

Ärztliche Behandlungsfehler

Medizinrechtliche Aspekte und Empfehlungen zur Begutachtung

G. v. Salis-Soglio

Einführung

Die Erstellung von Gutachten oder gutachterlichen Stellungnahmen zu verschiedenen sozialmedizinischen Fragestellungen (zum Beispiel Erwerbsfähigkeit, Unfallfolgen, Behinderungen) gehört mittlerweile zum ärztlichen Alltag in Klinik und Praxis, wobei die diesbezügliche Unterweisung nach wie vor ein Schwachpunkt in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist.

Medizinische Begutachtungen zur Frage ärztlicher Behandlungsfehler stellen einen eigenen, sehr speziellen Bereich dar und setzen beim Gutachter neben fachlicher Kompetenz sowie allgemeinen gutachterlichen Vorerfahrungen auch die Kenntnis der wesentlichen medizinrechtlichen Grundlagen voraus. Darüber hinaus kann sich im Unterschied zu anderen Begutachtungsbereichen der Nachweis beziehungsweise Ausschluss ärztlicher Behandlungsfehler außerordentlich schwierig gestalten und vielfach mit geradezu „detektivischer“ Kleinarbeit verbunden sein. Nicht zuletzt ist die Begutachtung über Berufskollegen – insbesondere, wenn sie von ärztlicher oder wissenschaftlicher Tätigkeit her persönlich bekannt sind – auch in psychologischer Hinsicht eine Herausforderung, der man nur mit der Bereitschaft zu uneingeschränkter Objektivität und Neutralität gerecht werden kann.

Verlässliche Zahlen zur Häufigkeit von ärztlichen Behandlungsfehlern liegen wegen der zwangsläufig bestehenden Dunkelziffer (vor allem keine Daten zu nicht geltend gemachten Fehlern) nicht

vor. Nach der Literatur werden in Deutschland jährlich circa 40.000 Behandlungsfehlervorwürfe erhoben, die von den betroffenen Patienten den behandelnden Ärzten beziehungsweise deren Haftpflichtversicherungen, den Gesetzlichen Krankenversicherungen, den Schlichtungsstellen der Ärztekammern oder direkt Zivilgerichten (meist Landgerichte) zugeleitet werden. Bundesweite Statistiken zu dieser Thematik werden regelmäßig nur von den Schlichtungsstellen und den Gesetzlichen Krankenversicherungen erstellt, wobei durch diese Institutionen insgesamt etwa 15.000 bis 20.000 medizinische Begutachtungen/Jahr veranlasst werden. Unter Einbeziehung der von den Haftpflichtversicherungen und den Gerichten eingeholten Gutachten (hierzu allerdings nur Schätzungen möglich, da keine offiziellen Angaben vorliegen) ist davon auszugehen, dass insgesamt jährlich circa 25.000 medizinische Gutachten zur Frage ärztlicher Behandlungsfehler angefordert werden. Diese Zahl unterstreicht die Notwendigkeit, dass genügend Ärzte mit den erforderlichen fachlichen Voraussetzungen für diesen Begutachtungsbereich zur Verfügung stehen [2–7].

Die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit, die sich an Ärztinnen und Ärzte aller klinischen Fachgebiete richtet, besteht daher vorrangig darin, die wichtigsten Grundlagen zu vermitteln, um medizinische Gutachten zur Frage ärztlicher Behandlungsfehler auf dem gebotenen Niveau erstellen zu können.

Dazu erfolgt zunächst die Wiedergabe der wesentlichen Inhalte des Arzthaftungsrechtes, deren Kenntnis bei Begutachtungen in Arzthaftungsfragen unabdingbar ist.

Anschließend werden – gestützt auf die Literatur und insbesondere auf eigene langjährige Erfahrungen als medizinischer Gerichtssachverständiger in Arzthaftungssachen mit mehr als 250 auf diesem Gebiet persönlich durchgeführten Begutachtungen – spezielle Empfehlungen zur Vorbereitung und Durchführung der Begutachtung sowie zur definitiven Erstellung des Gutachtens gegeben.

Der Autor verbindet mit diesem Beitrag die Hoffnung, bei Ärzten die Motivation zu wecken beziehungsweise zu verstärken, sich auch in diesem so verantwortungsvollen Teilgebiet gutachterlicher Tätigkeit zu engagieren.

Medizinrechtliche Grundlagen

Das Arzthaftungsrecht befasst sich als Teilgebiet des Allgemeinen Haftpflichtrechtes mit der Frage, ob sich der behandelnde Arzt (das ihm nachgeordnete ärztliche oder nichtärztliche Personal einbezogen) durch einen Behandlungsfehler schadenersatzpflichtig gemacht hat. Dieser Fehler kann in einer unerlaubten Handlung oder in der Verletzung einer vertraglich eingegangenen Verpflichtung (= Behandlungsvertrag) bestehen. Schadenersatz kann allerdings nur gefordert werden, wenn der Behandlungsfehler zu einem nachweisbaren Schaden (vorübergehend oder bleibend) geführt hat.

Der Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt tritt im ambulanten Bereich formlos durch das Aufsuchen des Arztes in Kraft, bei stationärer Behandlung im Krankenhaus durch einen schriftlichen Vertragsabschluss, der alle ärztlichen und nichtärztlichen me-

dizinischen Leistungen umfasst. Dieser Vertrag verpflichtet den Arzt grundsätzlich zu einem insgesamt sorgfaltsgerechten Vorgehen in Diagnostik und Therapie, der Heilungserfolg kann allerdings nicht geschuldet werden.

Der behandelnde Arzt muss nicht Facharzt sein, aber es gilt für ihn der „Facharztstandard“. Dies bedeutet, dass der zum Zeitpunkt der Behandlung bestehende, allgemein anerkannte fachliche Standard einzuhalten ist, sofern nicht etwas Anderes ausdrücklich vereinbart wurde (zum Beispiel eine neue, noch nicht wissenschaftlich abgesicherte Methode). Maßgeblich sind hierbei die medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und ärztlichen Erfahrungen zum Behandlungszeitpunkt. Diese finden ihren Niederschlag beispielsweise in Lehrbüchern oder Veröffentlichungen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften. Auch Leitlinien der Fachgesellschaften können diesen Standard wiedergeben, sind aber nicht ohne weiteres rechtlich verbindlich, wobei auch das unterschiedliche Niveau der Leitlinien (S1 – S3) zu berücksichtigen ist. Keine Haftung ergibt sich bei einem Verhalten, das zum Behandlungszeitpunkt der seinerzeit noch vertretenen Lehrmeinung widersprach, sich aber im Verlauf neuerer Erkenntnisse mittlerweile als sachgerecht erwiesen hat.

Der Nachweis eines Behandlungsfehlers, eines danach eingetretenen Körpererster- beziehungsweise Primärschadens und des ursächlichen Zusammenhangs zwischen beiden (= haftungsbegründende Kausalität) ist vom Patienten im Vollbeweis zu erbringen, das heißt „mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad an Gewissheit, der ausreicht, Zweifeln Schweigen zu gebieten, ohne diese gänzlich auszuschließen“. Ob und welche Folgeschäden dem Primärschaden ursächlich zuzuordnen sind (= haftungsausfüllen-

Tabelle 1: Die häufigsten Fehlermöglichkeiten

- medizinisch-fachliche Fehler hinsichtlich der Durchführung einer konkreten Behandlungsmaßnahme (zum Beispiel Fehler bei Operationen oder sonstigen interventionellen Maßnahmen)
- Befunderhebungsfehler
- Diagnosefehler
- fehlerhafte Indikationsstellung
- Aufklärungsfehler
- Dokumentationsfehler
- Organisationsfehler

de Kausalität), ist ebenfalls vom Antragsteller zu beweisen. Hierzu ist eine überwiegende Wahrscheinlichkeit (> 50 Prozent) gefordert, die alleinige Möglichkeit eines Zusammenhanges (Wahrscheinlichkeit < 50 Prozent) ist nicht ausreichend.

Der Begriff des einfachen Behandlungsfehlers umfasst jegliche Abweichung vom gebotenen fachärztlichen Standard, sei es durch aktives Tun oder pflichtwidriges Unterlassen. Grobe Behandlungsfehler sind bei Verhaltensweisen gegeben, die elementare Grundsätze der Medizin verletzen. Der Bundesgerichtshof hat hierzu im Jahre 2001 folgende, nach wie vor gültige Definition gegeben:

„Ein grober Behandlungsfehler setzt nicht nur einen eindeutigen Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse voraus, sondern erfordert auch die Feststellung, dass ein Fehler vorliegt, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.“

Auch mehrere einfache Verstöße gegen die Sorgfaltspflicht können unter Umständen in der Summe als grober Behandlungsfehler gewertet werden. Grobe Behandlungsfehler haben für den Behandler die schwerwiegende Konsequenz der Beweislastumkehr, das heißt es muss durch ihn der Beweis angetreten werden, dass ein Ursachen-

zusammenhang zwischen Behandlung und Schaden „äußerst unwahrscheinlich“ ist beziehungsweise, dass der Schaden auch bei sorgfaltsgerechter Behandlung aufgetreten wäre. Dieser Nachweis ist allerdings nur in sehr seltenen Fällen zu erbringen.

Ein haftungsbegründendes Verhalten kann jeden Abschnitt des Behandlungsablaufes betreffen, also von der Anamneseerhebung über die weitere Diagnostik und Therapie bis hin zur Nachsorge. Die häufigsten Fehlermöglichkeiten sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Durch das im Jahr 2013 in Kraft getretene „Patientenrechtegesetz“ sollen die Patientenrechte gestützt und die Verfolgung von Schadenersatzansprüchen geregelt werden, die aus fehlerhaft erbrachten medizinischen Leistungen entstanden sind. Hierbei sollen insbesondere die Gesetzlichen Krankenversicherungen die Patienten beraten und gegebenenfalls unterstützen. Falls eine unmittelbare Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen durch die direkte Kontaktaufnahme des Patienten mit dem behandelnden Arzt in Praxis oder Klinik nicht erreicht wird, stehen dem Patienten mehrere Möglichkeiten zur Verfolgung seiner Ansprüche zur Verfügung:

- Meldung an die Krankenkasse,
- Kontaktaufnahme mit der Schlichtungsstelle der zuständigen Landesärztekammer

- (Schlichtungsverfahren allerdings nur bei Zustimmung beider Parteien),
- unmittelbare Einreichung einer Schadenersatzklage bei Zivilgerichten (meistens Landgerichte),
 - Erstattung einer Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft.

In der Regel werden die genannten Einrichtungen dann die Erstellung eines medizinischen Gutachtens (für Patienten kostenfrei) in Auftrag geben, in dem zur Frage eines ärztlichen Behandlungsfehlers Stellung zu nehmen ist. Die Einbeziehung eines Rechtsanwaltes (möglichst mit Erfahrung im Medizinrecht) durch den Patienten ist jederzeit möglich, bei Einschaltung des Landgerichtes oder der Staatsanwaltschaft obligat. Bei Beschreiten des Rechtsweges ist zu berücksichtigen, dass der Arzt im Strafprozess die Aussage verweigern kann, wohingegen er im Zivilprozess wahrheitsgemäßen Vortrag schuldet [3–6, 8].

Empfehlungen zur Begutachtung

Die im Folgenden aufgeführten Empfehlungen zur Vorbereitung und Durchführung der Begutachtung bis hin zur definitiven Erstellung des Gutachtens stehen in Einklang mit der hierzu vorhandenen Literatur und gelten grundsätzlich für alle klinischen Fachgebiete, unabhängig davon, welche der oben genannten Institutionen den Gutachtenauftrag erteilt hat [1, 5, 8].

Eine gute Vorbereitung der Begutachtung ist wichtig und hilft auch, den erforderlichen Zeitaufwand bei der Erstellung des Gutachtens zu verringern.

Zunächst ist der Gutachtenauftrag hinsichtlich folgender Punkte zu analysieren:

- Eigene fachliche Kompetenz zur Erstellung des Gutachtens gegeben?
- Persönliche Erstellung oder Mitwirkung weiterer Ärzte möglich? (Art und Umfang der Mitwirkung müssen

benannt werden, Hauptverantwortung aber stets beim beauftragten Arzt)

- Mit persönlicher Untersuchung oder nur nach Aktenlage?

Im Hinblick auf die oftmals gravierenden Konsequenzen für Antragsteller beziehungsweise Arzt erscheint es sinnvoll, bei Begutachtungen zur Frage ärztlicher Behandlungsfehler stets auch eine persönliche Befragung und Untersuchung des Patienten vorzunehmen, dies gilt insbesondere dann, wenn zu aktuell gegebenenfalls noch bestehenden Folgen eines Behandlungsfehlers Stellung zu nehmen ist. Vielfach werden allerdings in Arzthaftungsverfahren Gutachten ausschließlich nach Aktenlage angefordert, was meines Erachtens von Seiten des Gutachters nur dann akzeptiert werden sollte, wenn der streitgegenständliche Sachverhalt mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auch ohne aktuelle Befragung und Untersuchung zuverlässig zu beurteilen ist. Im Zweifelsfall empfiehlt sich eine vorherige Rücksprache mit dem Auftraggeber.

Vor der Annahme und Bearbeitung des Gutachtenauftrages sollte der Gutachter stets die Frage einer möglichen Befangenheit reflektieren. Diese würde sich bei verwandtschaftlicher oder sehr enger freundschaftlicher Beziehung zum beschuldigten Arzt ergeben, darüber hinaus meines Erachtens auch im Falle einer fachlichen Zusammenarbeit, die mit gemeinsamen wirtschaftlichen Interessen verknüpft ist. Das alleinige Kennen des beschuldigten Arztes von Kongressen oder sonstigen fachlichen Veranstaltungen her ist hingegen kein hinreichender Grund, von einer Befangenheit auszugehen.

Bei Begutachtungen mit persönlicher Untersuchung sollte im Einladungsschreiben ausdrücklich darauf hinge-



wiesen werden, dass alle (auch von weiteren Ärzten) existierenden Befund- und Behandlungsberichte sowie alle bildgebenden Befunde (als Ausdruck oder auf CD) einschließlich der schriftlichen Befundungen mitzubringen sind. Die nachträgliche Anforderung von Befunden kann außerordentlich mühsam und zeitaufwändig sein. Beim Fehlen wichtiger Unterlagen ist der Auftraggeber zu kontaktieren. Eine eigenmächtige Anforderung oder sonstige Nachforschungen durch den Gutachter sind nicht zulässig.

Die Durchsicht der mit dem Gutachtenauftrag übermittelten Akten beziehungsweise Behandlungsunterlagen sollte unbedingt bereits vor dem Begutachtungstermin erfolgen, da sich hieraus vielfach wichtige Informationen ergeben, die für die Erhebung der Ana-

mnese und die klinische Untersuchung sowie auch für gegebenenfalls vorge-sehene aktuelle Zusatzuntersuchun-gen von Bedeutung sein können.

Bei der Erstellung des Gutachtens hat sich der Gutachter grundsätzlich auf die Beurteilung des medizinischen Sach-verhaltes zu beschränken und exakt an den Fragen des Auftraggebers (bei Ge-richten: Beweisfragen) zu orientieren. Wenngleich er die möglichen Auswir-kungen seines Gutachtens durchaus vor Augen haben sollte, so steht ihm gleichwohl eine rechtliche Würdigung nicht zu. Ein groteskes Beispiel für Nichtbeachtung dieser Grundsätze konnte der Unterzeichner einem Ge-richtsgutachten entnehmen, in dem ausschließlich zur Frage eines Behand-lungsfehlers im Zusammenhang mit der Implantation einer Knieendopro-these Stellung genommen werden soll-te. Hier fand sich in der Gesamtbeurtei-lung folgende wörtliche Aussage des Gutachters: *„Im Übrigen ist mir dieser Kollege schon aus der Vergangenheit durch schlechte Ergebnisse bei Wirbel-säulenoperationen bekannt.“*

Der akribischen Auswertung der Be-handlungsunterlagen und hierbei ins-besondere der Dokumentationen des Beschuldigten kommt entscheidende Bedeutung zu. Bei der gutachterlichen Bewertung ist auch zu berücksichtigen, welche konkreten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der beschwerten Situation dem beschul-digten Arzt in Praxis oder Klinik zur Verfügung standen beziehungsweise zu fordern waren. Die eigene fachliche Expertise des Gutachters ist zweifellos wichtig, letztlich maßgeblich sind aber bei der gutachterlichen Gesamtbewer-tung der zum Behandlungszeitpunkt gültige und allgemein anerkannte Wis-sensstand sowie die bis dahin doku-mentierten Befunde, sodass die Beur-teilung stets „ex ante“ zu erfolgen hat.

Tabelle 2: Empfohlener Aufbau des Gutachtens

1. Einführung
2. Vorgeschichte/relevante Vorbefunde (nach Akten)
3. Befragung
4. Klinische Untersuchung
5. Technische/apparative Befunde
6. Literaturangaben
7. Diagnosen
8. Gutachterliche Gesamtbeurteilung
9. Zusammenfassende Beantwortung der Fragen

Bei allen medizinischen Begutachtun-gen in Arzthaftungsverfahren mit per-sönlicher Befragung und Untersuchung des Patienten hat sich ein grundsätz-lich gleichartiger chronologischer Auf-bau des Gutachtens sehr bewährt (s. Tab. 2).

Im Folgenden sollen nun zu den einzel-nen Punkten stichwortartig einige spe-zielle Hinweise gegeben werden, die besonders für Arzthaftungsgutachten wichtig erscheinen und deren Berück-sichtigung nach eigener Erfahrung von den Auftraggebern als sehr hilfreich bewertet wird (gilt besonders auch bei Gerichtsverfahren).

1. Einführung:

- wesentliche Fragestellung nennen (zum Beispiel Frage nach ärztlichem Behandlungsfehler in einem be-stimmten Zeitraum beziehungs-weise im Zusammenhang mit einer konkreten Behandlung),
- wörtliche Wiedergabe ausführlicher Fragenkataloge erst unter Punkt 9,
- Grundlagen der Begutachtung kurz auflisten: Auswertung der Akten/ Behandlungsunterlagen (vom Auftraggeber übersandt, vom Patienten mitgebracht, nachträglich angefordert); persönliche Befragung und Untersuchung mit Datum; gegebenenfalls Literaturstudium,
- Hinweis, dass keine Befangenheit vorliegt,

- gegebenenfalls Mitwirkungsanteil weiterer Ärzte an der Erstellung des Gutachtens.

2. Vorgeschichte/relevante Vorbefunde (nach Akten):

- ausschließlich Wiedergabe der für das Verständnis und für die Gesamt-beurteilung relevanten medizini-schen Angaben und Befunde ohne gutachterliche Wertung an dieser Stelle (vor allem Dokumentationen des beschuldigten Arztes, aber auch sonstige ärztliche Befund- und Behandlungsberichte, gegebenen-falls bisherige Begutachtungs-ergebnisse),
- knapp und übersichtlich in chronolo-gischer Reihenfolge, stichwortartige Auflistung ausreichend, keine Vermischung mit der Befragung,
- insbesondere bei Gerichtsgutachten vielfach Hinweis vom Auftraggeber, auf eine Wiedergabe des Aktenin-haltes zu verzichten, was meines Erachtens bezüglich der medizini-schen Befunde trotz des zwangs-läufig damit verbundenen größeren Umfanges des Gutachtens aus mehreren Gründen ignoriert werden sollte:
 - Wiedergabe ermöglicht gegen-über allen Beteiligten den Nach-weis, welche Befunde bei der Erstellung des Gutachtens berücksichtigt worden sind und erspart meist die neuerliche Durchsicht der Akten, wenn Nach-

fragen gestellt oder ergänzende gutachterliche Stellungnahmen angefordert werden,

- aus den gleichen Gründen äußerst hilfreich bei der Erläuterung des Gutachtens im Rahmen eventueller späterer gerichtlicher Vernehmungen (oftmals sehr langes Zeitintervall zwischen Begutachtung und Gerichtstermin).

3. Befragung:

- am Anfang kurz gegenüber dem Patienten eigene berufliche Stellung und gutachterliche Kompetenz erläutern, völlige Objektivität und Neutralität zusichern,
- mit größter Sorgfalt und Ausführlichkeit, Gefühl der Aufmerksamkeit und Unvoreingenommenheit geben, keinerlei Emotionen oder wertende Reaktionen zeigen,
- stets zunächst berufliche Vorgeschichte, bei konkreten Fragestellungen mit Bezug zur beruflichen Tätigkeit besonders ausführlich,
- medizinische Vorgeschichte:
 - Schwerpunkt liegt auf Angaben im Zusammenhang mit der streitgegenständlichen Behandlung; aber immer auch alle sonstigen Erkrankungen und Behandlungen berücksichtigen, die für die Gesamtbeurteilung relevant sein könnten,
 - auf sämtliche Beschwerden eingehen (Art und Entwicklung im zeitlichen Verlauf),
 - bisherige Diagnostik und Therapie (vor allem durch beschuldigten Arzt, aber auch durch alle weiteren behandelnden Ärzte),
 - spezielle Aspekte (zum Beispiel Dauer einer Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsende, Berentung),
 - abschließend jetzige Beschwerden und aktuelle Therapie (inklusive aller Medikamente),
 - bei Verdacht auf widersprüchliche oder falsche Aussagen: „Kann ich

das wörtlich so aufschreiben?“,

- abschließende Nachfrage: „Ist alles angesprochen? Möchten Sie noch etwas ergänzen?“

4. Klinische Untersuchung:

- in der Regel Beschränkung auf das betroffene Fachgebiet,
- je nach Fragestellung Fokussierung auf spezielle Körperregionen beziehungsweise Organsysteme, stets aber auch zumindest orientierende weitergehende Untersuchung,
- präzise Angaben für Vergleichbarkeit äußerst wichtig,
- Hinweise für Verdeutlichungstendenz?

5. Technische/apparative Befunde:

- zum Beispiel Labor, Bildgebung, elektrophysiologische Befunde,
- vorliegende schriftliche Befundungen zitieren (zumindest Zusammenfassung); danach alle relevanten Befunde persönlich ansehen und beurteilen; Beschränkung nur auf schriftliche Befunde nicht ausreichend,
- am Ende dieses Punktes: „Zusammenfassende Beurteilung der technischen Befunde“ (besonders bei sehr umfangreichen Befunden sinnvoll, erleichtert die Verständlichkeit),
- falls erforderlich, aktuelle Zusatzuntersuchungen anlässlich der Begutachtung (nur mit Zustimmung des Patienten):
 - nicht vor Anamnese und klinischer Untersuchung,
 - Bildgebung: meist Nativ-Röntgen und/oder Sonografie, selten neue Schnittbilduntersuchung,
 - bei Einbeziehung eines Radiologen: klinische Angaben und konkrete Fragestellung übermitteln.

6. Literaturangaben:

- bei Arzthaftungsgutachten nahezu obligat; dabei nur Literatur berücksichtigen, die zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung

bereits vorlag (Quellen jeweils konkret benennen),

- am Ende: „Zusammenfassung der Literaturangaben“,
- Anlegen einer eigenen Literatur-Datenbank sehr zu empfehlen, sodass bei späteren Begutachtungen mit vergleichbarer Thematik hierauf zurückgegriffen werden kann.

7. Diagnosen:

- alle Diagnosen in der Reihenfolge der Wichtigkeit (Diagnose[n] im Zusammenhang mit der streitgegenständlichen Behandlung als erstes),
- möglichst verständliche deutsche Bezeichnungen, Fachausdrücke zusätzlich in Klammern.

8. Gutachterliche Gesamtbeurteilung:

- Kernstück des Gutachtens, von ausschlaggebender Bedeutung,
- gute und verständliche/nachvollziehbare Beurteilung erleichtert das Verfahren für alle Beteiligten und kann auch die Zustimmung seitens der Partei ermöglichen, zu deren Ungunsten das Gutachten ausgeht,
- nicht zu umfangreich den bisherigen Gutachteninhalt wiederholen, sondern nur die für die Gesamtbeurteilung entscheidenden Fakten,
- objektive/reproduzierbare Befunde beziehungsweise Kriterien maßgeblich,
- möglichst definitive Festlegungen, keine alleinigen Mutmaßungen,
- auf diskrepante Vorbeurteilungen beziehungsweise Vorgutachten eingehen und eigene Abweichungen begründen (sofern vom Auftraggeber erfragt),
- Angaben aus Literaturstudium einbeziehen,
- chronologischer Aufbau:
 - in knapper Form wesentliche Fragestellung des Gutachtens,
 - Hinweise für Verdeutlichungstendenz oder psychische Auffälligkeiten bei der Begutachtung?

- Diagnosen in chronologischer Reihenfolge erläutern (bei fehlendem Bezug zur streitgegenständlichen Behandlung nur knapp),
- jeweils Übereinstimmung zwischen Beschwerden und Befunden?
- danach zusammenfassende Beurteilung im Hinblick auf die Fragestellung;
jeweils sehr sorgfältige Begründung erforderlich; dabei möglichst die in der beschwerten Situation zu fordernde korrekte Vorgehensweise benennen und durch Literaturangaben untermauern.

9. Zusammenfassende Beantwortung der Fragen:

- abschließend immer die konkret gestellten Fragen (bei Gerichtsgutachten: Beweisfragen) noch einmal wörtlich aufführen und jeweils zusammenfassend beantworten, dabei auf ausführliche Begründung in der Gesamtbeurteilung verweisen; keine neuerliche Beurteilung, nur knappe präzise Antworten.

Die häufigsten Fehler bei der Erstellung von Gutachten in Arzthaftungsverfahren betreffen insbesondere:

- mangelnde Auswertung der Behandlungsunterlagen,
- nur persönliche Meinung statt anerkanntem Wissensstand,
- Literaturangaben aus der Zeit nach der streitgegenständlichen Behandlung,
- keine Beschränkung auf die Beantwortung der im Gutachtenauftrag gestellten Fragen,
- emotional gefärbte beziehungsweise verunglimpfende Formulierungen.

Unter keinen Umständen sollte der Gutachter dem Patienten gegenüber auch

nur die geringste Andeutung zum möglichen Ergebnis des Gutachtens machen.

Fazit

Medizinische Begutachtungen zur Frage ärztlicher Behandlungsfehler stellen eine große Herausforderung für die Gutachter dar und beinhalten eine besondere Verantwortung gleichermaßen gegenüber Patient und Arzt. Die Kenntnis der Grundlagen des Arzthaftungsrechtes sowie die Bereitschaft zu völliger Neutralität und Objektivität sind hierbei unabdingbar. Eine gute Vorbereitung sowie die Einhaltung eines festen Algorithmus bei der Durchführung der Begutachtung und der definitiven Erstellung des Gutachtens sind von wesentlicher Bedeutung und tragen nicht zuletzt auch dazu bei, den Zeitaufwand in einem angemessenen Rahmen zu halten. Sorgfältig erstellte Gutachten mit sachlichen Formulierungen sowie einer verständlichen und auch für Nichtmediziner nachvollziehbaren Gesamtbeurteilung erhöhen erfahrungsgemäß die Akzeptanz seitens aller beteiligten Parteien und sind im Übrigen fast immer ausschlaggebend für den Ausgang des Verfahrens. Der Qualifikation der auszuwählenden Gutachter ist daher gerade in Arzthaftungssachen besondere Aufmerksamkeit zu schenken, sodass Schulungen/Fortbildungen zu dieser speziellen Thematik unter Leitung von Ärzten und Juristen regelmäßig von den Ärztekammern oder den medizinischen Fachgesellschaften angeboten werden sollten. ■

Literatur unter
www.slaek.de/aerzteblatt-sachsen

Prof. em. Dr. med.
Georg Freiherr von Salis-Soglio, Leipzig
ehemaliger Direktor der Orthopädischen
Universitätsklinik Leipzig
E-Mail: georgvonsalis@t-online.de

In Sachsen werden dringend medizinische Sachverständige für Gutachten in gerichtlichen Verfahren gesucht (siehe „Ärzteblatt Sachsen“, Heft 1/2026). Kontakt: Sächsisches Staatsministerium der Justiz, Referat III.3, E-Mail Referatsleitung-III.3@smj.justiz.sachsen.de