

- WERNER, B.: Thieves in Malmö. (Tillgreppsbuttslingar i Malmö.) Kriminalvidensk. 51, 3—4, 213 (1963). Ref. Excerpta crim. (Amst.) 6, 1684, 733 (1964).
- WIMMER, A.: De la cléptomanie au point de vue médico-légal. Ann. méd. psychol. 79, 211 (1921).
- WULFFEN, E.: Psychologie des Verbrechens. Berlin 1908.
- Der Sexualverbrecher. Hamburg 1928.
- ZULLINGER, H.: Symbolische Diebstähle einer Siebzehnjährigen. Psyche (Stuttg.) 4, 144 (1950).
- Über symbolische Diebstähle von Kindern und Jugendlichen. Biel (Schweiz) 1951, 2. Aufl. 1954.
- Unbewußte Triebfedern bei kindlichen Diebereien. 6. Lindauer Psychotherapiewoche (1955), 1956, S. 107.
- Hintergründige Triebfedern von Eigentumsdelikten. Z. Soz., Sonderh. 2, 132 (1957) Köln u. Opladen.

Dr. med. habil. K. JAROSCH
 Stadtrat der Landeshauptstadt
 Linz, Österreich

G. APEL (Berlin): Kindesmißhandler.

Es handelt sich um die Auswertung von 28 vor dem Jugendschöffengericht Tiergarten in Berlin verhandelten Fällen von Kindesmißhandlung zur Frage des Milieus und der Täterpersönlichkeiten.

Med.-Rat Dr. med. G. APEL
 Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin
 I Berlin 21, Invalidenstr. 52

W. SPANN und E. LIEBHARDT (München): Rechtliche Probleme bei der Organtransplantation. Siehe Münch. med. Wschr. 109, 672 (1967).

R. WILLE (Kiel): Verantwortung und Haftung im ärztlichen Teamwork.

Das Recht der ärztlichen Eingriffe ist trotz — oder bei näherer Betrachtung sogar wegen — der Kompromißformel, auf die sich die Strafrechtskommission im E 62 geeinigt hat, weiterhin ein ungelöstes Problem. Ein Juristen und Ärzte gleichermaßen zufriedenstellendes Operationsrecht muß auch auf die Besonderheiten der modernen Operationen zugeschnitten sein, die nur im ärztlichen Teamwork durchgeführt werden können. Wenn eine auch dogmatisch befriedigende Auffassung den ärztlichen Problemen in der Extremsituation der modernen chirurgischen Eingriffe gerecht werden könnte, dann würde sie auch für andere ärztliche Tätigkeiten Gültigkeit beanspruchen können, bei denen die Probleme der Arbeitsteilung latent in ähnlicher Weise auftreten. Hier ist an die Zusammenarbeit von Ärzten und Hilfspersonal bei Blut-

transfusionen, Laboruntersuchungen wie z.B. auch bei der Blutalkoholbestimmung und letztlich vom praktischen Arzt mit seiner Sprechstundenhilfe zu denken.

Den unbestrittenen Vorteilen der Spezialisierung steht die Einengung des Arbeits- und Blickfeldes gegenüber. Der operativ tätige Arzt ist auf die Zusammenarbeit und das Votum des Radiologen, Internisten, Laborarztes, Anaesthesisten und des Serologen von der Blutbank in steigendem Maße angewiesen. Jeder dieser Teilbereiche hat seine besonderen Probleme mit oft divergierenden Forderungen und Bedenken. Die Vorarbeiten der angesprochenen Hilfsdisziplinen fallen in der Regel räumlich und zeitlich auseinander und sind zum Teil Routinehandlungen, denen häufig die unmittelbare Beziehung zum Patienten fehlt; sie sind oft schon geraume Zeit vor dem eigentlichen Eingriff abgeschlossen, so daß evtl. Irrtümer und Fehler nicht mehr korrigiert werden können.

Der große apparative und personelle Aufwand erfordert eine vorausschauende Planung und subtile Organisation. Die Notwendigkeit eines evtl. überraschenden Eingriffes und einer personellen Umbesetzung verlangt eine Vereinheitlichung der Instrumentenbezeichnungen, der Verständigung und eine Normierung der Aufgabenbereiche mit eingehender Einweisung in die Pflichten nach ihrer Bedeutung für das Gesamtgeschehen. Neben die sach- und zielbezogene Koordination gehört eine klare, vor dem geplanten Eingriff erfolgte Zuweisung und Abgrenzung von Unterverantwortlichkeiten. Unter diese fallen auch die Wartung und die Benutzungsvorschriften für Geräte, die andere Abteilungen der Klinik ebenfalls benötigen — wichtig für Gastärzte in Belegkrankenhäusern — und die Überprüfung der Qualifikationen des nichtärztlichen Personals und ihre Einsatz- und Ersatzmöglichkeiten bei Ausfällen durch Krankheiten und Urlaub. Der jeweilige Leistungsstand eines Team-Mitgliedes ist zum Operationszeitpunkt für den Operateur nicht mehr überschaubar.

Die aus diesen Besonderheiten sich ergebende teils hierarchische, teils gleichberechtigte Sachordnung steckt die ärztlichen Aufgabenkreise und damit weitgehend übereinstimmend auch die forensischen Verantwortungsbereiche ab. Bei der notwendigen kollegialen Besprechung vor der Operation ist eine reine Unterordnung nicht sachgerecht, da nur selten der eigentliche Operateur alle Einzelheiten bis ins Detail voll überschauen und somit verantworten kann. Jeder haftet straf- und auch deliktsrechtlich nur für den ihm überschaubaren und zugewiesenen Aufgabenkreis. Es muß aber die Möglichkeit gegeben sein, die Bedenken der unterverantwortlichen Kollegen bei der Gesamtentscheidung selbständig zu Worte kommen zu lassen. Werden bei der kollegialen Besprechung vor der Operation die vorgetragenen Einwände aus einem Teilbereich vom Team-Leiter als *primus inter pares* in Abwägung aller

Risiken zurückgestellt, so übernimmt er die Verantwortung, die auch für die Indikation, die Aufklärung des Patienten und für die Gesamtplanung auf ihm lastet. Um eine Freistellung des heute noch am stärksten beanspruchten Chefoperators zu ermöglichen, ist für die Zukunft sogar eine personelle Trennung von Team-Leiter und „Mann am Messer“ denkbar. Es ist deshalb ein besonderer Arzttyp notwendig, der sich auf das komplizierte Gruppenmanagement versteht, der das System und dessen Gefahrenmomente übersieht und die nicht vermeidbaren technischen und menschlichen Fehler und Mängel durch Kontrollen und Verantwortungszuweisungen auszugleichen sucht. Unter Umständen ermöglicht ein Durchspielen der denkbaren Gefahrensituationen eine Anpassung der Methodik und eine Umstellung auf neue Operationssituationen.

Die hier angesprochenen Eingriffe werden in der Regel an besonders lebensnotwendigen Organen wie Herz und Gehirn vorgenommen und sind schon deshalb stets mit Lebensgefahr für den Patienten verbunden. Diese Gefahr wird durch die Neuartigkeit der Operationsmethoden und des Zusammenspiels eines Teams, dem nicht unbeschränkte Erprobungs- und Erfahrungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, weiter erhöht. Andererseits ergibt sich aus dem ärztlichen Auftrag zur Anwendung jeder möglichen Hilfe für den Patienten und der Verpflichtung zur wissenschaftlich-technischen Vervollkommenung der Behandlungsmöglichkeiten eine — allerdings nicht unbeschränkte — ärztliche Handlungspflicht. Es entspricht berufsethisch fundiertem ärztlichem Denken, das Wohl seines Patienten vor wissenschaftliche Interessen zu stellen, also im Zweifel die individuell beste Therapie anzuwenden und z.B. auf die wissenschaftliche Verwertbarkeit zu verzichten, wenn diese nur bei einem auslesefreien Kollektiv gewährleistet ist. Es ist aber keineswegs verwerflicher Übereifer, wenn sich Ärzte auch der Wissenschaft verpflichtet fühlen und um ständige Methodenverbesserung bemüht sind. Die Rechtsordnung sollte dieser notwendigen Dynamik dadurch Rechnung tragen, daß der aus rechtlichen Bedenken resignierend Untätige vor dem Gesetz nicht besser gestellt ist als der zum Wohle seiner Patienten neue Behandlungsmöglichkeiten wagende „Pionier am Operationstisch“. Es fragt sich, ob die Schuld Kategorien der Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit *allein* hier ausreichend sind. Es muß ein Abwägen *aller* rechtlich geschützten Interessen möglich sein, bei dem die Ausgangslage, also die Krankheit mit ihrer Prognose und Lebenserwartung, die individuellen Interessen des Patienten, die Erfolgchance, aber auch die Bedeutung des wissenschaftlichen Fortschritts mit der Möglichkeit, künftig anderen Patienten helfen zu können, die Eignung des personellen und apparativen Einsatzes, dessen Organisation und Kontrollsystem insgesamt berücksichtigt werden können. Die Einwilligung des Patienten

mit umfassender vorheriger Aufklärung ist zwar von besonderer Bedeutung, als alleinige Rechtfertigungskategorie aber ebenfalls unzureichend, weil nicht alle Gefahren vorhersehbar sind. Dies kann nur bei der Tatbestands- bzw. Rechtswidrigkeitsprüfung geschehen, nicht erst durch die Fahrlässigkeitskategorien: Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit.

Die Gesundheitsbeschädigung oder der Tod des Patienten ist in juristischer Terminologie der tatbestandsmäßige Erfolg, der die Rechtswidrigkeit indiziert. Der Tatbestandsbegriff des „typisierten Unrechtes“ paßt aber nicht für ärztliche Eingriffe. Die Möglichkeit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der evtl. Tod des Patienten sind für den Arzt stetiger Ansporn, alle zur Verfügung stehenden Kräfte zu mobilisieren und optimal einzusetzen. Ähnlich sollte auch der tatsächlich eingetretene konkrete Erfolg bei der juristischen Beurteilung nur als Anlaß und als Umschreibung für das gefährdete Rechtsgut, im Zivilrecht evtl. als Ausgangsbasis für den Umfang der Haftung dienen. Die eigentlich straf- und zivilrechtliche Beurteilung — hier ist eine Einheitlichkeit der zivil- und strafrechtlichen Rechtswidrigkeit anzustreben — darf nur am *Verhalten* der im Team vereinigten Mitarbeiter einsetzen, wobei die Neuartigkeit der Methoden und der Zusammenarbeit die *strikte* Einhaltung des „ex-ante-Standpunktes“ gebietet. Der mißglückte Ausgang der ärztlichen Bemühungen mit dem rekonstruierten Geschehensablauf und der Aufdeckung der Fehlerquellen darf nicht ohne weiteres als „rechtswidriger Erfolg“ aufgefaßt werden; zu prüfen ist das Abweichen der einzelnen Beteiligten von ihren sachbezogenen und abgegrenzten Pflichten, deren Umfang durch die Erkennbarkeit der Rechtsgutgefährdung bestimmt wird. Kleinere Mißgeschicke und Versehen liegen im Rahmen menschlicher Handlungsweisen. Die Rekonstruktion eines Irrtums und das verhängnisvolle Zusammentreffen von mehreren Fehlern muß keineswegs immer zum rechtlichen Vorwurf reichen. Man muß sich vom Denken in reinen Erfolgskategorien lösen und lediglich prüfen, ob eine Pflichtwidrigkeit vorliegt. Der ironisch gemeinte Ausspruch: „Operation geglückt, Patient tot“ ist häufig lediglich nachträgliche Besserwisseri. Auch eine erfolglose Operation kann wegen der gesammelten Erfahrungen Lebensrettung und Lebensglück für spätere Patienten bedeuten.

Ohne weitgehende Berücksichtigung der besonderen Schwierigkeiten, ja ohne die Sicherheit, daß die Rechtsprechung die angesprochene Problematik anerkennt, besteht die Gefahr, daß unvermeidlich auftretende Mißerfolge nicht publiziert werden und anderen Ärzten und deren Patienten nicht zugute kommen. Die bisherige Rechtsprechung hemmt unter Umständen die sachgerechte Weiterentwicklung, weil die Toten die Lebenden nicht mehr zu lehren vermögen.

Als Mittlerin zwischen Recht und Medizin fällt der Gerichtsmedizin die Aufgabe zu, eine die Ärzte, Patienten und die Gesellschaft befriedigende ärztlich-sachliche und rechtsdogmatisch annehmbare Konzeption bei der strafrechtlichen Verantwortung und zivilrechtlichen Haftung im Team-work zu erarbeiten und den entscheidenden Gremien vorzulegen.

Zusammenfassung

Die Erfolge der modernen Chirurgie beruhen nicht zuletzt auf einer immer engeren Zusammenarbeit zwischen dem Chirurgen und Internisten, Radiologen, Laborarzt, Anaesthesisten und dem Serologen von der Blutbank. Dadurch treten Fragen der Organisation und der inneren Struktur eines Ärzteteams, die Abgrenzung von Unterverantwortlichkeiten und Systemkontrollen in den Vordergrund des arztrechtlichen Interesses. Für die straf- und zivilrechtliche Beurteilung sollte der Modellfall der Operation im ärztlichen Teamwork Anlaß sein, sich vom bisherigen Denken in Erfolgskategorien zu lösen und die strafrechtliche Verantwortlichkeit sowie die zivilrechtliche Haftung ganz auf evtl. Pflichtwidrigkeiten abzustellen.

Summary

The succes of modern surgery is based on team-work of surgeon, internist, radiologist, anesthesist and others. It is necessary, that the team-leader defines to everybody his responsibilities and that he controls this system. Thereby the resulting medico-legal problems of misadventures and mistakes is discussed according to the German Law.

Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.

Dr. med. Dr. jur. R. WILLE
Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Universität
23 Kiel, Hospitalstr. 17—19

H.-J. WAGNER (Mainz): Zur Abhängigkeit der Kausalität vom Umfang der angeordneten Untersuchungen (Kasuistischer Beitrag).

Über verschleierte Tatbestände bei Todesfällen ist zwar schon viel berichtet worden. Es ist aber eines derjenigen Kapitel der forensischen Medizin, über die nie genug vorgetragen werden kann. Die Dunkelziffer von Verbrechen und die Zahl der durch Verschleierung von strafrechtlich relevanten Tatbeständen ausgeübten Verbrechen kann nur dann in engen Grenzen gehalten werden, wenn die hierzu angewandten Methoden bekannt werden und bei künftigen Ermittlungen Berücksichtigung finden. Die Referate, die im Verlauf des ersten Vormittags unseres dies-