidung

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses werden den Beteiligten schriftlich bekannt gegeben.

§ 10 Entschädigung der Mitglieder

Die Tätigkeit der Mitglieder des Schlichtungs-ausschusses ist ehrenamtlich. Die juristischen und ärztlichen Mitglieder erhalten Ersatz ihrer Aufwendungen nach den Regeln der Kosten-ordnung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz. Die sonstigen Mitglieder erhalten Ersatz ihrer Aufwendungen nach dem Landesreisekostengesetz des Landes Rheinland-Pfalz.

Die Höhe der Vergütung für den Vorsitzenden/die Vorsitzende und den stellvertretenden Vorsitzenden/die stellvertretende Vorsitzende des Schlichtungsausschusses wird durch den Vorstand der Landesärztekammer festgesetzt.

Der Vorstand beschließt auch Richtsätze für die Vergütung der Sachverständigen.

§ 11 Kosten

Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss ist für die Beteiligten kostenfrei. Die Beteiligten tragen ihre Kosten einschließlich notwendiger Auslagen sowie die Kosten ihrer Vertretung selbst. Eine Kostenerstattung findet nicht statt.

Entsprechend der Vereinbarung zwischen der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und dem HUK-Verband trägt der jeweilige Haftpflichtversicherer des/der beteiligten Arztes/Ärztin die durch die Gutachtenerstattung verursachten Kosten und ersetzt der Landesärztekammer die vereinbarte Kostenpauschale. Das Verfahren vor dem Schlichtungsausschuss wird in der Regel nur durchgeführt, wenn die Erstattung der vorgenannten Kosten sichergestellt ist.

§ 12 Haftung

Die Mitglieder des Schlichtungsausschusses haften den Beteiligten nur für vorsätzliche und grob fahrlässige Verletzung ihrer Pflichten.

§ 13 Inkrafttreten

Diese Satzung tritt am 01.01.2016 in Kraft. Gleichzeitig tritt das Statut des Schlichtungsausschusses der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vom 02.06.1995 i.d.F. vom 01.01.2002 außer Kraft.

Verfahren, die bis zum Tage des Inkrafttretens dieses Statutes anhängig geworden sind, werden nach den bisherigen Vorschriften behandelt.

**IN KRAFT SEIT:
verabschiedet in der 9. Sitzung der 13. Vertreterversammlung vom 23.09.15 - in Kraft ab
01.01.2016**

**genehmigt durch Schreiben des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie
Rheinland-Pfalz vom 19.11.2015, Az. 652-01 723-2.4**