

Rechts- und Merkbuch für die Krankenhausforderungen. Von Georg Langer, Landgerichtsdirektor i. R., Breslau. IV, 214 Seiten. 1938. RM 7.80; gebunden RM 8.60

Taschenbuch des Vertrauensarztes. Von Dr. Th. Vater-nahm. VI, 107 Seiten. 1936. RM 3.60

Zur Praxis der Begutachtung. Vortrag, gehalten im Ärztlichen Fortbildungskursus in Tübingen im Herbst 1930. Von Professor Dr. M. Kirschner, Tübingen. 54 Seiten. 1931. RM 3.60

Praktische Unfall- und Invalidenbegutachtung bei sozialer und privater Versicherung, Reichsversorgung und Haftpflichtfällen. Von Dr. Paul Horn, Universitätsprofessor, Dozent für Versicherungsmedizin in Bonn. (Bildet Band 2 der „Fachbücher für Ärzte“, herausgegeben von der Schriftleitung der „Klinischen Wochenschrift“.) Dritte, umgearbeitete und erweiterte Auflage. X, 321 Seiten. 1932.

Gebunden RM 19.80

Die Bezieher der Klinischen Wochenschrift erhalten einen Nachlaß von 10 %.

Der Meniscusschade, seine Ätiologie und seine Begutachtung im Rahmen der allgemeinen Unfallbegutachtung. Von Professor Dr. Hans Burkhardt, Essen. (Bildet Heft 26 der „Hefte zur Unfallheilkunde“.) 40 Seiten. 1939. RM 3.50

Unfall und Knochengeschwulst. Von Dozent Dr. Hans Hellner, Oberarzt der Staatl. Chirurgischen Universitätsklinik Münster (Westf.). (Bildet Heft 25 der „Hefte zur Unfallheilkunde“.) Mit 20 Textabbildungen. 55 Seiten. 1939. RM 4.80

Bedeutung des „Vorherigen Zustands“ für die Begutachtung der Folgen von Betriebsunfällen. Von Dr. P. Reckzeh, Chefarzt der Allgem. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin i. R., Lehrbeauftragter für Versicherungsmedizin und Gutachtertätigkeit an der Universität Berlin, Chefarzt des Krankenhauses Birkenwerder. (Bildet Heft 23 der „Hefte zur Unfallheilkunde“.) 44 Seiten. 1938. RM 3.60

Der Chirurg. Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. Herausgegeben von Professor M. Kirschner, Heidelberg, Professor O. Kleinschmidt, Wiesbaden, Professor O. Nordmann, Berlin, Professor A. Hübner, Berlin. Beiräte: G. Axhausen-Berlin, H. Cushing-New Haven, E. Enderlen-Stuttgart, C. Franz-Berlin, N. Guleke-Jena, K. Henschen-Basel, R. Klapp-Marburg, F. König-Würzburg, A. Lautenschläger-Berlin, E. Payr-Leipzig, E. G. Petró-Lund, F. de Quervain-Bern, R. Stich-Göttingen, G. A. Wagner-Berlin. Redaktion: Professor Dr. A. Hübner-Berlin. Erscheint am 1. und 15. eines jeden Monats.

Vierteljährlich RM 15.—; Einzelheft RM 3.—

Zu beziehen durch jede Buchhandlung

Haftpflichtfälle aus der ärztlichen Praxis in juristischer Beleuchtung

Von

Dr. med. A. Hübner und **Dr. jur. Otto Warneyer**
a. o. Professor für Chirurgie Reichsgerichtsrat a. D.
in Berlin in Leipzig



Berlin
Verlag von Julius Springer
1939

ISBN 978-3-642-49628-8 ISBN 978-3-642-49921-0 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-642-49921-0

**Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.**
Softcover reprint of the hardcover 1st edition 1939

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einführung	1
I. Allgemeines	3
1. Berufsgeheimnis. Beratungspflicht	3
2. Ärztliche Begutachtung	12
3. Unsachliche Attestierung	15
4. Unglücksfälle im Stationsbetrieb	18
5. Infektion.	23
II. Diagnostik	24
6. Untersuchung	24
7. Verfehlte Diagnose	26
8. Röntgenologie	34
III. Betäubungsverfahren	42
9. Narkose	42
10. Anästhesie	44
IV. Allgemeine Behandlung	48
11. Instrumentarium	48
12. Heilverfahren	53
13. Einweisung in Krankenhausbehandlung	54
14. Injektionen.	55
15. Unsachgemäße Behandlung	61
16. Unglücksfall bei Behandlung	67
17. Katheterismus	68
18. Serumanwendung	69
V. Operationen	70
19. Verspätete Operation	70
20. Widerrechtliche Operation	76
21. Verletzungen bei Operationen	82
22. Infektion nach Operation	84
23. Unnötige Operation	85
24. Unrichtige Operationsmethode	85
25. Ungünstiges Operationsergebnis	86
26. Beschwerden nach Operationen.	90
27. Fehler bei Nachbehandlung von Operationen	92
28. Zufälle im Operationsaal	93
29. Zurückgelassene Fremdkörper	93
VI. Physikalische Behandlung	114
30. Röntgenbestrahlung	114
31. Höhensonnebestrahlung	119

	Seite
VII. Apparate, Verbände	119
32. Prothese, Gipsverband	119
VIII. Besondere Erkrankungs- und Verletzungsformen	122
33. Auge	122
34. Ohr	124
35. Hernien	125
36. Gynäkologie und Geburtshilfe	126
37. Gliedmaßen	129
a) Gelenkversteifung	129
b) Knochenbruch (Fraktur)	131
α) Fehldiagnose S. 131. — β) Knochenbruchbehandlung S. 134.	
— γ) Schädigung bei Frakturbehandlung S. 139. — δ) Refraktur	
S. 142. — ϵ) Behandlung in der Allgemeinpraxis S. 143.	
c) Verrenkung	144
38. Nervenlähmung	145
39. Verbrennungen	145
40. Zahnärztliche Tätigkeit	161
41. Besondere Einzelfälle	162
a) Diabetes	162
b) Thrombose und Embolie	163
c) Narbenentstehung	164
d) Decubitus	164
e) Glassplitterverletzung	164
f) Haarausfall	165
g) Bluttransfusion	166
h) Bestehenlassen von Schmerzen	166
i) Operationsverweigerung	168
IX. Haftpflicht des Arztes	169
42. Vorbemerkung	169
43. Allgemeines. Haftung für ärztliche Kunstfehler. Beweislast	170
44. Haftung des Staates, der Gemeinden, öffentlicher Krankenhäuser,	
sonstiger Krankenanstalten	175
45. Haftung des Arztes für Hilfspersonen, insbesondere Kranken-	
schwestern u. a.	184
X. Verjährung	187
XI. Ärztliche Honoraransprüche	189
Sachverzeichnis	192

Einführung.

Mit der vorliegenden Darstellung wird ein doppelter Zweck verfolgt. Der Arzt soll vor Gefahrenquellen gewarnt werden, und die Organe der Rechtsprechung und Verwaltungsbehörden sollen einen Einblick in Grundsätze der praktischen Heilkunde erhalten. Hierzu bot sich als günstiger Anlaß die Sammlung eines großen Materials von Haftpflichtfällen, die gegen Ärzte gerichtet waren; dieses umfaßt noch nicht veröffentlichte Verfahren, die sich im Laufe der letzten Jahre abspielten und auf dem Prozeß- oder Vergleichswege ausgetragen wurden. So erscheint diese Zusammenstellung wohl geeignet, die Verhältnisse widerzuspiegeln, wie sie in unserer Zeit tatsächlich bestehen. Wenn nur rechtskräftige *Urteile* als Grundlage gewählt werden, so läßt sich ein vollkommenes Bild nicht gewinnen; denn die überwiegende Zahl der Haftpflichtverfahren wird außergerichtlich erledigt, da die Parteien naturgemäß einen Prozeß zu vermeiden suchen. Andererseits durfte die Wiedergabe höchstrichterlicher Erkenntnisse, die sich mit der Haftung des Arztes und ähnlichen Problemen befassen, nicht unterbleiben. Sind es doch gerade Urteile des Reichsgerichts, die viele Hauptfragen auf diesem Gebiet eingehend und abschließend beantworten.

Die Rechtsprechung sucht unter Zugrundelegung der medizinischen Forschungsergebnisse eine objektive Beurteilung herbeizuführen. Häufig zeigt sich jedoch in Urteilsbegründungen eine Abweichung von der ärztlichen Auffassung. ZANGGER wies in diesem Zusammenhange auf die Gefahren und die Bedeutung der Grenzen des Verstehens und des Mißverstehens hin. Vertrauen zur Rechtsprechung hängt bei ärztlichen Haftpflichtfällen unmittelbar zusammen mit dem Vertrauen zu dem medizinischen Gutachter, der eine wichtige und verantwortungsvolle Tätigkeit ausübt. Deshalb soll den hieraus sich ergebenden Fragekomplexen ein breiter Raum gewidmet werden. Für alle Ärzte, die bei Ausübung ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit jederzeit der Gefahr eines Haftpflichtverfahrens ausgesetzt sein können, wird der überraschende und praktisch wichtige Nachweis geführt, daß trotz der Verschiedenheit der Ansprucherhebenden eine gewisse Regelmäßigkeit in der Auswahl der Schäden zu erkennen ist; es wurde dadurch ermöglicht, die Einteilung nach medizinischen Gesichtspunkten vorzunehmen.

Aus diesen Hinweisen ergibt sich, daß Heilkunde und Rechtsprechung enge Beziehungen haben; da diese bei Fragen der ärztlichen Haftpflicht in besonderem Maße bestehen, so erschien auch für die Bearbeitung des Stoffgebietes unter Zugrundelegung einer großen Anzahl praktischer Fälle die gemeinsame Mitwirkung von Arzt und Jurist zweckmäßig. Der Austausch ihrer verschiedenartigen Arbeitsmethoden und Denkweise soll dazu beitragen, Einzelfragen dem Verständnis näherzubringen und vor allem Grundlagen zu schaffen, um diese Begleiterscheinungen der ärztlichen Tätigkeit nach Möglichkeit auszuschalten.

I. Allgemeines.

1. Berufsgeheimnis. Beratungspflicht.

Die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses betreffen zwei gesetzliche Vorschriften, eine prozessuale und eine strafrechtliche. Nach § 383 der Zivilprozeßordnung sind zur Verweigerung des Zeugnisses u. a. berechtigt: Personen, welchen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes Tatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschrift geboten ist, in betreff der Tatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht.

Die strafrechtlichen Bestimmungen über das ärztliche *Berufsgeheimnis*, die sich früher im Strafgesetzbuch befanden, sind jetzt durch die Reichsärzteordnung geregelt. Nach § 13 RÄO. wird ein Arzt, der unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm bei Ausübung seines Berufes anvertraut oder zugänglich geworden ist, mit Gefängnis bis zu einem Jahr und Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft; doch ist der Täter nach § 13 Abs. 3 RÄO. straffrei, wenn er ein Berufsgeheimnis zur Erfüllung einer Rechtspflicht oder sittlichen Pflicht oder sonst zu einem nach gesundem Volksempfinden berechtigten Zweck offenbart, und wenn das bedrohte Rechtsgut überwiegt. Diese Ausnahmegesetzvorschrift ist beispielsweise von besonderer Bedeutung, wenn es sich um folgendes handelt:

Von seiten der Staatsanwaltschaft und der Polizei wird gelegentlich an die ärztlichen Direktoren von Krankenanstalten das Ersuchen gerichtet, ihnen von der bevorstehenden Entlassung eines Kranken so rechtzeitig Mitteilung zu machen, daß die Verhaftung des Kranken erfolgen kann. Daß die Bekanntgabe des Zeitpunktes der Entlassung unter das ärztliche Berufsgeheimnis fällt, kann keinem Zweifel unterliegen. Denn unter anvertrauten Tatsachen im Sinne des § 13 RÄO. sind nicht bloß solche Tatsachen zu verstehen, die dem Arzte von dem Patienten direkt mitgeteilt sind; es genügt vielmehr, daß der Arzt in seiner Eigenschaft und Tätigkeit als solcher von der Tatsache Kenntnis erhalten hat (so Urteil des Reichsgerichts in RGZ. 54, 361). Der Arzt muß nur die Kenntnis der betreffenden Tatsache auf Grund seiner Vertrauensstellung oder im Zusammenhang damit erlangt haben mit der Er-

wartung der Geheimhaltung zugunsten des Patienten. Danach ist der Zeitpunkt der Entlassung eines Patienten aus einer Krankenanstalt als eine dem Arzt bzw. dem ärztlichen Direktor der Anstalt anvertraute Tatsache anzusehen.

Unbefugt ist an sich die Offenbarung einer anvertrauten Tatsache, wenn sie ohne besondere Erlaubnis erfolgt. Hiernach würde also eine Bekanntgabe des Entlassungstages an die Staatsanwaltschaft oder Polizei stets als unbefugt anzusehen sein; denn sie erfolgt hinter dem Rücken, also ohne Einwilligung des Patienten. Hier setzt nun unter Umständen die besondere Vorschrift des Abs. 3 § 13 RÄO. ein. Sie beruht auf der Erwägung, daß es Rechtspflichten gibt, die einer Verschwiegenheitspflicht vorgehen, höhere sittliche Pflichten, hinter die das Interesse des Kranken an der Geheimhaltung dessen, was er dem Arzt anvertraut hat, zurücktreten muß. Eine Offenbarung ist namentlich dann geboten, wenn ein besonderes, schwerwiegendes öffentliches Interesse sie verlangt, also namentlich, wenn es sich um die Strafverfolgung eines gemeingefährlichen Verbrechens, um die Dingfestmachung eines Schwerverbrechens handelt. Für den ärztlichen Direktor einer Krankenanstalt, an den seitens der Staatsanwaltschaft oder der Polizei das Ersuchen um Bekanntgabe des Entlassungstages eines Patienten gerichtet wird, entsteht eine Pflichtenkollision. „Dem Interesse des Kranken an Geheimhaltung und der Pflicht des Arztes zu solcher Geheimhaltung steht entgegen das öffentliche Interesse, durch den Arzt unterrichtet zu werden. Sache des Arztes ist es hier, abzuwägen, welches Interesse das höhere ist.“ Das überwiegende Interesse ist ausschlaggebend. Handelt es sich um die Unschädlichmachung eines gemeingefährlichen Verbrechens oder um die Strafverfolgung eines das Staatswohl gefährdenden Verbrechens, wie Hochverrat, so wird man das Interesse der Allgemeinheit als das überwiegende ansehen und über das Interesse setzen müssen, das der Verbrecher an der Geheimhaltung des Tages seiner Entlassung aus der Krankenanstalt hat. Jedenfalls ist der Arzt in solchen Fällen, wenn nicht verpflichtet, so doch mindestens berechtigt, dem Ersuchen der Polizei oder der Staatsanwaltschaft nachzukommen. In minder schweren Fällen einer strafbaren Handlung wird die Pflicht zur Geheimhaltung über die zur Bekanntgabe des Entlassungstages zu stellen sein; der Arzt hat also das Ersuchen abzulehnen.

Die Beantwortung der Frage setzt voraus, daß dem ärztlichen Direktor seitens der Staatsanwaltschaft oder der Polizei mitgeteilt wird, was den Gegenstand der Strafverfolgung bildet. Erfolgt eine solche Mitteilung nicht, so wird das Ersuchen ohne weiteres abzulehnen sein. Wird der Grund der bevorstehenden Verhaftung angegeben, so hat der ärztliche Direktor die gegenüberstehenden Interessen abzuwägen und danach zu handeln. Hat er eine solche Abwägung pflichtgemäß vorge-

nommen, so kann er weder von der einen noch von der anderen Seite für sein Handeln verantwortlich gemacht werden.

Liegt eine unbefugte Offenbarung eines Geheimnisses vor, so steht, abgesehen von dem Strafantrag, dem Verletzten naturgemäß die Möglichkeit zu, wegen einer nachgewiesenen materiellen Schädigung Haftpflichtansprüche gegen den Arzt zu stellen. Es liegen uns 2 Fälle vor, bei denen die Ärzte wegen widerrechtlicher Aussage haftbar gemacht wurden. In dem einen war dem Arbeitgeber eine Mitteilung über Geistes- bzw. Erbkrankheit seines Angestellten gemacht worden, und in dem anderen war einer Dienstbehörde Auskunft erteilt worden über eine notwendige Alkoholentziehungskur eines Beamten, der daraufhin entlassen wurde.

Über die *Aufklärungspflicht* bestehen im allgemeinen noch wesentliche Unterschiede zwischen der ärztlichen Auffassung und den für die Rechtsprechung maßgebenden Gesichtspunkten. Unvorhergesehene Zwischenfälle können bei jeder medizinischen Behandlungsmethode eintreten, besonders natürlich auf chirurgischem Gebiet. Soll nun der Arzt den Patienten vorher über alle Gefahren aufklären? Es soll vor Beginn der Behandlung ein Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt hergestellt sein; dazu gehört besonders für den Operateur, daß er durch sicheres Auftreten den Patienten zu der notwendigen Operation ermutigt. Es würde daher jeder Ethik widersprechen und auch eine Einengung der Handlungsfreiheit bedeuten, wenn der Arzt durch Mitteilung aller Komplikationsmöglichkeiten Besorgnisse hervorrufen würde, die den Patienten wieder zur Unterlassung eines bisweilen lebensrettenden Eingriffes bestimmen könnten. Die Praxis lehrt vielmehr, daß die Frage nach der Gefährlichkeit einer Operation wohl von den meisten Patienten und ihren Angehörigen gestellt wird; eine klare Beantwortung ist aber für den Arzt weder möglich noch ratsam.

In dieser Richtung mußte auch die Begutachtung eines gestörten Heilungsverlaufes bei operativer Behandlung einer *Mondbeinmalacie* zu einem ablehnenden Ergebnis kommen.

Dem Patienten hatte sein Arzt geraten, sich operieren zu lassen, da sonst eine Verschlimmerung zu befürchten sei, nachdem eine dreijährige konservative Behandlung ohne Ergebnis geblieben war. Der Eingriff wurde als geringfügig bezeichnet; auch der Vertrauensarzt der Krankenkasse riet dringend zur Operation. — Diese wurde in Narkose vorgenommen, und der einen großen Erweichungsherd enthaltende Knochen wurde sachgemäß entfernt. Es kam zu einer postoperativen Infektion, die mehrere Inzisionen zur Eiterentleerung notwendig machte. Das Ergebnis war eine Versteifung des Handgelenks und Einschränkung der Beugefähigkeit der Langfinger.

Die Frage, betreffend Verschulden des Arztes, wurde im Gutachten verneint. „Wenn auch Infektionen nach aseptischen Operationen zu Seltenheiten gehören, so lehrt doch die Erfahrung, daß diese Möglichkeit niemals, auch bei Durchführung strengster Asepsis, gänzlich ausgeschaltet werden kann. Es ist unmöglich, späterhin

festzustellen, wodurch Eitererreger in die Operationswunde hineingelangten, und man muß in solchen Fällen die Tatsache der Infektion als einen unglücklichen Zufall ansehen. Solche Zufälle kommen bei allen Operationsarten gelegentlich immer wieder einmal vor, ohne daß dabei dem Operateur ein Verschulden vorgeworfen werden kann.“ — Der größere Nachdruck wurde von dem Patienten auf den zweiten Vorwurf gelegt, daß er *vorher nicht auf die Möglichkeit des Mißlingens der Operation aufmerksam gemacht* worden sei. Zu dieser Frage nahm der Gutachter folgenden Standpunkt ein: „Die Beratungspflicht darf nicht überspannt werden, sonst müßte jedem Patienten, dem eine operative Behandlung vorgeschlagen sei, immer gesagt werden, daß mit unglücklichen Zufällen zu rechnen sei, die Komplikationen mit sich bringen können. Dann würde aber schließlich jedes Vertrauen vom Patienten zum Arzt von vornherein unterbunden sein, und die Folge wäre, daß viele notwendige Operationen zum Schaden der Menschheit unterbleiben würden. Im vorliegenden Fall ist aus dem Schrifttum bekannt, daß bei ungestörtem Wundverlauf die operative Entfernung des Mondbeins gute Heilungsergebnisse zeitigt, und auch eine vollständige Funktion des Handgelenks zurückbleibt. Es ist daher aus der Unterlassung der Angabe, daß eine Infektion möglicherweise auftreten könnte, den Ärzten des Krankenhauses kein Vorwurf zu machen.“

Die Rechtsprechung des Reichsgerichts hat sich zur Frage der Aufklärungspflicht in einer den Ärzten ungünstigen Richtung entwickelt. Auszugehen ist von dem in der amtlichen Entscheidungssammlung Bd.78, S. 433 abgedruckten Urteil vom 1. März 1912. Diese dem Arzte günstige Erkenntnis gipfelt in dem Satze: „Eine Verpflichtung des Arztes, den Kranken auf alle nachteiligen Folgen aufmerksam zu machen, die möglicherweise bei einer dem Kranken angeratenen Operation entstehen können, kann nicht anerkannt werden. Die Annahme einer derartigen Verpflichtung läßt sich weder aus der Übung der pflichtgetreuen und sorgfältigen Vertreter des ärztlichen Berufes, noch aus inneren Gründen herleiten. Eine umfassende Belehrung des Kranken über alle möglichen nachteiligen Folgen der Operation würde nicht selten sogar falsch sein, sei es, daß der Kranke dadurch abgeschreckt wird, sich der Operation zu unterwerfen, obwohl sie trotz der damit verbundenen Gefahren geboten oder doch zweckmäßig ist, sei es, daß der Kranke durch die Vorstellung der mit der Operation verbundenen Gefahren in Angst und Erregung versetzt, und so der günstige Verlauf der Operation und der Heilung gefährdet wird.“

Den gleichen dem Arzte günstigen Standpunkt nimmt das Reichsgericht in einem Urteil vom 4. Mai 1920 (abgedruckt in WARNEYERS Rechtsprechung des Reichsgerichts 1920, Nr. 109) ein. Hier hatte der Arzt beim Patienten eine *Salvarsaneinspritzung* vorgenommen, die den Verlust des Gehörs des Patienten zur Folge hatte. Obwohl der Arzt vorher erklärt hatte, er werde den Patienten durch die Einspritzung vollständig heilen, wurde die auf Schadensersatz gerichtete Klage des Patienten abgewiesen. Eine Verpflichtung des Arztes, letzteren vor der Einspritzung auf die Möglichkeit ihrer schädlichen Folgen aufmerksam zu machen, wurde verneint, trotz der Annahme, der Arzt könne nicht

übersehen haben, daß erhebliche Schädigungen der Kranken durch Salvarsaneinspritzungen möglich seien. Der Arzt wurde namentlich deshalb als entschuldigt angesehen, weil er die Anwendung von Salvarsan für unbedingt erforderlich gehalten und nach den zu jener Zeit vielfach vertretenen Anschauungen die dem Patienten drohenden Gefahren nicht allzu hoch eingeschätzt hatte.

An dieser dem Arzt günstigen Ansicht hat das Reichsgericht in späteren Urteilen nicht mehr unbedingt festgehalten. So sinnt das Urteil des Reichsgerichts vom 19. Mai 1931 dem Arzte an, den Patienten vor der Operation über alle möglichen Folgen und Nebenwirkungen der Operation eingehend zu belehren und legt ihm Fahrlässigkeit zur Last, wenn er vom ärztlichen Standpunkt aus die Folgen einer Operation nicht völlig überblicken kann und trotzdem sich über die Folgen in einer solchen Weise äußert, daß der Patient mit dem gewünschten Erfolg des Eingriffs und dem Ausschluß von Nebenwirkungen rechnet.

Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Die anfangs 1885 geborene Klägerin litt an einer linksseitigen Unterleibsgeschwulst, welche sich im Laufe der Zeit vergrößerte. Anfangs 1928 begab sie sich in die Behandlung des Beklagten, welcher ihr nach mehrfachen Untersuchungen zu einer operativen Entfernung der Geschwulst riet. Die Klägerin war damals verlobt und befürchtete, durch die Operation ihre monatliche Regel und ihre Gebärfähigkeit zu verlieren. Sie willigte aber schließlich in die Vornahme der Operation durch den Beklagten ein, welche am 8. Februar 1929 stattfand. Die Geschwulst wurde entfernt. In der Folgezeit blieb die Regel bei der Klägerin aus, sie ist nicht mehr gebärfähig. Infolgedessen ging ihre Verlobung zurück, die Klägerin geriet in einen Zustand starker seelischer Niedergeschlagenheit und kam körperlich sehr herunter. — Die Klägerin machte den Beklagten für den ihr infolge der Operation entstandenen Schaden, insbesondere auch für den Verlust ihrer Arbeitskraft verantwortlich. Sie beantragte im Prozeß, ihn zur Zahlung von 1000 RM. zu verurteilen und seine weitergehende Schadenersatzpflicht festzustellen, indem sie behauptete, sie habe sich zu der Operation lediglich entschlossen, weil der Beklagte ihr vorher ausdrücklich zugesichert habe, ihre Gebärfähigkeit werde erhalten bleiben. Sie habe vorher ihre Gebärfähigkeit noch gehabt. Der Beklagte habe diese dadurch vernichtet, daß er ohne ihre Einwilligung die ganze Gebärmutter und die beiden Eierstöcke herausgenommen habe. Diese Zerstörung sei unnötig gewesen, da die Geschwulst ihr keinerlei Beschwerden vorher verursacht habe. Durch den Verlust ihrer Periode sei sie vorzeitig in das Klimakterium gekommen und hierdurch in ihrer Gesundheit geschädigt worden.

Der Beklagte wendete ein, die Operation sei für die Klägerin lebensnotwendig gewesen und von ihm nach bestem Können ausgeführt worden. Den Hals der Gebärmutter und den rechten Eierstock habe er zurückgelassen, die übrigen Teile habe er wegen Entzündung und wegen des Zusammenhangs mit der Geschwulst entfernen müssen. — Während das Landgericht und das Oberlandesgericht die Klage abwiesen, hob das Reichsgericht, 3. Zivilsenat, am 19. Mai 1931 das Berufungsurteil auf und wies die Sache zur nochmaligen Verhandlung und Entscheidung in die Vorinstanz zurück; es führte zur Begründung seines Urteils an:

„Der Berufungsrichter hat die Richtigkeit der Behauptung der Klägerin unterstellt, sie habe ihre Einwilligung zur Operation nur im Hinblick auf die bestimmte Erklärung des Beklagten erteilt, daß ihre Gebärfähigkeit erhalten bleiben würde.

Es ist also für die Beurteilung seitens des Revisionsgerichts von der Richtigkeit dieser Behauptung der Klägerin auszugehen. Der Berufsrichter hat verneint, daß der Beklagte durch seine Voraussage eine rechtsgeschäftliche Garantie übernehmen konnte und wollte. Diese Auslegung steht im Einklang mit der allgemeinen Lebenserfahrung. Der Arzt, der eine Operation wegen einer Neubildung an einem inneren Organ übernimmt, wird niemals vor Ausführung der Operation den Zustand des Leidens und den Umfang des notwendigen Eingriffs vollständig überblicken können. Es kann daher im allgemeinen nicht angenommen werden, daß er durch eine Äußerung über den voraussichtlichen Erfolg der Operation auch das rechtsgeschäftliche Einstehen für den Erfolg im Sinne der Übernahme einer Gewähr zusagen will (vgl. auch WarnRspr. 1920, Nr. 109).

Die Revision leitet eine Haftung des Beklagten zunächst aus einer schuldhaften Verletzung der Beratungspflicht her. Sie führt aus, der Beklagte habe aus dem ursprünglichen Ablehnen seitens der Klägerin und ihren wiederholten eindeutigen und bestimmten Fragen erkennen müssen, daß es der Klägerin wesentlich auf die Erhaltung ihrer Fähigkeiten in geschlechtlicher Beziehung angekommen sei. Er hätte erkennen müssen, daß die Gefahr des Verlustes sie in ihrem Fühlen und Denken stark beeinflussen mußte. Er habe deshalb, da er vom ärztlichen Standpunkt aus eine unbedingte Zusicherung nicht habe geben können, diese überhaupt ablehnen müssen. Es ist nicht zu verkennen, daß ein Arzt, der vom ärztlichen Standpunkt aus die Folgen einer Operation nicht völlig überblicken kann und trotzdem sich über die Folgen in bestimmter Weise äußert, unter Umständen fahrlässig handelt, wenn er erkennen kann, daß der Patient auf die möglichen Folgen Gewicht legt und im Vertrauen auf die Erklärung des Arztes seine EntschlieÙung trifft, ob er überhaupt die Operation vornehmen lassen will. Es kann vielmehr in einem solchen Fall die Pflicht eines gewissenhaften Arztes sein, den Patienten vor Ausführung der Operation dahin zu belehren, daß der Eingriff nicht unbedingt den gewünschten Erfolg verspreche, oder daß er gewisse Nebenwirkungen nicht ausschlieÙe. Denn abgesehen von dem Ausnahmefall, daß Gefahr im Verzuge besteht, bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten zur Vornahme einer Operation (RGZ. 68, 433). Er darf daher auch die EntschlieÙung des Patienten über die Vornahme der Operation nicht durch Erklärungen irreleiten, welche geeignet sind, bei dem Patienten einen für seine EntschlieÙung wesentlichen Irrtum hervorzurufen. Andernfalls haftet er wegen Verletzung seiner allgemeinen Beratungspflicht, sofern nicht örtliche Rücksichten sein Verhalten zu rechtfertigen vermögen.

Es ist nun der Revision insoweit recht zu geben, daß, wenn auch der behaupteten Erklärung des Beklagten eine rechtsgeschäftliche Garantie nicht zu entnehmen ist, sie doch von der Klägerin dahin aufgefaßt werden konnte, daß die bestimmte Ansicht des Beklagten dahin ging, die zur Aufrechterhaltung der geschlechtlichen Funktion notwendigen Teile würden erhalten werden können. Eine Einschränkung dieser Erklärung dahin, daß erst der bei der Operation festgestellte innere Befund entscheidend sein müsse, konnte ihr dagegen nicht ohne weiteres entnommen werden. Würde in den Erklärungen des Beklagten, wie sie die Klägerin behauptet, — falls der Beklagte sie nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaft nicht abgeben konnte und durfte, — eine schuldhafte Verletzung der Beratungspflicht zu finden sein, so würde der Beklagte, sofern auch weiterhin anzunehmen ist, daß die Operation unterblieben wäre, für einen Schaden haften, den die Klägerin dadurch erlitt, daß sie den Angaben des Beklagten vertraute und die Operation im Vertrauen auf die Versicherung an sich vornehmen ließ. Zur Prüfung der Frage, ob der Klägerin ein dahingehender Schaden entstanden ist, muß also die Vermögenslage der Klägerin vor Ausführung der Operation mit derjenigen, wie sie sich in ursächlicher Verkettung mit dem Eingriff entwickelt

hat, verglichen werden, — Der Berufsrichter hat nun allerdings festgestellt, daß die Operation zur Erhaltung der Gesundheit und des Lebens der Klägerin notwendig, und der Eingriff zur Errettung der Klägerin unvermeidlich war. Es war also nach dieser Feststellung das Leben der Klägerin durch die Geschwulst unmittelbar bedroht, und bei Unterlassung der Operation hätte die Klägerin mit ihrem Ableben rechnen müssen. Trotzdem kann nicht von vornherein verneint werden, daß der Klägerin durch die Ausführung der Operation ein Schaden entstanden ist. Zum mindesten hätte sie die Kosten für die Operation erspart. Der Rechtsstreit bedarf daher einer tatsächlichen Klärung nach der Seite, ob der Beklagte tatsächlich schuldhaft seine Beratungspflicht verletzt hat, und ob im ursächlichen Zusammenhang hiermit der Klägerin ein Schaden entstanden ist. Das angefochtene Urteil unterlag daher der Aufhebung, und die Sache war zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.“

Das Urteil steckt die Grenzen für die Haftung des eine Operation vornehmenden Arztes sehr weit, wenn es dem Arzt die Pflicht auferlegt, den Patienten vor der Operation über alle möglichen Folgen und Nebenwirkungen der Operation eingehend zu belehren. In hohem Maße bedenklich ist der Ausspruch, daß der Arzt haftbar wegen des durch die Operation entstandenen Schadens selbst dann sei, wenn die Operation zur Erhaltung des Lebens des Patienten unvermeidlich war.

Den strengeren Maßstab an die Aufklärungspflicht des Arztes legt das Reichsgericht auch in einem Urteil vom 17. April 1934 (III 27/34) an. Der Fall lag folgendermaßen: Die Ehefrau eines Kraftwagenführers S. suchte am 6. November 1929 die Chirurgische Poliklinik der klagenden Stadtgemeinde zur entgeltlichen Behandlung ihrer Krampfadern am rechten Unterschenkel auf. Der damals dort ärztlich tätige Beklagte machte ihr zwecks Krampfaderverödung eine Varicophtineinspritzung. Diese führte zu einer schweren gesundheitlichen Schädigung. Der Ehemann S. erhob deswegen in einem Vorprozeß Klage und verlangte von der jetzigen Klägerin Erstattung von durch die Gesundheitsschädigung seiner Frau verursachten 1339,10 RM. Kosten und Feststellung der Verpflichtung der damaligen Beklagten, auch den weiteren ihm und seiner Ehefrau infolge der Einspritzung schon entstandenen und noch entstehenden Schaden zu ersetzen.

Das Landgericht gab der Klage statt. Das rechtskräftig gewordene Urteil hält es nicht für erwiesen, daß der jetzige Beklagte bei dem ärztlichen Eingriff schuldhaft einen Kunstfehler begangen habe, stellt jedoch fest, daß er der Frau S. auf Befragen den Eingriff als völlig ungefährlich bezeichnet hat, obwohl er die Unrichtigkeit dieser Auskunft kannte, und daß Frau S. bei richtiger Auskunft den Eingriff nicht hätte vornehmen lassen. Es legt dem jetzigen Beklagten deshalb ein Verschulden bei Vertragsschluß zur Last und bejaht danach eine vertragliche Schadensersatzpflicht der Klägerin, die nach § 278 BGB. für das Verschulden des jetzigen Beklagten als ihres Erfüllungsgehilfen einzustehen habe.

In dem neuen, durch das Urteil des Reichsgerichts vom 17. April 1934 beendeten Prozeß verlangte die im Vorprozeß verurteilte Stadtgemeinde von dem Arzt Ersatz der Beträge, die sie auf Grund des Urteils im Vorprozeß zu leisten hat. Diesem Verlangen wurde stattgegeben; das Rückgriffsrecht der Klägerin wurde insbesondere daraus hergeleitet, daß der beklagte Arzt der klagenden Stadt gegenüber verpflichtet gewesen sei, bei Beratung und Behandlung der Kranken in der Poliklinik mit jeder gebotenen Sorgfalt zu verfahren, so daß die Klägerin dabei keinen Schaden erlitt. Gegenüber dem Einwand der Beklagten, „seine Erklärung der Frau S. gegenüber sei lediglich beruhigender Natur gewesen und habe den ärztlichen Erfahrungen entsprochen; mit der ganz unvorhergesehenen Wirkung auf die Kranke sei bei der allgemein ungefährlichen Einspritzung nicht zu rechnen gewesen“, verweist das Reichsgericht auf die Feststellungen im Vorprozeß, wonach der Beklagte gewußt hat, daß der Eingriff nicht völlig ungefährlich war und mit seiner unrichtigen Auskunft keine bloß beruhigende und deshalb statthafte Erklärung abgegeben, sondern überhaupt erst die Einwilligung der Frau S. in die Vornahme des Eingriffs herbeigeführt hat. Das Reichsgericht erachtet hiernach den Beklagten, und zwar auch der klagenden Stadt gegenüber für die Verletzung der Aufklärungspflicht, die er gegen die operierte Patientin hatte, für verantwortlich. Diese Haftung nimmt es selbst dann an, wenn der Arzt bei Ausführung der Operation, über deren mögliche Folgen er nicht richtig aufgeklärt hat, keinen Kunstfehler begangen hat. Die Schadensersatzpflicht wird bejaht, weil der beklagte Arzt der Patientin auf Befragen vor Vornahme des ärztlichen Eingriffs die unrichtige Auskunft gegeben hat, daß der Eingriff völlig ungefährlich sei.

Unter den Fragenkomplex über die Aufklärungspflicht gehört auch die Frage, ob der Arzt unter Umständen dem Kranken den *Charakter seiner Krankheit* — insbesondere *Krebs* — verschweigen muß. Hierüber spricht sich das Reichsgericht in einem Urteil vom 29. Februar 1932 (2 D 57/32) folgendermaßen aus:

Auch bei schweren Erkrankungen, wie bei Krebs, hat der Kranke das Interesse und den Anspruch, von dem Heilbehandler (Arzt oder Naturheilkundigen), dem er sich anvertraut, wahrheitsgemäß über die Natur seines Leidens unterrichtet zu werden. Er kann nur dann sich sachgemäß darüber entscheiden, ob er sich überhaupt einer Heilbehandlung und welcher er sich unterziehen, ob er insbesondere noch einen Arzt über etwaige Notwendigkeiten operativer Behandlung befragen will. Volle Aufklärung ist vornehmlich geboten, wenn sie zu Heilzwecken erforderlich erscheint. Nur nebenbei ist auch darauf hinzuweisen, daß der Kranke, besonders bei einer gefährlichen Erkrankung, völlige Aufklärung regelmäßig nötig haben wird, um seine häuslichen und geschäftlichen Angelegenheiten dementsprechend bestellen zu können. Auch einen Krebskranken hat also der Heilbehandler wahrheitsgemäß über sein Leiden — wenn auch nicht notwendig über alle Einzelheiten und Folgen — aufzuklären, soweit nicht daraus aus besonderen Gründen des Einzel-

fallens eine Beeinträchtigung der Heilung zu befürchten ist. Unter Umständen wird die Persönlichkeit des Kranken, sein körperliches und seelisches Befinden, erregtes Gemütsleben, hypochondrische Verstimmungszustände, gesteigerte Krebsfurcht, ausnahmsweise von der Verpflichtung zur völligen Aufklärung befreien.

Die Art, wie der Heilbehandler den Kranken wahrheitsgemäß aufklärt, ist in der Hauptsache eine Frage des ärztlichen Taktes. Nicht jede Verletzung des Taktes enthält aber schon einen ärztlichen Kunstfehler. Ob ein solcher im Einzelfall vorliegt — sei es, weil mit Rücksicht auf die gegebenen und bei der gebotenen Sorgfalt erkennbaren besonderen Umstände die unbeschränkte Kundgebung der Wahrheit überhaupt, sei es, weil die Art, in der sie erfolgte, die Heilung nach den Erfahrungen und Lehren der ärztlichen Wissenschaft nur ungünstig beeinflussen konnte —, wird regelmäßig nur durch Vernehmung von Sachverständigen zu ermitteln sein.

Im Hinblick auf die oben dargelegten Richtlinien erscheint es zur Vermeidung unliebsamer Schadenprozesse äußerst ratsam, vor der Vornahme einer Operation den Patienten über alle Folgen und Nebenwirkungen aufzuklären, die im Bereiche der Möglichkeit liegen. Dies gilt namentlich dann, wenn der Arzt aus den Erklärungen des Patienten erkannt hat, daß dieser auf gewisse mögliche Folgen Gewicht legt. Eine besondere Vorsicht des Arztes bei der Abgabe einer Versicherung, der Eingriff sei „völlig ungefährlich“, erscheint namentlich dann geboten, wenn der Patient erklärt, er wolle sich nur operieren lassen, wenn die Operation nach dem Stande der Wissenschaft als durchaus ungefährlich anzusehen sei.

Aus dem Urteil des Reichsgerichts vom 11. Dezember 1934 (III V 28/34) ist der Grundsatz zu entnehmen, daß der Arzt unter Umständen sogar verpflichtet ist, den Patienten über alle möglichen Folgen der Operation aufzuklären. In dem betreffenden Falle war das Berufungsgericht davon ausgegangen, daß ein Arzt, der von einem Patienten nach seiner Meinung über eine vorzunehmende Operation befragt wird, daraufhin seinen Rat erteilt und im Anschluß hieran mit der Vornahme der Operation beauftragt wird, in ein Vertragsverhältnis zu dem Patienten getreten ist, das einheitlich Beratung und Operation umfaßt, und das ihn verpflichtet, in jedem Zeitpunkte dieses Vertragsverhältnisses mit der Sorgfalt eines ordentlichen Arztes zu handeln. Es hat weiter erwogen, daß zwar eine Verpflichtung des Arztes schlechthin, den Patienten mit der Beratung auf alle nachteiligen Folgen einer Operation aufmerksam zu machen, nicht anzuerkennen sei, daß aber der Arzt dann, wenn der Patient klar und bewußt zum Ausdruck bringe, er wünsche über alle möglichen Folgen der Operation aufgeklärt zu sein, sich hierüber eingehend, nach pflichtgemäßer, den Anforderungen der Wissenschaft genügender Prüfung des gesamten Sachverhalts zu äußern habe.

Diese grundsätzliche Einstellung des Berufungsgerichts hat das Reichsgericht vom Rechtsstandpunkt aus gebilligt. Über die Aufklärungspflicht vor Vornahme einer Radikaloperation s. das unter V 20 mitgeteilte Urteil des Reichsgerichts vom 27. September 1935.

2. Ärztliche Begutachtung.

Die wichtige Aufgabe, die der Gutachter bei Streitfällen zu erfüllen hat, verlangt Unparteilichkeit und strenge Objektivität. Das ärztliche Gutachten muß das Ziel verfolgen, die medizinischen Grundlagen zu schaffen, nach denen die Verwaltungs- oder Spruchinstanzen ihr Urteil fällen können; dabei müssen wissenschaftlich erprobte Richtlinien im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt werden. Daneben bedarf der Gutachter noch dreier vornehmer Eigenschaften: gesunden Menschenverstand, saubere Hände und hohe Verantwortungsfreudigkeit.

Die praktische Ausübung der Sachverständigentätigkeit ist häufig schwierig, besonders wenn es sich um Klärung ärztlicher Haftpflichtfälle handelt. Wer hierbei frei von Vorurteilen und Gefühlsmomenten und gestützt auf sein Wissens- und Erfahrungsgebiet der Erforschung der Wahrheit dient, stärkt auch das Ansehen der Medizin und wirkt als ein wesentliches Glied in der praktischen Rechtspflege.

Über die *Auswahl des ärztlichen Gutachters* haben früher lebhaftere Erörterungen bestanden. In unserer Zeit, wo die einzelnen medizinischen Fachgebiete von selbst den Weg weisen, treten kaum noch Schwierigkeiten auf. Die Eignung zum Gutachter wird zumeist von nichtärztlicher Seite entschieden, nämlich von den Organen der Spruchinstanzen und Verwaltungsbehörden. Die obergutachtliche Tätigkeit setzt naturgemäß auch ein höheres Maß von Erfahrung voraus. Wenn auch nach höchstrichterlicher Entscheidung die Betrauung eines Assistenten mit der Abfassung des Gutachtens zulässig ist, so erscheint es doch als selbstverständliche Pflicht, daß die Beurteilung durch den Sachverständigen selbst erfolgt.

Daß die Auswahl des Gutachters nicht selten beanstandet wird, ist bekannt. Es muß aber grundsätzlich mit Entschiedenheit dagegen Stellung genommen werden, daß das für eine Partei erstattete Gutachten als sogenanntes „Privatgutachten“ in seiner Objektivität angezweifelt oder gar abgelehnt wird. Dieses Verfahren ist nicht nur unbegründet, sondern auch unlogisch; es wird nämlich von einer Versicherungsgesellschaft verlangt, bei einem gemeldeten Haftpflichtfall sofort in eine Klärung desselben einzutreten. Wie soll das bei Haftpflichtansprüchen gegen Ärzte möglich sein ohne Zuziehung eines medizinischen Sachverständigen?

Ein Erkenntnis des Oberlandesgerichts Stuttgart, das als Fehlentscheidung bezeichnet werden muß, und gegen das bereits an anderer Stelle Verwahrung eingelegt worden ist, ist wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Frage auch hier zu erörtern. Der Fall lag folgendermaßen:

Am 27. Juli 1936 wurde der Volksschüler W. G. von einem Lastkraftwagen der B. Brauhaus AG. angefahren. Er erlitt dadurch u. a. einen Splitterbruch des

linken Oberschenkels im unteren Drittel nach dem Kniegelenk zu. Er wurde ins Krankenhaus zu M. verbracht, wo der Knochenbruch durch einen Streckverband unter Verwendung eines Nagels behandelt wurde. Der Streckverband lag 4 Wochen, die Nachbehandlung dauerte weitere 10 Wochen. Der Verletzte hat gegen die Brauhaus AG. Klage erhoben. Bezüglich des geltend gemachten Schmerzensgeldes und Sachschadens haben sich die Parteien auf Zahlung von 1063 RM. geeinigt. Außerdem hat W. G. die Feststellung der Ersatzpflicht für künftigen Schaden verlangt und zu diesem Zwecke die Bewilligung des Armenrechts beantragt. Das Landgericht H. hat gemäß § 118a ZPO. die Brauhaus AG. gehört. Diese hat ein Gutachten des Oberarztes der Chirurgischen Klinik zu H., Professor Dr. X., vorgelegt, das zu folgendem Ergebnis gelangt:

Bei dem Jungen W. G. findet sich der Zustand nach einem knöchern geheilten Oberschenkelbruch links. Die Stellung ist im seitlichen Bild sehr gut, in der Aufnahme von vorn nach hinten etwas nach innen verschoben. Außerdem besteht ein leichter Kniegelenkserguß, der die Klagen des Jungen berechtigt erscheinen läßt. Die geringe Verschiebung hat, insbesondere bei dem Alter des Jungen, keinerlei Bedeutung. Es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß der Junge wieder voll leistungsfähig werden wird. Die durch den Unfall bedingte Erwerbsminderung schätze ich während des Klinikaufenthaltes auf 100 %, also ungefähr bis zum 15. November 1936, vom 15. November 1936 bis 15. Dezember 1936 70 %, vom 15. Dezember 1936 bis 15. Januar 1937 50 %, vom 15. Januar bis 1 Jahr nach dem Unfall, also bis 27. Juli 1937, 25%. Hiernach dürfte keine meßbare Erwerbsminderung mehr bestehen.

Daraufhin hat das Landgericht das erbetene Armenrecht versagt. Dagegen hat das Oberlandesgericht Stuttgart auf die erhobene Beschwerde das Armenrecht in dem Beschlusse vom 7. Juli 1937 (5 W 85/37) bewilligt und dazu ausgeführt: „Das Gutachten von Prof. Dr. X. in H. verneint zwar die Wahrscheinlichkeit späterer Unfallfolgen. Dieses Gutachten ist aber privat den Beklagten erstattet und infolgedessen keine ausreichende Entscheidungsgrundlage. Die Erfahrung des täglichen Lebens läßt künftige Folgen nach einer so schweren Beschädigung, wie sie hier erfolgt ist, glaubhaft erscheinen. Das Armenrecht ist daher zu bewilligen.“

Die schweren Bedenken, die gegen diesen Beschluß zu erheben sind, bewegen sich vornehmlich in zwei Richtungen. Zu beanstanden ist in erster Linie der Satz: „Das Gutachten ist privat den Beklagten erstattet und infolgedessen keine ausreichende Entscheidungsgrundlage.“ Das Oberlandesgericht übersieht hierbei zunächst, daß das Gutachten gar nicht zu dem Zwecke überreicht worden ist, um als Grundlage für die künftige Sachentscheidung zu dienen, sondern lediglich zu dem Zwecke, um darzutun, ob „die beabsichtigte Rechtsverfolgung eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint“. Denn nur wenn das der Fall, wenn also eine hinreichende Aussicht auf Erfolg glaubhaft gemacht ist, darf nach § 114 ZPO. n. F. das Armenrecht bewilligt werden. Die neue, auf dem Gesetz vom 27. Oktober 1933 beruhende Fassung dieser Vorschrift entspricht dem nationalsozialistischen Rechtsempfinden, wonach ein unnötiger Prozeß und ein Prozessieren auf Kosten der Allgemeinheit möglichst vermieden werden soll. Diesem Zweck dient auch das gleichfalls durch das Gesetz vom 27. Oktober 1933 eingeführte Ermittlungsverfahren gemäß § 118a ZPO. n. F. Danach kann das Gericht

verlangen, daß der Antragsteller seine tatsächlichen Angaben glaubhaft macht, und es soll vor der Bewilligung des Armenrechts den Gegner hören. Dieses Gehör soll dem Gegner Gelegenheit geben, zu dem Gesuch Stellung zu nehmen und seinerseits eine etwaige Aussichtslosigkeit der beabsichtigten Rechtsverfolgung glaubhaft zu machen. Ein besonders geeignetes Mittel für eine solche Glaubhaftmachung ist die Beibringung eines Gutachtens, das eben nach der Lage der Sache nur ein privates sein kann. Da nach § 114 ZPO. n. F. die Rechtsverfolgung hinreichend erfolgversprechend und nicht mutwillig sein darf, wenn das Armenrecht bewilligt werden soll, so muß der Erfolg zwar nicht gewiß, aber immerhin wahrscheinlich sein. Der Rechtsstandpunkt der armen Partei muß sich nach den Erhebungen gemäß § 118a n. F. mit Aussicht auf Erfolg vertreten lassen. Ergeben diese Erhebungen, insbesondere ein vom Gegner der armen Partei beigebrachtes Privatgutachten, daß ein Erfolg nicht wahrscheinlich sei, so ist das Armenrecht zu versagen. Das Beiseiteschieben des von der Beklagten beigebrachten ärztlichen Gutachtens mit dem Bemerkten, es sei privat erstattet und infolgedessen keine ausreichende Entscheidungsgrundlage, entspricht also nicht dem Gesetz und verkennt die Bedeutung der Vorschrift des § 118a. n. F., die gerade den Parteien die Möglichkeit eröffnet, durch ihrerseits beigebrachte Beweismittel die Erfolgsaussicht oder die Aussichtslosigkeit der beabsichtigten Rechtsverfolgung glaubhaft zu machen.

Noch viel bedenklicher ist der zweite Grund, auf den das Oberlandesgericht seine Entscheidung stützt. Wenn es sagt: „Die Erfahrung des täglichen Lebens läßt künftige Folgen nach einer so schweren Beschädigung, wie sie hier erfolgt ist, glaubhaft erscheinen“, so bewertet es die „Erfahrung des täglichen Lebens“ höher als das Gutachten eines anerkannten autoritativen Sachverständigen, der die Wahrscheinlichkeit späterer Unfallfolgen verneint hatte. Damit stellt es die Sache auf den Kopf. Man kann wohl zunächst im allgemeinen, ohne auf die Einzelheiten des besonderen Falles einzugehen, sagen, die Erfahrung des täglichen Lebens lasse künftige Folgen wahrscheinlich erscheinen. Wenn aber dann eine Kapazität auf chirurgischem Gebiet den Fall im einzelnen prüft und auf Grund dieser fachkundigen Prüfung, seiner ärztlichen Kenntnisse und seiner langjährigen praktischen Erfahrung zu dem entgegengesetzten Ergebnis gelangt, dann gebührt diesem Urteil einer medizinischen Autorität der Vorzug vor der allgemeinen Berufung auf die „Erfahrung des täglichen Lebens“. *So einfach, daß man rein schematisch Oberschenkelbrüche beurteilen könnte, ist der biologische Ablauf derselben nicht.* Mag auch der Laie (auf medizinischem Gebiet) annehmen, nach der Erfahrung des täglichen Lebens seien bei einem Oberschenkelbruch künftige Folgen wahrscheinlich, so muß doch diese allgemeine Betrachtung zurücktreten hinter dem Gutachten eines Sach-

verständigen, der nach Lage des besonderen Falles die Wahrscheinlichkeit späterer Unfallfolgen verneint. *Die allgemeine Lebenserfahrung* beruht nicht auf der Beobachtung von Einzeltatsachen und *hat keine Beziehung zum konkreten Einzelfall*. Führt die Prüfung des besonderen Falles seitens eines fachkundigen Sachverständigen zu einem von der allgemeinen Lebenserfahrung abweichenden Ergebnis, so kann die allgemeine Lebenserfahrung auf diesen besonderen Fall nicht angewendet werden. Dürfte sich der Richter in einem Falle wie dem vorliegenden unter Bezugnahme auf die „Erfahrung des täglichen Lebens“ über das Gutachten einer medizinischen Autorität hinwegsetzen, so wäre die Beziehung von Gutachten überhaupt zwecklos und das von der Regierung des Dritten Reiches gesetzlich eingeführte Ermittlungsverfahren gemäß § 118a ZPO., soweit es die Glaubhaftmachung der für oder gegen die Erfolgsaussicht des Prozesses sprechenden Umstände betrifft, ohne alle Bedeutung.

Die Stellung des *behandelnden Arztes als Gutachter* ist ohne Zweifel viel schwieriger als die des auf neutralem Boden stehenden Obergutachters. Es ist bekannt, daß bisweilen für manche Ärzte die Erstattung eines Gutachtens eine schwere seelische Belastung mit sich bringt. Die Schwierigkeiten für den Praktiker auf dem Lande oder in kleinen Städten, bei der Beurteilung z.B. von Unfallfolgen objektiv zu bleiben, sind zwar erklärlich, aber eine ungerechtfertigte Festsetzung ist niemals entschuldbar. Es ist in letzter Zeit auch zu beobachten, daß behandelnde Ärzte von sich aus die Betrauung eines Facharztes für die Begutachtung vorschlagen.

Neben der erwähnten Ablehnung ärztlicher Gutachten kommt es nun auch nicht selten zu Anfechtungen wegen Irrtümern oder Fahrlässigkeit auf dem *Haftpflichtwege*. Von den uns vorliegenden Fällen wurden die Ansprüche begründet einmal mit ungenügender Untersuchung, sowie ferner mit Erstattung eines wider besseres Wissen für den Patienten ungünstigen Gutachtens. In einem weiteren Falle hatte der Gutachter die Prognose gestellt, daß in 6—8 Wochen eine „Wiederherstellung der Gehfähigkeit“ erwartet werden könne; diese Angabe wurde verwechselt mit „Wiederherstellung von den Unfallfolgen“, und hierauf Schadenersatzansprüche begründet. — In einem weiteren Falle sollte ein Gutachter mehrere Jahre später wegen falscher Begutachtung in Anspruch genommen werden, bis erst nach längerer Zeit für die angeblich durch den Unfall bedingte Verschlimmerung ein organisches Nervenleiden als ursächlich erkannt wurde.

3. Unsachliche Attestierung.

Wie fahrlässige Ausstellung eines Gutachtens Schadenersatzansprüche im Gefolge haben kann, so kann in noch höherem Maße dieser Fall eintreten bei falscher oder ungenügender Attestierung von Arbeitsunfähig-

keit oder bei Fehlern auf Rezepten. Von der ersteren Möglichkeit sind besonders *Kassenärzte* betroffen, da ja die Ausfüllung eines Krankenscheines immer eine Leistungspflicht der Krankenkasse bedingt. In einem Fall wurde ein Arzt — zu Unrecht — wegen falscher Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit beschuldigt, und es wurde ein Regreß für Krankengeldzahlungen an den Patienten erhoben. — In einem anderen Falle hatte ein Arzt einen Krankenschein für einen im Kündigungsverhältnis stehenden Angestellten nicht ordnungsgemäß ausgefüllt, so daß eine Vergleichsabfindung notwendig wurde.

Beim Ausschreiben von *Rezepten* ist stets größte Vorsicht geboten, um die Herstellung eines Mittels mit schädigender oder gar tödlicher Wirkung auszuschalten. Lehrreicher als theoretische Erwägungen erscheint aber die Darstellung eines Falles, bei dem es zu einem bedauerlichen Unglücksfall und zu Haftpflichtansprüchen seitens der betroffenen Familie kam an der Hand der dazu ergangenen Entscheidung der höchsten Spruchbehörde. Bei der grundsätzlichen Bedeutung der Ausführungen des Reichsgerichts (Urteil vom 27. September 1929 RGZ. 125, 374) ist es angezeigt, das Urteil im Wortlaut wiederzugeben, zumal auch die Abgrenzung der Verantwortlichkeit des Arztes und Apothekers hierbei beleuchtet wird. Es handelt sich um die Schadenklage der Erben des am 7. Dezember 1926 verstorbenen Steinarbeiters W.

Der Tod des letzteren ist infolge der Einspritzung eines Medikaments eingetreten, die der verklagte Arzt vorgenommen hat, um die zur operativen Entfernung einer Halsgeschwulst notwendige örtliche Betäubung herbeizuführen. Das Medikament war vom Beklagten am Tage vorher verschrieben und der Verstorbene war von ihm beauftragt worden, es in einer Apotheke anfertigen zu lassen und zur Operation mitzubringen. W. hatte das Rezept in der Sternapotheke zu K. abgegeben; dort war das Betäubungsmittel von dem Provisor G. hergestellt worden. Die tödliche Wirkung des Mittels beruhte auf seinem zu hohen Gehalt an Suprarenin. Die Kläger behaupten, daß der Beklagte durch ungenügende und undeutliche Angaben im Rezept diesen Gehalt verschuldet und daß er hierdurch sowie durch sein sonstiges Verhalten, namentlich durch die unterlassene Prüfung des Mittels vor der Anwendung, den Tod ihres Ernährers verursacht habe. Sie begehren deshalb Schadensersatz. Das Landgericht erklärte die Ansprüche der Kläger dem Grunde nach für gerechtfertigt, das Oberlandesgericht wies die Klage ab. Die Revision der Kläger führte zur Aufhebung und Zurückverweisung.

Zugrunde liegt folgender Sachverhalt:

Der Beklagte wollte sich als örtliches Betäubungsmittel für die beabsichtigte Operation eine Lösung von 0,1 g Novocain unter Zusatz von 2—4 Tropfen Suprareninlösung 1:1000 in 20 ccm Wasser verschaffen. Diese Zusammensetzung des Medikaments, die zur sachgemäßen Betäubung geeignet gewesen wäre, hätte in vollständiger Weise auf dem Rezept dahin zum Ausdruck gebracht werden müssen:

„Novocain 0,1
Sol. Suprarenin 1:1000 guttae 4
Aqua dest. ad 20,0.
Sol. sterilisata.
D. S. Für Infiltrationsanästhesie.“

Der Beklagte wählte jedoch auf dem Rezept, das er ausschrieb und das ausführen zu lassen er seinen Patienten beauftragte, die abgekürzte Bezeichnung

$\frac{1}{2}$ % Novocain —
Suprareninlösung
20,0.

Der Provisor G. stellte auf Grund des Rezeptes die Lösung so her, daß er 0,1 g Novocain in 20 g Suprareninlösung 1:1000 ohne Zusatz von Wasser auflöste. Ohne diese Verdünnung war das Medikament unbedingt tödlich.

Das Berufungsgericht führt aus: Das Landgericht lasse unbeachtet, daß in dem Rezept zwischen den Worten Novocain und Suprareninlösung ein Bindestrich stehe, daß die Zahl 20 nicht neben das Wort Suprareninlösung, sondern in einem gewissen Abstand darunter geschrieben sei. Daraus gehe deutlich hervor, daß der Beklagte eine aus Novocain und Suprarenin bestehende Lösung hätte haben wollen, und daß die Zahl 20 nicht die zu verwendende Menge Suprarenin, sondern die Menge Wasser habe bezeichnen sollen, in der die beiden Mittel aufzulösen seien. Aus der Tatsache, daß die Menge des zuzusetzenden Suprarenins im Rezept nicht genannt, und daß als Verwendungszweck für das Medikament ausdrücklich „Infiltrationsanästhesie“ angegeben sei, habe auch deutlich entnommen werden können, daß der Beklagte die für jenen Zweck übliche und geeignete $\frac{1}{2}$ %ige Novocain-Suprareninlösung gewünscht habe. Daraus folgert der Berufungsrichter, daß lediglich der Apotheker G., der das Rezept nicht aufmerksam gelesen und deshalb die auch vom Laien zu ersiehende Bedeutung der Zahl 20 nicht erkannt habe, das schadenbringende Ereignis verursacht habe, daß dagegen die Fassung des Rezeptes nicht als Ursache im Rechtssinn in Frage komme, und daß diese Fassung dem Beklagten auch nicht zum Verschulden gereiche.

Diese Ausführungen greift die Revision mit Recht an. Zunächst ist nicht ersichtlich, wie der ursächliche Zusammenhang zwischen der abgekürzten Form des Rezeptes und dem schadenbringenden Erfolg durch die vom Berufungsgericht hervorgehobenen Umstände ausgeschlossen worden sein soll. G. ist dadurch, daß der Beklagte die Tropfenzahl der beizufügenden Suprareninlösung nicht angeben, auch nicht kenntlich gemacht hatte, daß sich die Zahl 20 auf die Menge des der Lösung beizufügenden Wassers beziehen solle, zur Anfertigung des Medikaments in verdünnter Gestalt verleitet worden. Dieser Sachverlauf widersprach nicht der allgemeinen Erfahrung. Daß ein minder erfahrener und sachkundiger Apotheker das Rezept falsch deuten und beim Fehlen einer Anordnung über den Zusatz von Wasser die Zahl 20 mit dem Worte Suprareninlösung in Verbindung bringen würde, lag nicht außerhalb des Bereichs der Wahrscheinlichkeit: hieran wurde auch durch die Beifügung der Worte „zur Infiltrationsanästhesie“ nichts geändert. Denn durch sie wurde der Apotheker nicht zwingend darauf hingewiesen, daß der Arzt die Lösung des Novocains in 20 g Suprareninlösung nicht im Auge gehabt haben könne. Die Möglichkeit, daß der Apotheker damit rechnen würde, der Arzt werde das Medikament zu mehrfachem Gebrauch verwenden und deshalb die im Einzelfall gebotene Verdünnung selbst vornehmen, war nicht ausgeschlossen. Die vom Beklagten im Rezept gewählte Abkürzung barg somit nach dem regelmäßigen Gang der Ereignisse die Gefahr in sich, daß der Apotheker durch sie zur Herstellung des Medikaments in einer Stärke bestimmt wurde, die bei Verwendung in einem einzigen Falle eine tödliche Wirkung auslöste. Es ist daher nicht zweifelhaft, daß der abgekürzten Bezeichnung für die Zusammensetzung des Betäubungsmittels eine ursächliche Bedeutung für den Schaden der Kläger im Rechtssinne beizumessen sei, der ursächliche Zusammenhang also ein „adäquater“ ist. Eine Unterbrechung dieses Zusammenhangs ergibt sich nicht daraus, daß die Art und Weise

der Zubereitung des Mittels durch den Apotheker als eine mitwirkende Ursache des Schadens anzusehen ist.

Bei Prüfung der Frage des Verschuldens des Beklagten geht zwar das Berufungsgericht von richtiger Auffassung aus, wenn es darauf abstellt, ob für den Beklagten die tödliche Wirkung der Anwendung des Medikaments bei Anwendung der verkehrserforderlichen Sorgfalt voraussehbar war. Allein die Verneinung dieser Frage entbehrt ausreichender Begründung. Es ist nicht ersichtlich, wie das Vorhandensein des Bindestrichs zwischen den Worten Novocain und Suprareninlösung auf dem Rezept als eine Vorkehrung zu betrachten sein soll, die den Beklagten zu der Annahme berechtigt habe, daß die abgekürzte Form seiner Verordnung nicht einer falschen Auslegung des Rezeptes durch den Apotheker Vorschub leisten werde. Das Berufungsgericht sieht in der Anwendung des Bindestrichs selbst nur den Ausdruck des Willens, daß der Beklagte eine aus Novocain und Suprarenin bestehende Lösung haben wollte. Hierum handelt es sich aber nicht, sondern es steht nur in Frage, ob der Beklagte bei der nötigen Vorsicht annehmen durfte, er habe in einer Zweifel ausschließenden Weise kundgegeben, daß das Medikament nur 2—4 Tropfen Suprareninlösung 1:1000 mit einem Zusatz von 20 ccm Wasser enthalten solle. Nicht stichhaltig ist auch die weitere Erwägung, der Beklagte habe bei dem Abstand, in dem sich die Zahl 20 unter dem Worte Suprareninlösung befand, für unmöglich erachten dürfen, daß der Apotheker die Zahl auf jene Lösung beziehen werde. Da es an einer Angabe fehlte, daß die Zahl die Menge des beizufügenden Wassers bezeichnen sollte, so konnte der Beklagte gerade nicht der Meinung sein, daß der Abstand der Zahl den Apotheker hindern werde, diese mit dem Worte Suprareninlösung in Verbindung zu bringen. Auch von den Worten „Zur Infiltrationsanästhesie“ hätte der Beklagte eine solche Wirkung auf den Apotheker nur erwarten können, wenn dieser damit in unmißverständlicher Weise darauf hingewiesen worden wäre, daß der Arzt das Medikament ohne weitere von ihm vorzunehmende Verdünnung und nur zur Betäubung eines einzigen Patienten benutzen wolle. Endlich reicht für die Verneinung der Fahrlässigkeit auch die Erwägung nicht aus, in dem Rezept sei der Wille des Beklagten zur Genüge zum Ausdruck gelangt, daß er die für die Infiltrationsanästhesie übliche 1/2%ige Novocain-Suprareninlösung haben wolle, wie sie unter der gleichen Bezeichnung von den Farberwerken in Höchst fertig in den Handel gebracht werde. Nur wenn der Beklagte es als gewiß hätte ansehen dürfen, daß die von ihm angewendete abgekürzte Form den Apothekern als die Bezeichnung der von ihm gewünschten ungefährlichen Zusammensetzung allgemein bekannt und geläufig sei, wenn er also auch bei einem minderbegabten und minder sachkundigen Apotheker richtiges Verständnis hätte voraussetzen können, hätte er sich bei der Gefährlichkeit eines zu hohen Gehalts an Suprareninlösung der Abkürzung ohne Verletzung der von ihm zu beobachtenden Vorsicht bedienen dürfen. Daß er zu einer solchen Annahme berechtigt gewesen sei, stellt aber das Berufungsgericht nicht fest. Mit Recht führt das Landgericht aus, daß es hierauf um so mehr ankomme, als der Beklagte seinem Patienten die Besorgung des Medikaments und die Auswahl der Apotheke überließ und ihn nicht an eine bestimmte Stelle wies, von der er mit ausreichender Sicherheit die Ausführung des Rezepts in dem von ihm gewollten Sinne erwarten konnte.

In dem darauf ergangenen Urteil des Landgerichts ist der Beklagte den Anträgen der Kläger entsprechend rechtskräftig verurteilt worden.

4. Unglücksfälle im Stationsbetrieb.

Die Verantwortlichkeit des ärztlichen Leiters einer Krankenanstalt für das ihm unterstellte Hilfspersonal erscheint selbstverständlich und ist

auch in den gesetzlichen Bestimmungen verankert. Der Betrieb in einem Krankenhaus erfordert naturgemäß Anspannung aller Kräfte und aufmerksame Erfüllung der obliegenden Pflichten. Dazu gehört in erster Linie die Beobachtung von Kranken, die an einer vorübergehenden oder dauernden geistigen Störung leiden. Hierbei muß besonders das mit Nachtwache betraute Personal über ein hohes Maß von Verantwortungsbewußtsein verfügen.

Hierfür liegen uns 4 Beispiele vor, wo von Kranken in unbeobachtetem Augenblick ein *Selbstmordversuch* unternommen wurde; bei 2 Fällen war Fieberdelirium und bei 2 anderen Fällen Geisteskrankheit die Ursache. Es handelte sich um Fieberwahn im Verlauf einer Lungen- und Rippenfellentzündung; die beiden letzten ereigneten sich in Abteilungen für Nervenranke.

Besonders lehrreich ist ein vom Reichsgericht am 29. Mai 1934 entschiedener Fall (III 9/34), dessen ausführliche Wiedergabe um so mehr geboten erscheint, als das Urteil im allgemeinen maßgebende Richtlinien aufstellt bezüglich der von Ärzten in einem Krankenhaus zu beobachtenden Sorgfaltspflicht, des Verhaltens der Nachtschwestern und der Haftung des Krankenhauses und der Ärzte für Verschulden der Schwestern und sich im besonderen darüber ausspricht, welche Maßregeln der Arzt zur Sicherheit eines Fieberkranken, an Wahnvorstellungen leidenden Kranken zu treffen hat.

Der Fall lag folgendermaßen:

Die Klägerin erkrankte im Jahre 1930 an einer eitrigen Mandelentzündung. Da sich ein hochgradiger Erregungszustand bei der Kranken einstellte, wurde sie in der Nacht zum 13. Juni 1930 auf Veranlassung des behandelnden Arztes Dr. N. in die verklagte Krankenanstalt mit folgendem Überweisungsschreiben eingeliefert: „Frl. M. S. wird dem Krankenhaus überwiesen. Sie leidet an hochgradiger Erregung nebst eitriger Mandelentzündung. Sie hat heute abend 3mal 0,01 . . . 0,003 erhalten.“

Dr. N.

Hat heute 10proz. Salicylsäure — etwa 10,0 — getrunken.“

Sie wurde in einer fensterlosen Zelle untergebracht und erst am nächsten Morgen in ein Krankenzimmer der Station übergeführt. Der Erregungszustand dauerte am 13. und 14. Juni fort. In der Nacht zum 15. Juni stürzte sich die Klägerin, als die mitverklagte wachhabende Stationschwester das Zimmer einmal verlassen hatte, aus dem Fenster auf den Hof und zog sich dadurch erhebliche Verletzungen zu.

Ihre auf Schadenersatz und Schmerzensgeld gegen das Krankenhaus gerichtete Klage war in allen drei Instanzen erfolgreich. Das Reichsgericht führte aus: „Darin, daß der bei Einlieferung der Klägerin an die Beklagten abgegebene Überweisungsbericht des Dr. N. nicht nur den hochgradigen Erregungszustand der Kranken hervorhob, sondern in einem Nachsatz noch hinzufügte, die Kranke habe heute schon hochgradige Salicylsäure getrunken (richtiger zu trinken versucht), erblickt das Berufungsgericht zutreffend den Hinweis auf einen der Einlieferung kurz vorhergegangenen Selbstmordversuch der Klägerin und deshalb eine für die Beklagte bedeutsame und unmißverständliche Warnung, die sie zu größter Vorsicht und besonderen Sicherungsmaßnahmen bei der Behandlung der Kranken verpflichtete. Der Zustand der mit Wahnvorstellungen eingelieferten Klägerin war bis zur Un-

fallnacht unverändert geblieben. Er war derart, daß jeden Augenblick nachteilige Komplikationen für die Klägerin eintreten konnten. Unter diesen Umständen hat das Berufungsgericht die im Krankenhaus der Beklagten der Klägerin zuteil gewordene Behandlung, insbesondere die Art ihrer Bewachung, als eine schuldhaft Verletzung der Vertragspflichten der Beklagten angesehen. Es hat den Unfall der Klägerin auf diese Vertragsverletzung zurückgeführt und die Haftung der Beklagten für die Unfallfolgen auf Grund der §§ 276, 278 BGB. bejaht, wonach die beklagte Krankenanstalt für das Verschulden der Personen aufzukommen hat, deren sie sich zur Erfüllung ihrer Vertragspflichten bedient.

Ihr leitender Arzt Dr. S. hatte die Klägerin am zweiten Tage selbst untersucht. Das Berufungsgericht rechnet ihm zur Mitschuld an, daß er zwar erkannt hat, man müsse bei der Klägerin tüchtig aufpassen, trotzdem aber keine ständige Nachtwache angeordnet habe, von der die Klägerin keinen Augenblick allein gelassen werden dürfe. Hierin findet die Revision eine Überspannung der einem leitenden Krankenhausarzt obliegenden Sorgfaltpflicht. Es sei nicht zu verlangen, daß dieser Arzt jeden in das Krankenhaus eingelieferten Kranken selbst behandle und besondere Anordnungen über dessen Beaufsichtigung und Pflege erlasse. Hierum handelt es sich aber nicht. Die Frage ist vielmehr die, ob er, wenn er einen Kranken untersucht, im Einzelfalle also ärztlich tätig wird, und dabei die Notwendigkeit besonderer Sicherungsmaßnahmen erkennen muß und erkennt, sich stets mit dem allgemeinen Hinweis, es müsse sehr aufgepaßt werden, begnügen und der betreffenden Krankenhausstation die näheren Anordnungen überlassen darf. Dies hat das Berufungsgericht für den vorliegenden Fall mit Rücksicht auf dessen besondere Lage ohne Rechtsverstoß verneint. Nach seiner Feststellung erforderte der Schutz der Klägerin, deren anhaltender Erregungszustand jeden Augenblick eine plötzliche gefährliche Steigerung erfahren konnte, nach dem vorausgegangenen Selbstmordversuch eine ununterbrochene strenge Bewachung. Die allgemeine Bemerkung des Dr. S. verpflichtete das Pflegepersonal lediglich zu besonderer Aufmerksamkeit für die Kranke, enthielt jedoch nicht die Anordnung, sie keinen Augenblick allein zu lassen, und war deshalb, wie er sich bei gebotener Sorgfalt sagen mußte, nicht ausreichend, die Kranke gegen gefährliche plötzliche Ausbrüche ihres Fieberzustandes zu sichern. Im übrigen kommt es für die vertragliche Haftung der Beklagten auf die Berechtigung des dem Dr. S. gemachten Vorwurfs ebensowenig an wie auf das vom Berufungsgericht gleichfalls bejahte schuldhaft Verhalten der Nachtschwester in der Unfallnacht; denn die Assistenzärztin Dr. B., deren Obhut die Klägerin auf der Station unterstand, trifft gleichfalls ein für den Unfall ursächliches Verschulden. Sie hat nach Feststellung des Berufungsgerichts nicht in ausreichender Weise für die Klägerin gesorgt. Sie hatte am Abend des 14. Juni für die Nacht nur angeordnet, daß auf jeden Fall alle Augenblicke nach der Klägerin gesehen werden müsse, und hatte für den Fall, daß die Kranke wieder unruhig werde, eine Einspritzung und ihre erneute Unterbringung in der Unfallzelle als erforderlich bezeichnet. Sie hatte mithin die notwendige, keinen Augenblick aussetzende Beaufsichtigung der Klägerin für die Nacht nicht vorgeschrieben, sondern es unter Außerachtlassung der gebotenen Sorgfalt als ausreichend hingestellt, in kurzen Zwischenräumen nach der Kranken zu sehen. Die für den Unfall der Klägerin ursächliche Verfehlung der Nachtschwester findet das Berufungsgericht darin, daß sie nicht einmal die unzureichende Anordnung der Assistenzärztin befolgt, also nicht alle Augenblicke nach der Kranken gesehen und sie nicht nur höchstens ganz kurze Zeit unbeaufsichtigt gelassen hat, sondern daß sie sich, als der verhängnisvolle Sturz erfolgte, auf längere Zeit entfernt hatte. Es läßt allerdings die Möglichkeit offen, daß die von der Assistenzärztin in Abwesenheit der Nachtschwester getroffene Anordnung an sie gar nicht weiter-

gegeben worden ist, rechnet es ihr aber für diesen Fall zum Verschulden an, daß sie sich dann nicht nach etwaigen besonderen Anordnungen für die Beaufsichtigung der Klägerin erkundigt hat. Aus Rechtsgründen läßt sich das nicht beanstanden, da, wie unbedenklich unterstellt werden darf, der Zustand der Klägerin der Nachtschwester bekannt war und auch sie zu besonderer Vorsicht mahnen mußte.“

Einen ganz ähnlichen Fall behandelt das Urteil des Reichsgerichts vom 4. Februar 1938. Hier hatte der Kläger seine Ehefrau wegen eines Gallenleidens in das dem beklagten Bezirksverband gehörige Bezirkskrankenhaus gebracht.

Sie war Privatpatientin des Zweitbeklagten, des leitenden Arztes der Inneren Abteilung des Krankenhauses, und erhielt das Einzelzimmer Nr. 4 auf der Frauenstation II im ersten Obergeschoß. Am 29. März 1935 ging sie gegen 5 Uhr früh in die im selben Geschoß gelegene Küche und stürzte sich durch das Fenster hinaus. Sie erlitt dadurch schwere Verletzungen. Der Kläger verlangt auf Grund eigenen und abgetretenen Rechts seiner Ehefrau Ersatz von Verpflegungskosten, Schadenersatz für den Entgang der Mithilfe seiner Frau in seinem landwirtschaftlichen Betrieb und schließlich Feststellung, daß die Beklagten ihm die Aufwendungen zu erstatten hätten, die er künftig wegen Gestellung einer Pflegerin für seine Frau haben werde.

Das Landgericht hat gegenüber dem Erstbeklagten aus Vertrag den Leistungsanspruch für gerechtfertigt erklärt und dem Feststellungsantrag stattgegeben. Die gegen den Zweitbeklagten erhobene Klage wurde abgewiesen. Die Berufung und die Revision des Erstbeklagten waren erfolglos.

Nach den Feststellungen des BG. lagen in dem neben dem Zimmer Nr. 4 gelegenen Zimmer Nr. 3 fünf Patientinnen. In dem andern Nebenzimmer Nr. 5 lag eine Kranke, ebenso in dem gegenüberliegenden Zimmer Nr. 9. Zur Küche führte ein um die Ecke biegender Gang von etwa 17 m Länge. In dem neben der Küche befindlichen Zimmer Nr. 45 war ein Patient untergebracht. Unter der Küche in dem Erdgeschoß war eine weitere Küche, daneben unter Zimmer Nr. 45 das Zimmer Nr. 18, daneben das Zimmer Nr. 17, in dem damals drei Patienten waren. Die Nachtwache in dem in Frage stehenden hinteren Teil der beiden Stockwerke hatte die Lernschwester G. zu versehen, die im zweiten Jahr ihrer Berufsausbildung war.

Gegen 5 Uhr morgens machte die Ehefrau des Klägers in ihrem Zimmer starken Lärm, den drei Insassinnen des Zimmers Nr. 3 hörten und für ein Rücken oder Umwerfen von Möbeln hielten. Sie hat noch in ihrem Zimmer laut gerufen, ist dann auf den Gang gegangen, hat dort nach der Nachtschwester um Hilfe gerufen und wegen ihrer Schmerzen eine Spritze verlangt, hat die Tür des Zimmers Nr. 5 aufgerissen und wieder zugeschlagen, hat sich weiter barfuß oder nur mit Pantoffeln bekleidet in die Küche begeben, deren Tür offenstand, hat dort wieder ein Geräusch wie das Rücken eines Möbelstücks gemacht, ist auf das Fenstersims gestiegen, hat das Fenster geöffnet und ist hinausgesprungen. Nach ihrem Aufschlagen hat sie um Hilfe gerufen.

Die Schwester G. war um diese Zeit im Erdgeschoß im Zimmer Nr. 17, dessen Tür sie halb offengelassen hatte, mit dem Abnehmen der Fieberthermometer beschäftigt. Sie hörte die Hilferufe aus dem Garten und eilte mit einem Pfleger der Frau des Klägers zu Hilfe. Etwa gleichzeitig mit dem Absturz klingelte eine Patientin aus dem Zimmer Nr. 3, die im Benehmen mit ihren Zimmergenossinnen nicht schon im Anfang des Lärms das Klingelzeichen hatte geben wollen.

Die Schwester hatte der Frau des Klägers nachts 1 Uhr auf ärztliche Anordnung ein Beruhigungsmittel gegeben, hatte mehrmals bis kurz vor 4 Uhr, wo sie anderweit zu tun hatte, zu ihr ins Zimmer gesehen und sie dabei schlafend angetroffen.

Ein Verschulden der Nachtschwester hat das BG. verneint. Dagegen hat das angefochtene Urteil ein Verschulden des Beklagten darin gesehen, daß der Nachtschwester ein Tätigkeitsgebiet zugewiesen gewesen sei, dessen räumlicher Umfang und örtliche Einteilung ihr die gehörige Aufsicht über die als Einzelpatientin mit besonderer Sorgfalt zu betreuende Kranke unmöglich gemacht hätte.

Das BG. hat erwogen, daß die Tatsache des Unfalls die Unzulänglichkeit der Einteilung der Nachtwache beweise, also eben das objektive Versagen der Überwachung. Es schließt die weitere Überlegung an, daß die Krankenhausverwaltung „auch nicht“ die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet habe.

In dieser Hinsicht können keine allgemeinen Richtlinien aufgestellt werden, etwa dahin, daß einer Nachtschwester grundsätzlich nicht die Wache in zwei verschiedenen Stockwerken oder nicht über eine bestimmte Krankenzahl hinaus übertragen werden dürfe. Das Maß der erforderlichen Sorgfalt kann vielmehr immer nur nach den Umständen des Falles beurteilt werden. Das hat der Vorderrichter nicht verkannt. Es ist auch nicht so, daß das Krankenhaus schlechthin für jeden Unfall haftbar gemacht würde. Zutreffend führt das angefochtene Urteil aus, daß mit der Möglichkeit des Eintritts außerordentlicher Ereignisse in einem Krankenhaus gerechnet werden müsse und daß dieser Gefahr mit der erforderlichen Sorgfalt zu begegnen sei. Daß diese Gefahr durch die Lage und Zahl der von der Schwester G. zu betreuenden Kranken und durch den Umfang ihres Bezirks gesteigert war und daß deshalb Zwischenfälle ganz allgemein um so eher voraussehbar waren, ist eine tatrichterliche Erwägung, der aus Rechtsgründen nicht entgegenzutreten ist.

Es ist aber auch keine Überspannung des Sorgfaltsbegriffs, wenn Maßnahmen verlangt werden, durch die bei der Sachlage nach vernünftigem Ermessen den Zwischenfällen hätte vorgebeugt werden können. Auch bei nur körperlich Kranken sind Erregungs- oder Dämmerzustände und in ihrer Folge Selbstverletzungen keine ungewöhnliche Erscheinung. Deshalb braucht noch nicht jeder Kranke eine besondere Nachtwache. Etwas anderes ist es, ob die Nachtwache derart in Hörweite ihrer Pfleglinge zu halten ist, daß ihr wenigstens Zwischenfälle, die sich nicht ganz plötzlich abspielen, nicht entgehen können. Das BG. hat deshalb mit Recht Stärke und Dauer des von der Kranken verursachten Lärms betont. Wenn Vorfälle in der festgestellten Weise vorkommen können, verliert die Nachtwache ihren Sinn, ihre Einrichtung genügt vernünftigem Ermessen nicht mehr. Aus den Umständen des Falles konnte die Unzulänglichkeit der angewandten Sorgfalt geschlossen werden.

Die in den Krankenhäusern übliche Sorgfalt ist nicht maßgebend, sondern die im Verkehr erforderliche Sorgfalt. Gewisse Richtlinien können allerdings auf Grund der Lebenserfahrung üblich, also Gepflogenheit geworden sein, weil sie der als erforderlich erkannten Sorgfalt genügen. Gerade weil aber bis in Einzelheiten gehende feste Regeln sich für die räumliche Begrenzung der Nachtwachen nicht aufstellen lassen, kann nicht aus allgemeinen Vergleichen unterstellt werden, daß die Einteilung des Beklagten den in den sorgfältigst geleiteten Krankenhäusern eingehaltenen Gepflogenheiten entsprochen habe.

Das Urteil ist von Bedeutung namentlich wegen der Ausführungen über die *Erfordernisse der Nachtwachen* und über die Haftung des Krankenhauses, das nicht ausreichend für gehörige Nachtwachen gesorgt hat.

Über die Haftung der Krankenhäuser und der dort tätigen Ärzte vgl. auch unter IX 44 (S. 175 ff.).

5. Infektion.

Für jeden Arzt ist die Möglichkeit einer Störung des normalen Heilverlaufs eine selbstverständliche Tatsache, die auch trotz aller Vorsichtsmaßnahmen eintreten kann. So ist die *Wundrose* eine der häufigsten Wundinfektionskrankheiten, und gerade deshalb bieten 2 unserer Fälle ein besonderes Interesse in der Beziehung, daß bei Vorwurf eines Verschuldens umfangreiche und kostspielige Untersuchungen durchgeführt werden mußten.

In dem einen Fall war bei Behandlung eines Oberlippenfurunkels ein Erysipel aufgetreten; der Patient starb an Sepsis. Die Verhältnisse lagen vom medizinischen Standpunkte einfach; aber erst nach Beschreitung des Berufungsweges konnte die Klage endgültig abgewiesen werden.

Ein zweiter Fall von Erysipel im Anschluß an eine Bißverletzung, wobei ebenfalls gegen den behandelnden Arzt der Vorwurf unrichtiger Behandlung erhoben war, erforderte die Heranziehung mehrerer Gutachten, weil die Frage der Inkubationszeit von einer ärztlichen Seite aufgeworfen und als ausschlaggebend für die Beurteilung bezeichnet war. Der Obergutachter kam zu einer Verneinung der Schuldfrage unter folgender Begründung:

„Die Entscheidung über die Frage der zeitlichen Zusammenhänge ist nicht wichtig, da ja an der Entscheidung der Wundrose kein Zweifel besteht. Eine Abwendung dieser Erkrankung ist, wie jeder erfahrene Arzt bestätigen kann, nicht möglich. Es gibt kein Vorbeugungsmittel gegen diese Erreger. Ferner ist darauf hinzuweisen, daß, wie LEXER in seinem Lehrbuch Bd. I hervorhebt, ‚die örtliche Behandlung der Wundrose, soweit sie die Erkrankung selbst bekämpfen will, ebenso mannigfach wie nutzlos ist. Es gibt kein Mittel, die Entzündung aufzuhalten‘. Die überwiegende Mehrzahl der Fälle geht in Heilung aus. Daß in dem vorliegenden Falle die Erkrankung zum Tode führte, ist immerhin eine seltene Erscheinung. Ein Verschulden ist aber Dr. X. nicht vorzuwerfen; denn es handelt sich ja nicht um Infektionserreger, bei denen man das Eindringen in die Wunde zeitlich bestimmen kann. Ebenso ist auch der Vorwurf ungerechtfertigt, daß durch zu langes Liegenlassen des Verbandes die Infektion begünstigt wurde.“

Die Frage, ob eine Fahrlässigkeit seitens des Krankenhauses vorliege, wenn ein an *Gonorrhöe* erkrankter Patient nicht von anderen Kranken isoliert untergebracht wird, beschäftigt in einem Falle namhafte Gutachter. Die Klage wurde erst nach vierjährigem Streit durch das Urteil der Berufungsinstanz vom 27. April 1938 abgewiesen, weil der Beweis, daß die Klägerin durch Berührung seitens des mit Tripper behafteten Patienten angesteckt worden sei, nicht erbracht werden konnte. Daraus, daß das Berufungsgericht sehr umfangreiche, eingehende Beweise erhoben hat, geht hervor, daß es ein Verschulden des beklagten Leiters des Krankenhauses angenommen haben würde, wenn er, wie die Klägerin behauptete, es zugelassen hätte, daß zu ihrem am Magen operierten Vater in dasselbe Zimmer ein tripperkranker Patient gelegt wurde, und daß dort Besuche empfangen werden durften, ohne daß eine besondere Vorkehrung gegen eine Ansteckung der Besucher durch *Gonorrhöe* getroffen worden wäre.

II. Diagnostik.

6. Untersuchung.

Unter den Vorwürfen, die gegen die Art der ärztlichen Untersuchung von Patienten bisweilen erhoben werden, kann man folgende unterscheiden: Unterlassung, mangelhafte Ausführung, widerrechtliche Vornahme, Verletzung bzw. Schädigung durch die Untersuchung.

In den einen Fall kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß bisweilen das Laienpublikum von unberufener Seite beraten wird. Es wurde gegen den behandelnden Arzt eines an Diabetes leidenden Patienten die Klage erhoben, durch *Unterlassung einer Untersuchung* den Schlaganfall verschuldet zu haben; dabei handelte es sich um die Feststellung des Blutdrucks. Eine weitere Verfolgung dieser unsinnigen Behauptung trat aber nicht ein.

„*Mangelhafte Untersuchung*“ ist fast ein Begriff geworden, der besonders bei der gutachtlichen Tätigkeit hervortritt. Es ist der Pfeil, der bei Mangel an objektivem Tatbestand dem Gutachter nachgesandt wird, wenn er zu einem unbefriedigenden Ergebnis kommt. Es soll an dieser Stelle besonders hervorgehoben werden, wie wichtig es ist, sich stets einer gründlichen Untersuchung zu befleißigen zur Vermeidung diagnostischer Irrtümer und zum Schutz gegen spätere Vorwürfe. In unserem Rahmen stehen aber die unberechtigten Anschuldigungen im Vordergrund, die an 3 lehrreichen Fällen erläutert werden sollen. In dem einen handelte es sich um eine Untersuchung zur Aufnahme in eine Lebensversicherung, bei dem angeblich eine Tuberkulose wegen nicht-gründlicher Untersuchung verkannt wurde.

Auch in dem zweiten Falle wurde die Ausbreitung einer Lungentuberkulose auf „nachlässige Untersuchungen bzw. grobfahrlässiges Verhalten“ des behandelnden Arztes zurückgeführt; dieser hatte früher den Patienten im Rahmen der reichsgesetzlichen Unfallversicherung wegen der Folgen eines Betriebsunfalls zu behandeln. Erst nach längerer Verhandlungszeit wurde der Kläger vom Berufungsgericht abschlägig beschieden mit der Begründung, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und der späteren Erkrankung nicht gegeben sei.

Bei einem weiteren auf dem Rechtswege verfolgten Fall kam auch die praktisch wichtige Frage zur Erörterung, wie *telephonische Anweisungen des behandelnden Arztes* zu werten sind, wenn bei gemeldeter Verschlimmerung eine Untersuchung nicht erfolgen konnte. Das betreffende Urteil des Landgerichts X. vom 8. Mai 1936, das die gegen den Arzt gerichtete Klage mangels Beweises des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Verhalten des Arztes und dem Tode des Patienten abgewiesen hat, hält es für unrichtig, wenn ein telephonisch

um seinen Besuch gebetener Arzt sich darauf beschränkt, fernmündlich Anweisungen über die Behandlung zu geben. Es führt u. a. dazu aus:

„Es wäre mit Rücksicht auf die große Zahl von Krankheiten, für die Leibschmerzen und Erbrechen ein Symptom sind, in jedem Falle richtiger gewesen, entweder die Behandlung des Kindes abzulehnen oder dieses sofort aufzusuchen, als fernmündliche Angaben darüber zu machen, wie das Kind behandelt werden sollte.“

Nach einem Urteil des Reichsgerichts vom 7. Januar 1938 (III 89/37) kann unter Umständen auch die Übernahme der Behandlung ein Verschulden darstellen. Es wird in dieser Richtung gesagt: „*Auch der praktische Arzt, der sich mit der Behandlung von Wunden befaßt, muß die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft auf dem chirurgischen Gebiet verfolgen. Ein Arzt kann sich gerade deshalb der Verletzung der ihm obliegenden Sorgfaltspflicht schuldig machen, daß er eine Behandlung übernimmt, die seinen Fähigkeiten und Kenntnissen nicht entspricht.*“ Doch schränkt das Reichsgericht diesen Grundsatz dahin ein, daß die Anforderungen an die Sorgfaltspflicht nicht zu überspannen seien, wenn die Meinungen der ärztlichen Wissenschaft und Praxis über die ordnungsmäßige Behandlungsweise auseinander gingen.

Der Vorwurf einer *widerrechtlichen Untersuchung* wurde gegen einen Arzt erhoben, der eine Lumbalpunktion vorgenommen hatte, ohne hierfür die ausdrückliche Genehmigung zu haben. Über diese Frage berichtete vor einiger Zeit SCHLÄGER im Anschluß an einen gelegentlich der Vorbereitung einer Lumbalpunktion vorgekommenen Unglücksfalls; er verweist dabei auf den vom Reichsgericht eingenommenen Standpunkt, daß der Arzt für den körperlichen Eingriff einer Lumbalpunktion der Einwilligung des Kranken oder seines gesetzlichen Vertreters bedürfe, es sei denn, daß der Eingriff unter dem Gesichtspunkt eines überragenden öffentlichen Interesses gerechtfertigt sei. Auf die sich hierbei ergebenden Fragekomplexe soll noch in Verbindung mit Vornahme ärztlicher Eingriffe überhaupt ohne Genehmigung näher eingegangen werden. Für die Lumbalpunktion muß aber besondere Vorsicht gefordert werden, weil spätere Beschwerden, ob berechtigt oder nicht, nicht selten dieser Untersuchung zugeschrieben werden.

Über *Verletzung bei einer Untersuchung* liegt der Fall einer Speiseröhrenperforation vor durch Ösophagoskop bei der Suche nach einem verschluckten Knochen; es erfolgte ein freisprechendes Urteil des beschuldigten Arztes. Dieses wird zweifellos auch die Zustimmung aller ärztlichen Kreise finden. Die Forderung absoluter Ungefährlichkeit ist bei einer endoskopischen Untersuchungsmethode niemals zu erfüllen; auch dem geschicktesten Untersucher kann ein Mißgeschick unterlaufen. Es ist aber die Methode der Ösophagoskopie ein so wertvoller Bestandteil unseres diagnostischen Rüstzeuges geworden, daß gegen die Berechtigung ihrer Anwendung Zweifel nicht erhoben werden können.

Ein durch zwei Instanzen gelaufener Rechtsstreit über *Schädigung durch Untersuchung* betrifft einen Patienten mit Erkrankung der Vorsteherdrüse. Der zugezogene Arzt hatte, wie üblich, eine Mastdarmuntersuchung vorgenommen. Gegen ihn wurde der Vorwurf erhoben, daß eine nach 2 Monaten aufgetretene Harnröhrenentzündung durch diese Untersuchung verursacht sei. Die Klage wurde jedoch abgewiesen, weil der Kausalzusammenhang zwischen der angeblich fehlerhaften Untersuchung und der Harnröhrenerkrankung nicht nachgewiesen werden konnte.

7. Verfehlte Diagnose.

Die vorhergehenden Erörterungen lassen erkennen, daß eine sachgemäße Untersuchung die beste Sicherung darstellt gegen diagnostische Irrtümer. Es liegt aber in der Unvollkommenheit des menschlichen Könnens, daß auch dem gewissenhaftesten Arzt eine falsche Diagnose unterlaufen kann; man könnte daher kaum annehmen, daß eine Haftpflicht hierdurch begründet wäre. Aus dem uns vorliegenden Material ist nun aber ganz im Gegenteil der Nachweis zu führen, daß *nicht gestellte* oder *verspätete Diagnose* zu den Fällen rechnen, in denen am häufigsten Entschädigungsansprüche angemeldet werden. Um entsprechende Lehren ziehen zu können, sollen die wichtigeren Fälle ausführlicher dargestellt, und die Anordnung soll nach der Häufigkeit des Vorkommens getroffen werden.

Die Verkennung einer *Lungentuberkulose* ist besonders im Anfangsstadium durchaus erklärlich. Wenn dann späterhin die Symptome manifest werden und der Charakter der Erkrankung zutage tritt, wird nicht selten gegen den früher behandelnden Arzt der Vorwurf falscher Diagnose erhoben; es wird aber in diesen Fällen kaum möglich sein, festzustellen, ob zu dieser Zeit die Diagnose schon gestellt werden konnte. In einem Fall soll die Behandlung nur wegen „Bronchitis“ erfolgt sein, obwohl eine einseitige produktive Tuberkulose vorlag, in einem anderen Falle wegen „nervöser Abspannung“. Weitere Entschädigungsanträge gegen zwei Ärzte, die eine angeblich offene Lungentuberkulose nicht erkannten, wurden vom Gericht als unbegründet zurückgewiesen. In einem anderen Falle sollte ein Arzt haftpflichtig sein, bei dem die durchgeführte Behandlung schon mehrere Jahre zurücklag. Er wies zur Entkräftung des Vorwurfes darauf hin, daß über der Lunge bei der physikalischen Untersuchung keinerlei krankhafte Erscheinungen wahrgenommen wurden, die auf die Möglichkeit einer Tuberkulose hindeuteten. Auch der Gutachter kam zu einem verneinenden Ergebnis mit folgender Begründung:

„Die Lungentuberkulose ist im Anfangsstadium dadurch besonders charakteristisch, daß lange Zeit der Erkrankungsherd keine klinischen Erscheinungen hervorruft, so daß man von einem sogenannten latenten Stadium spricht. Es ist

sogar bekannt, daß der tuberkulöse Herd, besonders wenn er in dem mittleren Lungenabschnitt lokalisiert ist, bereits sehr ausgedehnt sein kann, ohne daß klinische Erscheinungen auftreten . . . Es kann auch dem beklagten Arzt nicht zum Vorwurf gemacht werden, daß er nicht sogleich eine Röntgendurchleuchtung und Untersuchung auf Tuberkelbacillen vornahm . . .“

Eine nicht diagnostizierte *Krebsgeschwulst* führte ebenfalls mehrfach zur Erhebung von Haftpflichtansprüchen. In einem Falle handelte es sich um eine Geschwulst, die sich auf dem Boden einer nicht heilenden Kriegswunde bildete; es wurde gegen den Arzt der Vorwurf erhoben, daß die spätere Knochenoperation überflüssig gewesen wäre, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt worden wäre. — In einem anderen Falle beschuldigte eine Frau, bei der eine bösartige Eierstocksgeschwulst festgestellt war, einen Arzt, der 3 Jahre früher bei ihr nur „Gastritis“ diagnostiziert habe; die Klage wurde vom Gericht abgewiesen.

Die Schwierigkeiten, die für die Entscheidung zwischen Gutartigkeit und Bösartigkeit einer Geschwulst sich ergeben können, treten besonders bei den weiblichen Geschlechtsorganen im Anfangsstadium hervor. Ein Facharzt hatte die Diagnose „Myom“ oder „chronische Gebärmutterentzündung“ gestellt und entsprechende Behandlung durchgeführt. Als später eine bösartige Gebärmuttergeschwulst sich herausstellte, die zur Radikaloperation führte, wurden Haftpflichtansprüche gestellt, da bei rechtzeitiger Diagnose der Verlust des Organes erspart worden wäre. Das Gericht kam zur Abweisung mit der Begründung, daß die Gebärfähigkeit auf jeden Fall, auch wenn die Geschwulst in ihren ersten Anfängen festgestellt worden wäre, nicht erhalten werden konnte.

Der Gutachter vertrat den Standpunkt, daß die Fehldiagnose vom ärztlichen Standpunkt verständlich sei. Eine Ausschabung der Gebärmutter sei unterblieben aus Furcht vor Verschlimmerung der Entzündung. Untersuchung und Behandlung haben der damaligen Sachlage entsprochen. Es sei auch nicht als fahrlässig zu bezeichnen, wenn die erfolgte konservative Behandlung nicht aufgegeben sei. Auch bei frühestem Eingreifen wäre die totale Entfernung der Geschlechtsorgane nicht zu vermeiden gewesen.

Über *Dickdarmgeschwulst* liegen 2 Beobachtungen vor. In dem einen Fall sollte ein Arzt herangezogen werden, der früher den Patienten wegen Tetanie behandelte; auf Grund eines Gutachtens erfolgte Abweisung. — Der zweite Fall ist von großer praktischer Wichtigkeit und betrifft die Differentialdiagnose zwischen *Krebsgeschwulst des Mastdarms* und Hämorrhoiden. Hierbei wird ein schuldhaftes Verhalten anzunehmen sein, wenn der Arzt eine Fingeraustastung des Mastdarmes unterläßt. In dem vorliegenden Falle war diese Untersuchung zwar erfolgt, aber die richtige Diagnose nicht gestellt. Eine eingetretene Verschlimmerung im Verlaufe der mehrere Monate dauernden Behandlungszeit wegen Hämorrhoidalleiden wurde vom Gutachter naturgemäß bejaht, worauf eine vergleichsweise Regelung erfolgte.

Ebenso wie bei bösartigen Geschwülsten werden auch durch Nichterkennung einer *akuten eitrigen Entzündung* infolge verspäteten Einsetzens der operativen Behandlung Gefahren hervorgerufen, und es ist erklärlich, daß in derartigen Fällen Vorwürfe gegen den behandelnden Arzt erhoben werden. Ein Fall, bei dem angeblich ein Absceß nicht erkannt wurde, verlief folgenlos, weil der Arzt nachweisen konnte, daß er den günstigsten Zeitpunkt für die Operation abwarten wollte. — In einem anderen Fall war es im Verlaufe einer Bougiebehandlung wegen Harnröhrenverengung zu einem *periurethralen Absceß* gekommen. Der Patient hatte auf eigene Verantwortung die Klinik verlassen und sich in andere Behandlung begeben; er erhob nachträglich die Anschuldigung gegen den ersten Arzt, daß er den Absceß nicht erkannt habe. Diese wurde von dem Gutachter als unbegründet abgewiesen.

„Dr. X. hat, als Temperaturerhöhung auftrat, an die Möglichkeit der Entstehung eines Abscesses gedacht und nachgewiesenermaßen die Dammgegend und Umgegend der Harnröhre wiederholt abgetastet. Daß er den Absceß noch nicht feststellen konnte, liegt an der anatomischen Entwicklung.“

In einem anderen Falle war eine *Erysipelphlegmone* am Arm nicht rechtzeitig diagnostiziert, so daß Gelenkversteifungen zurückblieben. Nach gutachtlicher Stellungnahme erfolgte eine Entschädigung. — Eine *Osteomyelitis* am Oberschenkel nach Halsabsceß mit Durchbruch in das Hüftgelenk wurde in einem anderen Falle nicht diagnostiziert. Die näheren Umstände, wie wochenlange Beobachtung in einer Klinik, hohes Fieber, umschriebene Schmerzhaftigkeit und Entstehung eines oberflächlichen Abscesses hätten nach Ansicht des Gutachters zu der Diagnose, zumindest zur Vornahme einer Röntgenuntersuchung führen müssen.

Ein zur gerichtlichen Entscheidung gelangter weiterer Fall ist ein Beispiel dafür, daß man bei rückschauender Betrachtung der Sachlage nicht immer gerecht wird. Deswegen ist es Aufgabe jedes medizinischen Gutachters, die *Beurteilung eines Falles immer unter dem Blickwinkel vorzunehmen, wie die allmähliche Entwicklung erfolgt ist*. In jenem Falle war das Landgericht auf Grund der rückschauenden Betrachtung des Gutachters zur Verurteilung des Arztes gelangt, weil er nicht rechtzeitig die richtige Diagnose gestellt habe. Das in seinem Ergebnis nicht befriedigende Urteil ist rechtskräftig geworden, da der Arzt keine Berufung dagegen eingelegt hat.

Die fehlende Diagnose bei *Blinddarmentzündung* wird niemals ganz unvermeidbar sein. In einem Falle wurde ein Verschulden vom Gericht nicht anerkannt, da der Arzt durch besondere Begleitumstände von der richtigen Feststellung des Erkrankungsherdens abgelenkt war. — Ebenso wurde der Vorwurf einer Fahrlässigkeit in einem anderen Fall zurückgewiesen, da wegen Vorliegens eines ganz atypischen Krankheitsbildes

die Fehldiagnose nicht auf Verschulden des Arztes zurückzuführen war. — Dagegen konnte in einem dritten Falle, wo die Verspätung der Diagnose einen Durchbruch des vereiterten Wurmfortsatzes zur Folge hatte, und der Heilungsverlauf um Wochen hinausgeschoben wurde, der Arzt nicht von dem Vorwurf befreit werden, die notwendige Sorgfaltpflicht angewendet zu haben.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß vielfach auch die Diagnose einer *Gallenblasenentzündung* große Schwierigkeiten bietet. Demgemäß wurde bei 2 einschlägigen Fällen ein Verschulden wegen fehlender Diagnose von dem Gutachter zurückgewiesen. In dem einen handelte es sich um eine Verwechslung mit *Blinddarmentzündung*.

Nach Feststellung eines negativen Befundes am Wurmfortsatz wurde durch Verlängerung des Operationsschnittes die Gallenblase freigelegt und an dieser eine schwere eitrige Entzündung festgestellt. Mit Rücksicht auf den Allgemeinzustand wurde nur eine palliative Operation vorgenommen (Annähen der Gallenblase an die Bauchwand und Ableitung des eitrigen Inhalts). Erst später wurde dann die Entfernung der Gallenblase vorgenommen. Dieses Vorgehen wurde im Gutachten als den chirurgischen Grundsätzen entsprechend bezeichnet.

Im zweiten Fall wurde die Behauptung aufgestellt, daß bei rechtzeitig gestellter Diagnose die spätere Operation vermieden wäre, bzw. daß der Heilverlauf kürzer gewesen wäre. Beide Einwände wurden vom Gutachter abgelehnt, der darauf hinwies, daß die Beschwerden bei Gallensteinleiden durchaus nicht immer auf den Ort der Erkrankung hinweisen, sondern daß häufig Magenbeschwerden im Vordergrund stehen.

Wegen nicht diagnostizierter *Rippenfellentzündung* wurden 2 Fälle durch Vergleich geregelt. In dem einen Fall war Bronchitis angenommen, und in dem anderen war die Punktion des Ergusses zu spät erfolgt.

Aus zwei weiteren Fällen ist für jeden Arzt die Lehre zu ziehen, von der *Vornahme von Mandelabstrichen* zwecks Untersuchung auf Diphtheriebacillen möglichst häufig Gebrauch zu machen. Man muß daran denken, daß die *Diphtherie* häufig einen atypischen Verlauf nimmt, und daß z. B. die bekannte Membranbildung nicht auftritt. Tritt, wie in einem unserer Fälle, ein tödlicher Ausgang ein, so wird die Schuldfrage meist zuungunsten des Arztes entschieden werden.

Wegen nicht erkannter *Lues* wurden in 2 Fällen gegen die Ärzte Haftpflichtansprüche erhoben; es erfolgte vergleichsweise Beilegung. — Im Gegensatz hierzu wurde in einem anderen Falle Klage erhoben wegen irrtümlicher Diagnose auf Lues, und zwar gestützt auf den später festgestellten negativen Ausfall der Blutprobe. Da aber eine spezifische Behandlung vorher durchgeführt war, so konnte der Beweis einer falschen Diagnose nicht geführt werden.

Es seien noch weitere 6 Fälle angeführt, die in ihrer Erscheinungsform geeignet sind, als warnende Beispiele zu dienen. — Für Beschwerden

in der rechten Bauchgegend, die irrtümlich zu der Diagnose Blinddarm-entzündung führten, wurde später eine *Nierentuberkulose* nachgewiesen; ein Verschulden des Arztes wurde vom Gericht abgewiesen. In einem anderen Falle wurde fälschlich „Nesselausschlag“ statt *Krätze* diagnostiziert und eine mäßige Entschädigungssumme geboten. — Ein *Rentenneurotiker* veranlaßte ein umständliches Verfahren gegen 5 Beklagte mit der Behauptung, daß ein Magenkrebs bei ihm nicht diagnostiziert sei, was sich als unzutreffend erwies. — Eine *Kniegelenks-gonorrhöe* wurde nicht erkannt, und Behandlung wegen angeblicher rheumatischer Beschwerden durchgeführt. Die Anschuldigung des Arztes hatte keinen Erfolg, da die Krankheit durchaus atypisch verlief.

Gegen die Leitung eines Krankenhauses wurde in einem Falle der Vorwurf wegen nicht gestellter Diagnose erhoben.

Es handelte sich um einen Neugeborenen, bei dem einen Tag nach der Entlassung „Angina und Meningismus“ festgestellt wurde. Er erfolgte Abweisung nach dem herbeigezogenem Gutachten: „Bei der Entlassung wurde das Kind für gesund befunden, und am folgendem Tag stellte eine Kinderärztin Erkältung fest. Wenn nun der Vater angibt, daß der Transport aus dem Krankenhaus in die nahe gelegene Wohnung sehr schnell vor sich ging, so ist doch darauf hinzuweisen, daß erfahrungsgemäß die bei dem Transport unvermeidlichen Temperaturschwankungen bei Säuglingen in kürzester Zeit eine Erkältung auslösen können. Die Möglichkeit, daß demnach das Kind sich erst nach der Entlassung erkältet hat, ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Für diese Ansicht spricht die Tatsache, daß die Kinderärztin bei ihrer ersten Untersuchung nur verhältnismäßig geringfügige Erkältungserscheinungen feststellte . . . Wenn außerdem auch bei der Mutter eine Erkältung vorlag, so muß ferner mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß das Kind von der Mutter angesteckt wurde, zumal Säuglinge außerordentlich schnell derartige Infekte aufnehmen.“

Aus der Praxis des Reichsgerichtes sind 3 Fälle unrichtiger Diagnose, demzufolge unterbliebener Operation und verspäteter Überweisung in fachärztliche Behandlung mitzuteilen, unter teilweise wörtlicher Wieder-gabe der beachtlichen grundsätzlichen Ausführungen.

In dem Urteil vom 3. März 1936 (III 159/35) wurde der Arzt eines Krankenhauses wegen unrichtiger Diagnose und dementsprechend falscher Behandlung für verantwortlich erklärt, weil er *Diagnose auf Schenkelhalsbruch festgestellt hatte, während eine Verrenkung im Hüft-gelenk mit gleichzeitigem Bruch des Pfannenrandes vorlag.*

Das Berufungsgericht hatte die fahrlässige Behandlung darin erblickt, daß der Beklagte nicht Veranlassung genommen hat, sich nach Verlauf von 8—10 Tagen durch Vornahme einer nochmaligen eingehenden klinischen Untersuchung oder durch Aufnahme eines neuen Röntgenbildes von der Richtigkeit seiner Diagnose zu überzeugen. Es hatte hierzu erwogen, es sei allgemein davon auszugehen, daß Röntgenaufnahmen erfahrungsgemäß so wenig Sicherheit bieten, daß sie grundsätzlich nur als ein Teil der notwendigen Untersuchungsmaßnahmen angesehen werden könnten. Dazu sei das am 8. September 1928 aufgenommene Röntgenbild unscharf und schlecht gewesen. Außerdem sei dem Beklagten die von Dr. H. gestellte Diagnose auf Hüftverrenkung und sein vergeblicher Einrenkungsversuch

bekannt gewesen. Weiterhin habe der gesamte klinische Befund, Anhalten der heftigen Schmerzen über 5 Tage hin trotz Anlegens des Streckverbandes, Bestreben des Klägers, durch Aufsitzen seine Beschwerden zu verringern, den Beklagten stutzig machen müssen. Dies treffe auch für die nach dem Gutachten der Sachverständigen Dr. B. und Dr. S. und nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. C. typischen Erscheinungen einer Hüftverrenkung zu, nämlich Beugung des Oberschenkels in der Hüfte, Innendrehung des Beines, Verkürzung des Beines und anormale Stellung des Oberschenkelkopfes. Wenn auch zu berücksichtigen sei, daß diese Merkmale, von denen die dürftig abgefaßte Krankheitsgeschichte ausdrücklich nur die Beugung des Oberschenkels in der Hüfte erwähne, durch die vergeblichen Einrenkungsversuche des Dr. H. und die hierdurch hervorgerufene Blutung und Anschwellung des Hüftgelenks mehr oder weniger stark verwischt gewesen seien, so entschuldige dies doch nur, daß der Beklagte nicht sofort eine richtige Diagnose gestellt habe. Den Verdacht einer Luxation hätten die bezeichneten Erscheinungen auch in der Form, wie sie zutage getreten seien, jedenfalls nahelegen und dem Beklagten Veranlassung geben müssen, seine Diagnose kritisch zu überprüfen, und zwar um so mehr, als er auf Grund seiner Kenntnis von dem vergeblichen Einrenkungsversuch des Dr. H. mit einer gewissen Verschleierung des Krankheitsbildes habe rechnen müssen. Dem stehe nicht entgegen, daß nach dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. G. die obengenannten Merkmale der Hüftverrenkung auch als solche des intrakapsulären Schenkelhalsbruches auftreten könnten; denn auch dieser Sachverständige verkenne nicht, daß die Erscheinungen bei dem intrakapsulären Schenkelhalsbruch viel seltener aufträten als bei der Hüftverrenkung, und nach der Auffassung des Sachverständigen Dr. B. müsse ein erfahrener Chirurg bei Vorliegen dieser Erscheinungen mindestens in erster Linie an eine Hüftverrenkung denken. Im Anschluß an das Gutachten des Prof. Dr. A. hat das Berufungsgericht angenommen, daß die Lage des Oberschenkels im Streckverband nach Verlauf von 8—10 Tagen sich so wesentlich gebessert hatte, daß die Anfertigung eines völlig einwandfreien Röntgenbildes möglich gewesen wäre, daß zu dem gleichen Zeitpunkte aber auch eine erneute klinische Kontrolle die richtige Diagnose jederzeit hätte erkennen lassen. Der Beklagte habe beide Maßnahmen unterlassen und sich dadurch eines fahrlässigen Verhaltens schuldig gemacht.

Diese Ausführungen hat das Reichsgericht gebilligt. Es erblickt das fahrlässige Verhalten des Beklagten darin, daß er es unterlassen hat, nach etwa 8—10 Tagen durch Vornahme einer genauen klinischen Untersuchung oder durch eine neue Röntgenaufnahme die bisherige Diagnose zu überprüfen. Hätte er eine dieser Maßnahmen getroffen, so würde die Unrichtigkeit der bisherigen Diagnose erkannt und die wirklich bestehende Verletzung festgestellt worden sein.

Das Urteil vom 19. Mai 1931 betrifft die Frage der *Haftung des Staates, wenn der Gefängnisarzt die Sarkomerkrankung eines Untersuchungsgefangenen nicht erkannt hat* und deshalb eine Operation unterblieben ist. Das Berufungsgericht hatte in Übereinstimmung mit dem Sachverständigengutachten festgestellt, daß bei Anwendung aller der ärztlichen Wissenschaft zu Gebote stehenden Mitteln die Krankheit H.s vom Gefängnisarzt als Sarkom hätte erkannt werden können. Das Berufungsgericht glaubt aber ein Verschulden desselben verneinen zu können, da er naturgemäß nicht über die Erfahrung eines Facharztes

verfügt, und die Beschwerden des H. nach dessen Angabe ohne Fahrlässigkeit zunächst mit Rheumatismus habe erklären können, zumal die Erkennung eines Sarkoms im Anfang der Krankheit sehr schwierig sei. — Das *Reichsgericht* läßt es dahingestellt, ob mit diesen Ausführungen die Sorgfaltspflichten, welche ein Arzt zur Erkennung des Leidens aufwenden muß, ausreichend gewürdigt sind. Es hält aber die Abweisung der Klage deshalb für gerechtfertigt, weil der ursächliche Zusammenhang zwischen einem etwaigen Verschulden des Arztes und dem Schaden der Kläger nicht nachgewiesen sei.

Interessante Ausführungen über die Aufklärungspflicht in einem Falle, in dem dem behandelnden Arzt der Vorwurf verspäteter Überweisung des Patienten in fachärztliche Behandlung gemacht wird, enthält das Urteil des Reichsgerichts vom 26. Januar 1937 (III 140/36).

Der Tatbestand war folgender:

Am 27. November 1933 hat der Kläger im Arbeitsdienst dadurch einen Unfall erlitten, daß ihm ein eiserner Träger aus 1 m Höhe auf den rechten Arm fiel. Der Arm wurde dabei auf einen am Boden liegenden Stein gequetscht. Dadurch wurden die beiden rechten Unterarmknochen gebrochen; ferner entstand an der oberen Armfläche eine Hautabschürfung und an der unteren Armfläche eine blutende Wunde. Mit einem Notverband wurde der Kläger in das von dem Beklagten geleitete Krankenhaus in P. eingeliefert und dort vom Beklagten behandelt. Nach Anfertigung einer Röntgenaufnahme legte der Beklagte dem Kläger einen zirkulären Gipsverband an. Der Verband war über den Wundverletzungen mit sog. Fenstern (Ausschnitten) versehen, durch die diese Verletzungen beobachtet und behandelt werden konnten. Am dritten Tage (29. November) wurde der zirkuläre Verband wegen Anschwellens der Hand aufgeschnitten und als einfache Gipschiene wieder angelegt. Der Arm wurde dann mit Spiritus und essigsaurer Tonerde behandelt. Am 2. Dezember stellte der Beklagte eine Verschlechterung des Zustandes des Klägers fest; das Fieber stieg, und der Beklagte beschloß deshalb, den Kläger am nächsten Tage in fachärztlicher Behandlung zu überweisen. Da der nächste Tag (3. Dezember) aber ein Sonntag war, und das Fieber in der Nacht etwas gefallen war, wurde der Kläger erst am Montag, dem 4. Dezember, in das Krankenhaus in N. überführt. Dort schritten die Ärzte noch am selben Tage wegen fortschreitender Infektion zu einer Operation, wobei dem Kläger der verletzte Arm bis auf den halben Oberarm abgenommen wurde. Später wurde eine Nachamputation erforderlich; auch mußte sich der Kläger noch weiteren Operationen infolge sich bildender Eiterherde unterziehen.

Für alle durch diese Operation bedingten Schäden macht der Kläger den Beklagten verantwortlich. Er macht ihm zum Vorwurf, er habe die Schwere der Wundverletzungen nicht richtig erkannt, habe deshalb den Arm falsch behandelt, als er diesen in einen zirkulären Gipsverband gelegt habe, und habe den Kläger zu spät der fachärztlichen Behandlung zugeführt. Er behauptet, bei rechtzeitiger Überweisung in das N.er Krankenhaus wäre eine Abnahme des Armes vermieden worden, weil da die Entzündung noch durch die Vornahme von tiefen Einschnitten (sog. Spaltinzisionen) erfolgreich hätte bekämpft werden können.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Oberlandgericht hat nach Einholung eines ärztlichen Obergutachtens die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Auf die Revision des Klägers hat das *Reichsgericht* das Berufungs-

urteil aufgehoben und die Sache in die Vorinstanz zurückverwiesen. Es führt zur Begründung dieser Entscheidung u. a. aus:

Das Berufungsurteil gibt insofern zu Bedenken Anlaß, als es sich um die Frage handelt, ob der Beklagte den Kläger nicht zu spät in fachärztliche Behandlung überwiesen hat. Das Berufungsgericht hat hierzu folgendes ausgeführt: Bei der Geringfügigkeit der äußeren Verletzungen und der einfachen Form des Bruches hätte vor dem 29. November eine Überweisung zum Facharzt keinesfalls in Erwägung gezogen werden müssen. Aber auch nach dem 29. November hätte sich der Beklagte, wie die Gutachten übereinstimmend hervorheben, nach dem Verlauf der Fieberkurve für berechtigt halten dürfen, die Entzündungserscheinungen mit den üblichen Mitteln (Kühlen mit Spiritus und essigsaurer Tonerde) zu behandeln. Zweifel könnten allerdings darüber bestehen, wie sich der Beklagte am 2. Dezember hätte verhalten sollen. Ein besonders vorsichtiger Arzt würde den Kläger vielleicht noch am selben Abend zum Facharzt haben bringen lassen. Nach der Fieberkurve habe der Beklagte aber mit der Überweisung auch bis zum nächsten Tage (3. Dezember) warten dürfen. Wenn er sich dann am nächsten Tage entschlossen habe, noch einen weiteren Tag bis zum 4. Dezember mit der Überführung zu warten, so lasse sich auch diese Maßnahme vertreten, da infolge der verstärkten Bemühungen des Beklagten das Fieber in der vorhergegangenen Nacht von 38,3° auf 37,8° gefallen sei. Dann führt das Berufungsgericht weiter aus: Selbst wenn aber der Beklagte auch schon am Abend des 2. Dezember den Kläger einem Facharzt hätte zuführen müssen, sei er doch nicht schadenersatzpflichtig, da es am Nachweis eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen solcher Unterlassung und der Abnahme des Armes fehle. Der Kläger könne den ihm obliegenden Nachweis nicht führen, daß nach dem Stande der Entzündung die Amputation noch am Abend des 2. Dezember vermeidbar gewesen sei. Denn nach dem Gutachten der Universitätsklinik habe es sich ‚offenbar um eine ganz schwere fortschreitende Infektion‘ gehandelt, bei der ‚auch eine zeitiger vorgenommene chirurgische Behandlung wahrscheinlich an dem Endausgang nichts geändert hätte‘. Wenn auch nicht die Möglichkeit auszuschließen sei, daß der Arm zu einem früheren Zeitpunkt noch hätte gerettet werden können, so könne eine solche Möglichkeit doch nicht vermutet werden, so daß der Kläger insoweit für den ursächlichen Zusammenhang beweisfällig geblieben sei.

Bei diesen seinen Ausführungen stützt sich das Berufungsgericht hauptsächlich auf das Obergutachten der Universitätsklinik B. Schon vor Erstattung dieses Gutachtens hatte der Kläger beantragt, zunächst Beweis darüber zu erheben, wie der Einlieferungsbefund bei der Überweisung in das Krankenhaus in N. gewesen sei, der den folgenschweren Entschluß der dortigen Ärzte zur Abnahme des Armes zur Folge hatte, weil nur so die Sachlage erschöpfend geklärt werden könne. Das Berufungsgericht hat diesen Antrag abgelehnt. In dem dann eingeholten Obergutachten heißt es hierzu eingangs, daß das Vorliegen des Aufnahme- und Operationsbefundes aus dem Krankenhaus in N. zur Klärung und Beurteilung des Sachverhalts ‚nicht unbedingt‘ notwendig erscheine. Diese Bemerkung schließt nicht aus, daß die Krankenpapiere aus N. vielleicht doch von Bedeutung hätten sein können. Der Kläger hat dann erneut auf die Notwendigkeit einer Heranziehung dieser Papiere hingewiesen. Er hat dazu ein Schreiben des Direktors der Chirurgischen Klinik in L., Prof. Dr. P., vorgelegt, den der Kläger um die Erstattung eines Privatgutachtens gebeten hatte. In diesem Schreiben erklärt Prof. Dr. P. eine Begutachtung des Falles dann für zwecklos, wenn eine genaue Schilderung des Zustandes des Verletzten bei der Aufnahme in das Krankenhaus in N. und eine Aufklärung durch den Operations- und nachträglichen Befund an der abgenommenen Gliedmaße fehle. Über die solchermaßen vom Kläger beantragte weitere

Aufklärung durch Herbeischaffung des Aufnahme- und Operationsbefundes aus N. und nötigenfalls durch eine weitere Begutachtung an Hand dieser Unterlagen durfte das Berufungsgericht nicht ohne weiteres hinweggehen, ehe es ein Verschulden des Beklagten an der erst am 4. Dezember erfolgten Überführung des Klägers in fachärztliche Behandlung verneinte und den Kläger hinsichtlich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einer etwa doch vorliegenden Verspätung und der Abnahme des Armes für beweisfällig erklärte.

8. Röntgenologie.

Es ist eine erwiesene Tatsache, daß ein großer Teil aller Arzthaftpflichtfälle auf *unterlassene Röntgenuntersuchung* zurückzuführen ist (nach F. KÖNIG 10 %), und es ist ferner bekannt, daß die Rechtsprechung im allgemeinen einen strengen Standpunkt gegen Versäumung dieser Untersuchungsmethode einnimmt, besonders wenn diese eine unsachgemäße Behandlung zur Folge hatte. Auch nach den medizinischen Forschungsergebnissen ist grundsätzlich zu verlangen, die Röntgenkontrolle weitgehend auszunutzen. Sie ergänzt die klinische Untersuchung in hohem Maße, und es ist nicht zu leugnen, daß auch, wenn man einer Diagnose ganz sicher zu sein glaubt, sich im Röntgenbild ein unerwarteter Befund zeigt. Ebenso werden umgekehrt ohne Röntgenuntersuchung fälschlich Knochenbrüche diagnostiziert und mit fixierenden Maßnahmen behandelt. So ist die Röntgenuntersuchung wie kaum eine andere Methode geeignet, zur Bestimmung des Heilplanes beizutragen, sowie unnötige Gelenkschädigung und Rentenzahlung zu vermeiden.

Der häufig gehörte Einwand, daß nach dem Entstehungsmechanismus der Verletzung und den klinischen Erscheinungen eine Beteiligung des Knochens nicht zu vermuten war, ist meist nicht stichhaltig; der Arzt muß auch die entfernteste Möglichkeit in den Kreis seiner Überlegungen ziehen. Häufig wird die *Vornahme der Röntgenuntersuchung von den Patienten oder ihren Angehörigen abgelehnt*. In diesem Falle ist zur Vermeidung späterer Regreßansprüche *dringend zu raten, sich hierüber einen Revers unterschreiben zu lassen*. Auch die entstehenden Unkosten sowie ungünstige Transportverhältnisse dürfen keinen Hinderungsgrund darstellen.

Es ist selbstverständlich, daß die *Röntgenaufnahme technisch einwandfrei* durchgeführt werden muß, und daß weder ein Übersehen noch eine Vortäuschung von Frakturlinien erfolgen darf. Auch muß auf einwandfreies Material zur Ausschaltung von Irrtümern geachtet werden. In welchem Ausmaße die Röntgenkontrolle im Verlaufe einer Verletzungsbehandlung wiederholt wird, muß der Arzt von Fall zu Fall entscheiden; erforderlich ist aber immer die erste *Kontrollaufnahme* nach Reposition eines Knochenbruches oder einer Verrenkung.

Für die *Begutachtung* wird in jedem Falle die Frage zu beantworten sein, *ob dem Verletzten durch Unterlassung der Röntgenkontrolle ein Schaden entstanden ist*; diese schließt die Entscheidung darüber ein, ob die durchgeführte Behandlung unsachgemäß war, und ob das erzielte Heilungsergebnis ein besseres geworden wäre.

Im Vordergrund stehen naturgemäß Knochenverletzungen, während über unterlassene Röntgenuntersuchung der *Lunge* nur 2 Fälle vorliegen. In dem einen war Bronchitis und Kehlkopfentzündung angenommen worden; da aber der Nachweis zu führen war, daß zu dieser Zeit seitens der später hervorgetretenen Lungentuberkulose noch keine Erscheinungen bestanden, erfolgte Abweisung der Ansprüche. In dem anderen Falle hatte der Arzt sich mit Durchleuchtung begnügt und die bestehenden Krankheitserscheinungen verkannt; es erfolgte vergleichsweise Abfindung. — Dieser Fall darf uns als Lehre dienen, daß eine *Röntgendurchleuchtung* nicht genügt; es muß immer eine Aufnahme erfolgen.

Aus dem Gebiete der Knochenbrüche liegt ein Material vor, das sich zu gleichen Teilen auf Arm und Bein erstreckt. In einem Falle war eine *Schulterfraktur* nicht diagnostiziert; eine Röntgenaufnahme hielt der Arzt nicht für unbedingt erforderlich. Die Behandlung erfolgte unter der Annahme einer „Schulterkontusion mit Verdacht auf kleine Splitterung“ durch Anlegung eines Stärkeschienenverbandes mit Achselkissen. Der gerichtliche Sachverständige verneinte die Frage eines ärztlichen Kunstfehlers; es sei auch trotz unzureichender Behandlung kein Schaden entstanden. Darauf erfolgte Klageabweisung.

Die Gegend des *Ellbogengelenks* ist mehrfach betroffen. In 2 Fällen handelte es sich um Brüche an der Ellenbogenspitze. Der eine Fall verlief folgenlos, in dem anderen Falle wurde ein Behandlungsfehler darin gesehen, daß die Ruhigstellung des Armes unterlassen sei.

In dem Gutachten kam zum Ausdruck, daß die Anwendung von Umschlägen für 8 Tage, um ein Zurückgehen des starken Blutergusses zu erzielen, berechtigt war. Ein sogleich angelegter Gipsverband würde die Gefahr der Abschnürung mit sich bringen. Durch den alsdann zugezogenen Facharzt wurde die Diagnose festgestellt und die Behandlung mit günstigem Endergebnis durchgeführt. Die Ruhigstellung im Armatagetuch wurde für die ersten Tage als ausreichend bezeichnet.

In einem Falle von *Speichenköpfchenbruch* kam es zu einer Verurteilung des beschuldigten Arztes wegen unterlassener Röntgenkontrolle und unsachgemäßer Behandlung. — Aus dieser Beobachtung ergibt sich die Folgerung, daß die Möglichkeit des Vorliegens dieser Bruchform bei äußeren Gewalteinwirkungen auf das Ellbogengelenk immer zu erwägen ist, besonders bei Fall auf die Hand mit gestrecktem oder gebeugtem Ellbogen. Eine rechtzeitige Röntgendiagnose ist hier deshalb besonders wichtig, weil der Gefahr einer drohenden Gelenkversteifung vielfach durch frühzeitige Operation begegnet werden kann.

Ebenso muß im Kindesalter immer an die Möglichkeit eines *Oberarmbruches* oberhalb des Ellbogengelenkes gedacht werden (suprakondyläre Fraktur). In einem Falle war die Diagnose auf „Verstauchung“ gestellt und die Behandlung entsprechend durchgeführt worden. Eine Röntgenaufnahme erfolgte erst nach 9 Wochen, das Heilergebnis war ungünstig.

Das Vorkommen des *Speichenbruches* an typischer Stelle ist so häufig, daß es sich dringend empfiehlt, sich nicht mit der Annahme einer Verstauchung zu begnügen, sondern die Diagnose durch Röntgenaufnahme zu sichern. Wenn eingewendet wird, daß in vielen Fällen die Bruchzeichen hier so deutlich hervortreten, daß die klinische Untersuchung genügt, so ist darauf aufmerksam zu machen, daß es für die einzuleitende Behandlung wesentlich ist, Form und Ausmaß der Verschiebung der Bruchstücke genau zu kennen. — In dem einen unserer Fälle wurde „Sehnenzerrung“ angenommen, wobei das Heilergebnis noch leidlich gut war, so daß ein Vergleich erfolgte. In dem anderen Falle kam es zu einer Klageabweisung, weil das Landgericht zu dem Ergebnis gelangte, daß die vom beklagten Arzt angewandte Behandlung trotz der falsch gestellten Diagnose sachgemäß war, da die Behandlung auch dann die gleiche gewesen wäre, wenn der Beklagte den Bruch sofort erkannt hätte, so daß also aus der Behandlung des Beklagten gar kein Schaden entstanden sein könne.

Ein Verschulden wegen Unterlassen einer erneuten Röntgenaufnahme bei einer Verrenkung im Hüftgelenk mit Bruch des Pfannenrandes nimmt das Reichsgericht in dem oben unter 7.) mitgeteilten Urteil vom 3. März 1936 (III 159/35) an.

Dort hatte die Revision des Beklagten eingewendet, das Berufungsgericht habe nicht berücksichtigt, daß Prof. Dr. A. in seinem Gutachten ausgeführt habe, das Röntgenbild sei stark irreführend gewesen, und die sichtbaren abgesprengten Splitter neben dem Schenkelhals hätten einen Schenkelhalsbruch vorgetäuscht; erst nachher habe sich herausgestellt, daß diese Splitter vom Pfannenrand und nicht vom Oberschenkel stammten. Sie vermißt eine Auseinandersetzung des Berufungsgerichts mit diesem die Beklagten entlastenden Umstände. Diese Rüge erachtete das Reichsgericht für unbegründet. Es führt dazu aus: Freilich hat sich Prof. Dr. A. in seinem Gutachten dahin geäußert, das am 8. September 1928 erhaltene Röntgenbild sei stark irreführend gewesen; man habe aus ihm die Diagnose Verrenkung nicht mit Sicherheit stellen können, im Gegenteil hätten die sichtbaren abgesprengten Splitter neben dem Schenkelhals einen Schenkelhalsbruch vorgetäuscht. Das hat das Berufungsgericht aber auch keineswegs übersehen. Gerade weil das Röntgenbild irreführend war und eine sichere Diagnose nicht zuließ, hat es mit Prof. Dr. A. abweichend von dem viel weitergehenden Gutachten des Geheimrat Prof. Dr. B. dem Beklagten nicht zum Vorwurf gemacht, daß er zunächst eine unrichtige Diagnose gestellt hatte. Auf der anderen Seite steht Prof. Dr. A. aber auch nicht auf dem Standpunkt, die Röntgenaufnahme sei so irreführend gewesen, daß sie zu der sicheren Annahme eines Oberschenkelhalsbruches habe führen müssen; er ist im Gegenteil der Meinung, daß das Röntgenbild eine sichere Diagnose nicht zugelassen habe, und daß deshalb schon allein die Tatsache, daß der Kläger

von Dr. H. mit der Diagnose Hüftverrenkung in das Krankenhaus geschickt worden sei, nachdem diesem die Wiedereinrenkung nicht gelungen sei, dem Beklagten Veranlassung habe geben müssen, entweder durch eine genaue klinische Untersuchung oder durch Aufnahme eines einwandfreien Röntgenbildes die bisherige Diagnose nachzuprüfen, sobald, was nach etwa 8—10 Tagen der Fall gewesen sei, der Zustand des Patienten eine dieser Maßnahmen gestattet habe.

In einem anderen Fall wurde wegen Verkennens eines Schrägbruches am Grundglied des *Kleinfingers* von dem Vater des Verletzten gegen den Arzt der Vorwurf der Fahrlässigkeit erhoben.

In dem Gutachten wird die Angabe des Arztes, daß er wegen des starken Blutergusses erst einige Tage unter Ruhigstellung des Fingers abwarten wollte, als glaubhaft und zulässig bezeichnet (Patient blieb nach 5 Tagen aus der Behandlung fort). — Der Heilungsverlauf wurde nicht beeinträchtigt, da sofort ein Schienenverband angelegt und in den nächsten Tagen sachgemäß kontrolliert wurde.

Bei Verletzungen der Kniegegend führt die Unterlassung einer Röntgenaufnahme nicht selten zur Verkennung eines *Schienbeinkopfbruches*. In einem Falle erfolgte Zurückweisung des Vorwurfes unsachgemäßer Behandlung, da diese auch nach erfolgter Röntgendiagnose keine andere gewesen wäre; auch das erzielte Heilungsergebnis wäre nicht anders ausgefallen. — In einem anderen Falle, bei dem angeblich eine Heilung des Bruches in schiefer Stellung erfolgte, wurde die Klage abgewiesen, weil die durchgeführte Behandlung richtig war. — Dagegen konnte in einem dritten Falle dem Arzt der Vorwurf unsachgemäßer Behandlung nicht erspart werden.

Es bestand ein starker Bluterguß im Kniegelenk nach Anschlagen des Knies beim Turnen. Es wurde 3 Wochen Bettruhe durchgeführt, danach mit Gehübungen begonnen. Dies wirkte sich besonders ungünstig aus, weil nach dem später hergestellten Röntgenbild neben einem Bruch des äußeren Oberschenkelknochens mit Verschiebung des abgesprengten Knochenstückes nach hinten und oben noch eine Verletzung der Ansatzstelle der Kreuzbänder vorlag. — Das Heilungsergebnis war ungünstig (Wackelknie).

Wegen fehlender Röntgenuntersuchung bei *Unterschenkelbrüchen* liegen 4 Fälle vor. In dem einen kam es mangels einer Einrichtung der Bruchstücke zu einer Heilung mit starker Verschiebung der Bruchstücke; die Erledigung erfolgte auf dem Wege des Vergleiches. — In einem anderen Falle hatte der Arzt auf eine Röntgenaufnahme verzichtet, weil er sogleich einen äußeren Knöchelbruch erkannte, der sachgemäß behandelt wurde. Ein von der Patientin später zugezogener Kollege stellte auf Grund einer Röntgenuntersuchung die Diagnose „Wadenbeinbruch“, so daß nunmehr gegen den ersten Arzt wegen angeblich falscher Diagnose Ersatzansprüche gestellt wurden.

Der Gutachter wies nach, daß es sich um den gleichen Verletzungsbefund im untersten Teil des Wadenbeins handelte. „Es muß besonders betont werden, daß einem Arzte nachträglich doch kein Vorwurf wegen unterlassener Röntgenaufnahme gemacht werden kann, wenn er schon bei der ersten Untersuchung die richtige Diagnose gestellt hat. Auch die durchgeführte Behandlung entspricht durchaus den chirurgischen Anschauungen.“

In zwei Fällen von *Unterschenkelbruch oberhalb des Fußgelenkes* war die Heilung in ungünstiger Stellung der Bruchenden erfolgt.

In dem ersten Falle erwies sich die durchgeführte Behandlung (Reposition in Narkose und Gipsverband) als sachgemäß. Wegen des Vorwurfes der Unterlassung einer Röntgenaufnahme wurden die ländlichen Verhältnisse berücksichtigt. Der Gutachter wies auf die Gefahren hin, die bei längerem Transport für einen Frischverletzten entstehen können (Fettembolie!). Die besonderen Umstände ließen den Transport nicht für ratsam erscheinen, wenn auch damit nicht etwa ein Freibrief für die Landpraxis gefordert werden soll.

In dem zweiten Falle war es zu einer schweren Verkrümmung im unteren Drittel des Unterschenkels gekommen, da unter der irrtümlichen Diagnose „Verstauchung“ eine frühzeitige Belastung erfolgt war. Hier wäre nach dem Gutachten eine Röntgenkontrolle unbedingt erforderlich gewesen und bei genügend langer Fixierung die eingetretene Schiefstellung vermieden worden.

„Die Verwechslung dieser Verletzungsfolge mit einer Verstauchung ist wohl in den ersten Tagen als möglich anzusehen. Im weiteren Verlauf mußte jedoch der Verdacht entstehen, daß eine schwerere Verletzung zugrunde liegt. Die Tatsache, daß keine Crepitation festzustellen war, konnte diesen Verdacht nicht herabsetzen... Es erscheint auch die Angabe der Verletzten glaubhaft, daß sie immer sehr starke Schmerzen gehabt habe, die überhaupt nicht milder wurden. Diese Tatsache hätte bei dem behandelnden Arzt erneut den Verdacht hervorrufen müssen, daß es sich nicht nur um eine einfache Verstauchung handelte... Auch die Angabe, daß nach einigen Wochen erst Schiefstellung eintrat und sonst eine Röntgenuntersuchung sofort erfolgt wäre, ist nicht stichhaltig. Als die Schiefstellung eintrat, war es natürlich schon zu spät; die Deformierung wurde durch Belastung der frischen Bruchstelle hervorgerufen.

Die *verspätete Vornahme einer Röntgenuntersuchung* wird ebenfalls nicht selten zum Anlaß genommen, gegen den Arzt klagbar vorzugehen. In dem einen Fall handelte es sich um einen Einbruch an dem fußnahen Gelenkende des rechten Schienbeins und eine Fissur am hinteren Rande. Die Röntgenaufnahme erfolgte am siebenten Tage nach der Verletzung; wegen des bestehenden Blutergusses war zuerst Bettruhe durchgeführt. Das Heilungsergebnis war sehr günstig, und ein Verschulden des Arztes wurde abgelehnt.

In einem anderen Falle lag ein Bruch des Sprungbeins mit teilweiser Verrenkung (Subluxation) vor; die Röntgenaufnahme erfolgte erst am 26. Tage. Eine Verschlechterung des Heilungsergebnisses hierdurch wurde vom Gutachter abgelehnt.

„Die Vorsicht, die Dr. X. bei der Behandlung hat walten lassen, indem er unbedingte Bettruhe empfahl, ist durchaus zu billigen. Es mußte mit einer Verletzung innerer Organe gerechnet werden, und Dr. X., der die Patientin regelmäßig besuchte, war berechtigt, sein Augenmerk hierauf zu richten.“

Bei einem *Knöchelbruch* wird auch häufig der Einwand erhoben, daß die Diagnose durch klinische Untersuchung gesichert und daher eine Röntgenuntersuchung unnötig sei. Es ist aber zu berücksichtigen, daß *häufig mit dieser Bruchform eine Verrenkungsstellung des Sprungbeins*

verbunden ist, deren Aufklärung durch Röntgenbild für den Heilungsverlauf von entscheidender Bedeutung ist. In einem unserer Fälle war eine Verrenkung des oberen Sprunggelenks zurückgeblieben, die wahrscheinlich bei vorliegender Röntgendiagnose hätte beseitigt werden können.

Von 4 weiteren Fällen konnte einmal ein Verschulden des Arztes abgelehnt werden, da die Behandlung trotz irrtümlicher Diagnose „Verstauchung“ sachgemäß durchgeführt war mit günstigem Heilerfolg. In zwei weiteren Fällen war die Röntgenaufnahme vom Patienten abgelehnt worden.

In beiden war die Behandlung richtig, aber die Unterlassung der Röntgenaufnahme bezeichnete der Gutachter als fehlerhaft.

In zwei Urteilen des Reichsgerichts (vom 20. Juni 1930 und vom 22. Dezember 1922) wird der Arzt für haftbar erklärt, wenn er eine nach Lage der Sache gebotene Röntgenuntersuchung unterläßt. Danach erscheint ein Arzt, der eine Röntgenaufnahme ermöglichen kann, zur Sicherheit der Diagnose auch verpflichtet, eine solche vorzunehmen und den Kranken darauf aufmerksam zu machen. Nur wenn dieser auf die Durchleuchtung verzichtet, ist der Arzt entschuldigt. Wie die gänzliche Unterlassung einer Röntgenaufnahme den Arzt schadenersatzpflichtig macht, so auch die *Unvollständigkeit einer Röntgenuntersuchung*, ebenso die schuldhafte *Verzögerung einer solchen*. In allen solchen Fällen sieht das Reichsgericht das Verhalten des Arztes, der durch die Unterlassung oder Hinausschiebung der Röntgendurchleuchtung die Heilungsmöglichkeit erschwert oder vereitelt, einen Kunstfehler, für dessen Folgen der Arzt einzustehen hat.

In einem vom Reichsgericht am 24. Januar 1933 (III 87/32) entschiedenem Fall hatte sich die Ehefrau des Klägers am 5. März 1929 eine Ausrenkung (Luxation) des linken Ellenbogengelenks zugezogen und war anschließend vom Beklagten ärztlich behandelt worden. Das Gelenk ist steif geblieben. Der Kläger führt den gegenwärtigen Zustand des Gelenks auf schuldhaft unrichtige Behandlung durch den Beklagten zurück. Er macht dem Beklagten den Vorwurf, daß er eine rechtzeitige Durchleuchtung des verletzten Gelenks versäumt, infolgedessen die Art der Verletzung verkannt und eine falsche Behandlung eingeschlagen habe. Das Landgericht hatte angenommen, es sei nicht bewiesen, daß die Unterlassung der Röntgenaufnahme, auch wenn man sie als Kunstfehler ansehen wolle, ursächlich für den eingetretenen Zustand gewesen sei. Das Berufungsgericht hat dagegen festgestellt, daß die Versäumung der Röntgendurchleuchtung schuldhaft gewesen sei und zu einer falschen Behandlung der Verletzung geführt habe. Es meint weiter: „Der ursächliche Zusammenhang zwischen dem schuldhaften Verhalten des Beklagten und dem jetzigen Zustand des Arms der klägerischen Ehefrau sei gegeben. Der eingetretene ungünstige Erfolg wäre ohne das Verschulden des Beklagten auch nicht eingetreten.“ Es seien auch weitere Folgen möglich, deshalb sei der Klageanspruch in vollem Umfang gerechtfertigt. Dem trat das Reichsgericht allenthalben bei.

Zur Haftung des Arztes für die Folgen einer ungenügenden Röntgenaufnahme (Unterlassen einer Queraufnahme) und über den Beweis des

ursächlichen Zusammenhanges zwischen der mangelhaften Röntgenaufnahme und einer zurückgebliebenen Versteifung läßt sich das Urteil des Reichsgerichts vom 23. Februar 1934 (III 184/33) aus. Der Sachverhalt war folgender:

Die Beklagte zu 1) unterhält ein Krankenhaus in M., zu dessen leitendem Arzt hat sie den Beklagten zu 2) bestellt. — Der Kläger, damals 19 Jahre alt, Silberschleifer in der S. Besteckindustrie, Mitglied der Ortskrankenkasse in M., war am 1. September 1929 beim Birnenpflücken vom Baume gestürzt. Schwer verletzt wurde er alsbald auf Weisung der Ortskrankenkasse in das Krankenhaus der Beklagten zu 1) aufgenommen und dort von dem Beklagten zu 2) behandelt. Nach beendigter Behandlung ist eine Versteifung des rechten Armes und nach der Behauptung des Klägers eine Beeinträchtigung seiner Erwerbsfähigkeit zurückgeblieben. Der Kläger führt dieses Ergebnis auf ein Verschulden des beklagten Arztes zurück, wofür die Beklagte zu 1) einzustehen habe. Das Landgericht hat den Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Berufungsgericht hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Dagegen hat das Reichsgericht das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache zur nochmaligen Verhandlung in die Vorinstanz zurückverwiesen. Es führt aus:

„Der Berufungsrichter hält einen Kunstfehler des beklagten Arztes nach 2 Richtungen für dargetan, indem er folgenden Hergang feststellt. Am 2. September hat der Arzt die rechte Hand und die Wirbelsäule des Klägers geröntgt; jene war gebrochen, diese verstaucht. Auf den Ellbogen hat der Beklagte zu 2) die Röntgenaufnahme nicht erstreckt. Am 9. September hat der Arzt auch vom Ellbogengelenk eine Röntgenaufnahme gemacht, jedoch nur in senkrechter Richtung. Eine Aufnahme in anderer Richtung, ‚Queraufnahme‘, hatte er in Aussicht genommen, jedoch im Hinblick auf die große Schmerzempfindlichkeit des Klägers unterlassen. Nun hat der Beklagte zu 2) den Arm des Klägers in einen Schienenverband, ‚Streckverband‘, gelegt und regelmäßige Bewegungsübungen vorgenommen. Erst am 6. Oktober nahm der Beklagte auch eine ‚Queraufnahme‘ des Armes vor; sie ergab, daß das Ellbogengelenk ausgelenkt war. Am 6.—7. Oktober hat der Arzt Eingriffe vorgenommen, um das Gelenk wieder einzurenken. Gleichwohl blieb die Versteifung endgültig zurück. Nach der Ansicht des Berufungsrichters liegen die beiden Kunstfehler des beklagten Arztes darin, daß er am 2. September die Röntgenaufnahme überhaupt nicht auf den Ellbogen erstreckt, am 9. September sich, entgegen seiner eigenen ursprünglichen Absicht, mit der Aufnahme des Ellbogengelenks in nur einer Ebene begnügt habe. Schon am 2. September hätten die außerordentliche Schmerzhaftigkeit und die Schwellung der Ellbogengegend Veranlassung zur Röntgenaufnahme sein müssen; ein bloßes Abtasten der Stelle habe nicht genügt. Daß bei Blutergüssen schon geringfügige Knochenhautverletzungen (sowie Knochensplitterungen, die übrigens hier nicht in Frage kommen) zu schweren Komplikationen führen können, habe den Arzt zu besonderer Vorsicht, mithin auch zur Vornahme einer Röntgenaufnahme veranlassen müssen. Am 9. September sei eine Aufnahme in 2 Ebenen, also auch in der Querlage, wiederum durch die heftigen Schmerzen und durch die Schwere der Verletzung geboten gewesen, um so mehr, als die Einrichtung zur Verfügung gestanden habe. Daß der Arm zuvor in einem festen Verband gelegen hatte, habe die Möglichkeit einer Ausrenkung nicht ausgeschlossen; der Arm sei ja auch vom 9. September bis 6. Oktober im Streckverband gelegen, dennoch habe sich am 6. Oktober die Ausrenkung gezeigt. Der Notwendigkeit der Queraufnahme sei sich der beklagte Arzt auch bewußt gewesen; er habe sie vorgehabt; ihrer Vornahme habe er sich auch nicht im Hinblick auf die besonders große Schmerzempfindlichkeit des Klägers entziehen dürfen, mindestens

nicht ohne den Kläger darüber aufzuklären, daß die Unterlassung ärztlich bedenklich sei und auf Gefahr des Klägers gehe. Mit diesen Ausführungen schließt sich der Berufungsrichter eng an das H.sche Gutachten an. Gegen die Annahme des Berufungsrichters, daß die beiden festgestellten Kunstfehler des beklagten Arztes ein Verschulden dieses Beklagten bedeuten, bestehen keine entscheidenden Bedenken, obschon hier darauf hinzuweisen ist, daß nach der Rechtsprechung des Reichsgerichts der Begriff des Kunstfehlers sich keineswegs mit dem eines ärztlichen Verschuldens deckt; es ist ganz wohl möglich, daß bei nachträglicher Betrachtung ein Kunstfehler, d. h. eine objektive Verletzung der Regeln der Heilkunde, sich ergibt, ohne daß dies dem Arzte nach den gegebenen Umständen zum Verschulden angerechnet werden müßte. Zur Aufhebung des angefochtenen Urteils haben das Reichsgericht die Ausführungen genötigt, die der Berufungsrichter zu der Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen den Kunstfehlern des Arztes und den nachteiligen Folgen gegeben hat. Der Berufungsrichter geht davon aus, daß für den ursächlichen Zusammenhang eine Vermutung spreche, die die Beklagten zu widerlegen hätten. Es erhellt nicht, worauf der Berufungsrichter diese Annahme gründet. Nach der richtigen Rechtsauffassung und der festen Rechtsprechung ist in den sog. Arztprozessen der schadenersatzfordernde Kläger, wie für Kunstfehler und Verschulden, so auch für den ursächlichen Zusammenhang, als für einen Teil des Klaggrundes, beweispflichtig. Die gegenteilige Annahme wäre rechtsirrtümlich; für die vom Berufungsrichter angenommene Vermutung besteht keine Rechtsgrundlage.“

In dem Urteil vom 26. März 1935 (III 195/34) verneint das Reichsgericht eine Haftung des Arztes wegen *Unterlassung einer Röntgenuntersuchung*, wenn der ursächliche Zusammenhang zwischen der Unterlassung und der späteren Knochenerkrankung nicht nachgewiesen ist, indem es ausführt:

„Der Kläger führt die Knochenerkrankung seines rechten Schlüsselbeins, die am 1. April 1926 seine vorzeitige Zuruhesetzung zur Folge hatte, darauf zurück, daß er wegen der ihm durch den Hufschlag eines Pferdes am 6. März 1921 zugefügten Verletzung von Dr. B., als dem zuständigen Polizeiarzt, schuldhaft unsachgemäß behandelt worden sei. Seine auf Schadenersatz gerichtete Klage wurde vom Oberlandesgericht D. abgewiesen. Seine Revision wies das Reichsgericht zurück, indem es u. a. ausführte:

„In seinem vom Kläger angegriffenen Urteil geht das Berufungsgericht davon aus, daß die Knochenerkrankung des Klägers sich an der Stelle des Hufschlages und im Anschluß an die durch den Schlag verursachte Verletzung entwickelt hat. Es stellt weiter fest, daß Dr. B. dadurch, daß er nicht schon früher, als es dann durch seinen Vertreter, den Dr. H., am 21. Dezember 1921 geschehen ist, eine Röntgenuntersuchung vornahm, nach dem heutigen Stande der Wissenschaft den Kläger schuldhaft unsachgemäß behandelt hat. Es läßt aber dahingestellt, ob Dr. B. auch nach dem damaligen Stand der Wissenschaft und nach den damals für ihn maßgebend gewesenen dienstlichen Vorschriften schuldhaft gehandelt hatte, weil jedenfalls der Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der dem Dr. B. vorgeworfenen Unterlassung einer frühzeitigeren Röntgenuntersuchung und der Entstehung oder dem Verlauf der Knochenerkrankung des Klägers nicht erbracht worden sei. Gegen letztere Auffassung richtet sich die Revision. Die Rüge ist unbegründet. Das Berufungsgericht gewinnt aus der Beweisaufnahme die Überzeugung vom Vorliegen nur einer entfernten Möglichkeit und nicht einmal einer Wahrscheinlichkeit dafür, daß die vom Obergutachter festgestellte Heilung der Knochenerkrankung, deren Entstehung auch durch eine rechtzeitige,

nämlich auf die ersten Anzeichen einer eingetretenen Komplikation hin vorgenommene Röntgenaufnahme und durch eine an sie angeschlossene sachgemäßere Behandlung nicht zu verhindern gewesen wäre, durch die Unterlassung solcher Maßnahmen verzögert worden sei. Damit sind die Beweisforderungen keineswegs überspannt worden. *Der Nachweis einer bestrittenen Tatsache erfordert für sie zwar nicht eine mathematische Gewißheit, aber doch eine so hohe Wahrscheinlichkeit, daß sie nach der Anschauung des Lebens der Gewißheit nahekommt.*

Die Ablehnung der Röntgenuntersuchung durch den Patienten und seine Angehörigen stellt keinen Entschuldigungsgrund dar. Die Aufklärungspflicht des Arztes muß unbedingt die Durchführung der notwendig erscheinenden Maßnahmen zu erreichen suchen. Es ist kaum anzunehmen, daß sich Patienten gegen eine Röntgenaufnahme sträuben werden, wenn der Arzt ihnen die unumgängliche Notwendigkeit klar macht.

In dem letzten Fall von *Knöchelbruch* war die Frage strittig, ob den erstbehandelnden Arzt ein Verschulden trifft, wenn er dem nachbehandelnden Arzt nicht ausdrücklich die Vornahme einer Röntgenuntersuchung anrät; dies wurde im Gutachten verneint, zumal ein Überweisungsschein mit der Diagnose „Knöchelbruch“ mitgegeben war.

„Dr. X. hatte die Einrichtung des Bruches und Anlegung eines Gipsverbandes vorgenommen. Eine weitere Behandlung in dem primitiven Wochenendhaus erschien ihm nicht angängig. Er hat daher für sofortigen Abtransport gesorgt . . . Dadurch, daß Dr. X. für den nachbehandelnden Arzt ein Schreiben mit seiner Diagnose ‚Knöchelbruch‘ mitgab, hat er seiner Pflicht vollkommen genügt. Es ist doch selbstverständlich, daß der die weitere Behandlung übernehmende Arzt sich nicht nur nach der Entstehung des Unfalls erkundigt, sondern auch nach den bisher getroffenen Maßnahmen. Es entspricht aber nicht dem Brauch, dem nachbehandelnden Arzt Direktiven über die weiteren Maßnahmen zu geben; vielmehr muß dieser sich, wenn irgendwelche Zweifelsfragen auftreten, mit dem ersten Arzt in Verbindung setzen.“

III. Betäubungsverfahren.

9. Narkose.

Von den Narkosezwischenfällen, die gelegentlich zu Haftpflichtansprüchen führen, sind an erster Stelle die *Nervenschädigungen* zu nennen, die durch Druck oder Zerrung im narkotischen Stadium vorkommen. Am häufigsten sind die Lähmungen am Arm durch Druck am scharfen Rande des Operationstisches oder Quetschung des Plexus zwischen Schlüsselbein und erster Rippe. Auch im Bereich des Lendenkreuzbeinengeflechtes wurden derartige Lähmungserscheinungen beobachtet. Die Prognose ist im allgemeinen gut. In einem Falle kam es zu einer Drucklähmung des Speichennerven und in einem anderen zu einer Plexuslähmung; in beiden wurde durch elektrische Behandlung völlige Zurückbildung erreicht.

Ein weiterer Fall betraf eine *Augenverletzung* bei der Narkose. Diese brachte zu Beginn ein starkes Erregungsstadium mit sich, wobei die Patientin die Maske herunterriß und mit den Händen sich über das Gesicht fuhr. Eine später aufgetretene Hornhauterosion wurde mit der Möglichkeit, daß Äther auf das Auge getropft sei, in Verbindung gebracht. Das Gericht kam zu einem abweisenden Urteil. — Bei der Beurteilung wird es immer auf die Umstände des einzelnen Falles ankommen; eine allgemeine Stellungnahme ist nicht möglich.

Todesfälle infolge der Narkose werden, so beklagenswert sie sind, nie vollkommen auszuschalten sein. Es ist naturgemäß für jeden Arzt, der eine Allgemeinbetäubung anwendet, erforderlich, als obersten Grundsatz die Sicherheit des Verfahrens und ein Minimum von Gefahr für den Kranken gelten zu lassen. Der Gutachter muß ebenso unter diesem Gesichtspunkt die Prüfung durchführen.

Bei einem Todesfall durch Lachgasnarkose kam es zur Klageabweisung, da ein Verschulden der beteiligten Personen nicht nachzuweisen war. — Ein anderer tödlicher Ausgang ereignete sich bei einer *Evipannarkose*, die zur Operation eines Mandelabscesses eingeleitet war. Todesfälle bei diesem Mittel ebenso wie bei anderen neuzeitlichen sind mehrfach veröffentlicht worden. Danach wurden jetzt bestimmte Gegenanzeigen aufgestellt, besonders bei entzündlichen Erkrankungen der Rachengegend. Da dieses Gefahrenmoment zu der Zeit, als sich obiger Fall zutrug, noch nicht bekannt war, konnte eine Fahrlässigkeit nicht angenommen werden.

Über *Armlähmung* wegen unsachgemäßen Haltens des Armes durch die Narkoseschwester spricht sich das unter IX, 44 (S. 181) mitgeteilte Urteil des Reichsgerichts vom 5. November 1929 aus.

Einen eigenartigen, nur mittelbar mit Narkose zusammenhängenden Fall behandelt das Reichsgericht in dem in WARNEYERS Rechtsprechung des Reichsgerichts 1930 Nr. 156 mitgeteilten Urteil vom 5. Juli 1930, das in lehrreicher Weise zeigt, *woran ein Arzt alles denken muß*. Der Fall lag folgendermaßen:

Der Kläger suchte am 3. März 1928 gegen 16 $\frac{1}{2}$ Uhr die Sprechstunde des Beklagten auf, weil ihm am Tage vorher auf seiner Arbeitsstelle ein *Metallsplitter* in das linke Auge gesprungen war. Beim Eintritt in die Wohnung traf er die Wirtschafterin des Beklagten, die einen Aschenkasten trug, worin sich außer glühender Asche auch ein Fläschchen mit einem Reste Chloräthyl befand. Gerade als der Kläger sich der Tür des Wartezimmers zuwandte, zerknallte dieses Fläschchen. Der Kläger behauptet, hierbei seien ihm Glassplitter in das linke Auge gedrungen und hätten dieses zerschnitten, so daß es am 5. März 1928 habe operativ entfernt werden müssen. Er macht den Beklagten für diesen Unfall haftbar und hat deshalb gegen ihn Klage erhoben.

Das Landgericht hat der Klage entsprochen. Die Berufung des Beklagten gegen dieses Urteil ist vom Oberlandesgericht zurückgewiesen worden. Auch die Revision wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

„Das Oberlandesgericht sieht mit dem Landgericht auf Grund der im ersten Rechtszuge eingeholten Gutachten als erwiesen an, daß infolge des Zerplatzens des Chloräthylfläschchens Glassplitter in das linke Auge des Klägers gesprungen sind und dieses verletzt haben . . . Das Zerplatzen des Fläschchens führt das Oberlandesgericht darauf zurück, daß dieses einen Rest Chloräthyl enthalten habe, und daß es von der Wirtschafterin des Beklagten mit dem übrigen Inhalt des Watteimers in die heiße Asche in dem Aschenkasten geworfen worden sei.

Das Oberlandesgericht unterstellt entsprechend den Beweisantritten des Beklagten, dieser habe sich, bevor er seine Wirtschafterin in Dienst nahm, über ihre Zuverlässigkeit erkundigt; die Wirtschafterin habe sich auch bei ihm bis zu dem Unfälle immer als zuverlässig und umsichtig gezeigt, der Beklagte habe ihr daher im allgemeinen das erforderliche Maß von Sorgfalt bei der Beseitigung des Inhaltes des Watteimers zutrauen dürfen; er habe sie aber auch mehrfach eindringlich darauf hingewiesen, daß der Behälter mit feuergefährlichen Gegenständen gefüllt sei, und ihr dringend zur Pflicht gemacht, ihn vor jeder Berührung mit Feuer sorgfältig zu bewahren, und habe bis dahin keinen Anlaß gehabt, an der Beachtung seiner Warnungen durch sie zu zweifeln. Es erblickt aber trotzdem eine Fahrlässigkeit des Beklagten darin, daß er das Fläschchen, obschon es noch teilweise gefüllt und deshalb gefährlich gewesen sei, in dem Abfalleimer gelassen habe, ohne die Wirtschafterin hierauf und die darin begründete Notwendigkeit besonderer Vorsicht aufmerksam zu machen. Mit einer solchen ungewöhnlichen Sachlage habe die Wirtschafterin ohne einen solchen Hinweis nicht rechnen können und nicht zu rechnen brauchen. Hier hätten deshalb die für gewöhnliche Fälle gegebenen allgemeinen Anweisungen nicht genügt; vielmehr habe die besondere Sachlage besondere Maßnahmen erfordert.

Das Reichsgericht führt dazu noch aus: Die besondere Gefahr, die durch die teilweise Füllung des Fläschchens geschaffen war und zu dem Unfälle geführt hat, war nicht in der leichten Entzündbarkeit des Chloräthyls bei Berührung mit brennenden oder glühenden Stoffen in Gegenwart von Sauerstoff begründet, sondern in seiner leichten Verdampfbarkeit, die bei der Enge der Flaschenöffnung, zumal wenn diese sich zugesetzt hatte, bei jeder stärkeren Erhitzung zum Zerspringen des dünnwandigen Fläschchens führen mußte, und daß diese Gefahr auch dann bestanden hätte, wenn die Wirtschafterin den Inhalt des Watteimers nach Beendigung der Sprechstunde unmittelbar in den Mülleimer entleert hätte, mag sie in diesem Falle auch nicht die Patienten und insbesondere nicht den Kläger erfaßt haben. Daß er seine Wirtschafterin auch hierauf — sei es allgemein oder sei es in dem vorliegenden Einzelfalle — aufmerksam gemacht, und daß er ihr auch zur Vermeidung dieser Gefahr sachgemäße Weisungen gegeben hätte, hat der Beklagte nicht eingewandt. Darin, daß das Oberlandesgericht ihm auch die Beobachtung dieser Sorgfalt zugemutet hat, kann keine Überspannung der zum Schutze der Mitmenschen zu stellenden Anforderungen erblickt werden, auch wenn auf die besonderen Verhältnisse der ärztlichen Berufsausübung die gebotene Rücksicht genommen wird.“

10. Anästhesie.

Daß auch bei örtlicher Betäubung infolge eines Zwischenfalles Haftpflichtfälle vorkommen, ist bei der häufigen Anwendung dieser Methode erklärlich. Über *unsachgemäße Durchführung* liegt ein Fall vor, und zwar wurden gegen die Zulässigkeit einer Paravertebralanästhesie bei Kropfoperation Einwendungen erhoben. Diese wurden als unbegründet zurückgewiesen. Wenn auch einige Chirurgen den Stand-

punkt vertreten, daß die Methode eine gewisse Gefahr in sich schließt, so kann man doch daraus keineswegs folgern, daß ihre noch heute geübte Anwendung als unsachgemäß bezeichnet werden könnte.

Von praktischer Bedeutung sind die Fälle, bei denen es im Anschluß an Lokalanästhesie zu einer *Gewebsschädigung* kommt. Derartige Komplikationen sind im chirurgischen Schrifttum mehrfach beschrieben. Als Ursache wird individuelle Überempfindlichkeit gegen das Betäubungsmittel angesehen, wobei besonders der *Adrenalingehalt* eine Gefahr darstellt. Infolge seiner blutsperrenden Wirkung kann es zu einer dauernden Gewebsschädigung kommen; bekannt sind z. B. Nekrosen an den Fingern bei Anwendung der Leitungsanästhesie. Es handelt sich aber doch nur um Einzelfälle, und ihr Vorkommen muß, gemessen an der außerordentlich großen Verbreitung der Methode, als gering bezeichnet werden.

In dem einen uns vorliegenden Falle wurde unter Hinweis auf die sachgemäße Ausführung und die einwandfreie Beschaffenheit des Medikamentes ein Verschulden abgelehnt; dabei wurde auch auf die verschiedenartige Gewebsreaktion hingewiesen. — In einem zweiten Falle wurde die Schadenersatzklage abgewiesen, weil ein Kunstfehler des Arztes nicht nachweisbar sei. In den Gründen führt das Landgericht aus:

Der Eintritt der Nekrose begründet nicht ohne weiteres die Vermutung dafür, daß dem Beklagten bei der Einspritzung ein ärztlicher Kunstfehler unterlaufen ist. Aus dem Gutachten des Sachverständigen Professors X. ist zu folgern, daß auch aus unverschuldeten, nicht näher aufzuklärenden Gründen eine dauernde Blutsperrre eintreten konnte. Die Zeugin Fr. Dr. A., die Ehefrau des Beklagten, die dem Beklagten bei der Vornahme des Eingriffs Hilfe geleistet hat, bekundet, daß zur Einspritzung eine zweiprozentige Lösung von Novocain-Suprarenin von 2 cem verwendet worden sei, und daß der Beklagte ein anderes Betäubungsmittel gar nicht vorrätig gehabt habe. Die Zeugin, die zur Unterstützung ihrer Darstellung die Schachtel, aus der die Ampulle zur Einspritzung nach ihrer Angabe entnommen worden ist, vorgelegt hat, hat auf das Gericht einen durchaus glaubwürdigen Eindruck gemacht, so daß ihre Aussage auch ohne Beeidigung beweisend ist (§ 391 ZPO.). Die Einspritzung einer zweiprozentigen Lösung von Novocain-Suprarenin aus einer Ampulle mit 2 cem Inhalt war aber nach dem Gutachten des Sachverständigen zur Vornahme der örtlichen Betäubung durchaus sachgemäß.

Auch für die Zeit nach Eintritt der Nekrose fehlt nach dem Gutachten des Sachverständigen jeder Anhalt dafür, daß der Beklagte es an einer sachgemäßen Behandlung habe fehlen lassen und dadurch das Absterben des Fingers und die Notwendigkeit der Amputation verursacht habe. Der Sachverständige führt aus, daß es *nach der Erfahrung sehr schwer sei, einen solchen Vorgang zum Stehen zu bringen*, und daß es nach dem 18. August 1933 kaum mehr möglich gewesen sei, durch irgendwelche Mittel einen solchen Stillstand zu erreichen. Demnach fehlt auch jeder Anhalt dafür, daß der Beklagte durch verzögerte Überweisung der Klägerin an einen Facharzt oder in ein Krankenhaus den Verlust des Fingers verursacht habe.

Über die Frage, ob sich der die Operation ausführende Chirurg der fahrlässigen Tötung schuldig macht, wenn die Operationschwester ein neu eingeführtes örtliches *Betäubungsmittel* infolge mangelhafter

Instruktion und Kontrolle *zu stark dosiert* und dadurch den Tod des zu operierenden Patienten herbeiführt, spricht sich das Reichsgericht in dem Urteil vom 6. Juni 1932 (3 D 342/32), durch welches das den angeklagten Arzt freisprechende Urteil der Strafkammer aufgehoben, und die Sache an die Vorinstanz zurückverwiesen wurde, folgendermaßen aus:

„Der Angeklagte verwendete als Chefarzt des Krankenhauses in E. bei seinen chirurgischen Eingriffen als örtliches Betäubungsmittel früher ausschließlich Novocaintabletten, die in Glasröhren zu 10 Stück verpackt waren und je 0,125 g Substanz enthielten. Nach der jeder Röhre aufgeklebten Gebrauchsanweisung war je eine Tablette in 25 ccm Wasser aufzulösen. Bei solchem auf jahrelanger Übung beruhenden Verfahren brauchte der Angeklagte die mit der Vorbereitung der Operation betraute ‚Operationsschwester‘ nicht in jedem einzelnen Fall daraufhin zu beaufsichtigen, ob sie die zur Einspritzung bestimmte Lösung in der vorgeschriebenen Weise herstelle. Der Chirurg, der eine Operation auszuführen und zu leiten hat, muß solche Verrichtungen einer ordnungsmäßig ausgebildeten und praktisch erprobten Hilfskraft anvertrauen können, falls nicht seine Aufmerksamkeit von seiner verantwortungsvollen Haupttätigkeit abgelenkt werden soll.

Hier lag die Sache jedoch anders. Im November 1930 wurde dem Angeklagten eine Glasröhre mit 10 Tabletten ‚Percain‘, einem im Jahre 1929 in die chirurgische Praxis eingeführten örtlichen Betäubungsmittel, von der Herstellerfirma als sog. Arztprobe zur Verfügung gestellt. Die Tabletten enthielten je 50 mg Substanz und waren nach der ebenfalls der Röhre aufgeklebten Gebrauchsanweisung in je 50 ccm Wasser aufzulösen. Die Lösung war, wie die Versuche des Angeklagten ergaben, ebenso wirksam wie die seither verwendete Novocainlösung. Vor diesen Versuchen hatte der Angeklagte die Operationsschwester D. mit dem neuen Mittel bekannt gemacht und dabei betont, daß es in derselben Weise angewandt werde wie Novocain, mit dem einzigen Unterschiede, daß zur Auflösung einer Tablette die doppelte Wassermenge erforderlich sei.

Der Angeklagte entschloß sich dazu, das neue Mittel Percain in ständigen Gebrauch zu nehmen, sobald das noch vorhandene Novocain aufgebraucht sein werde. Als dies nach etwa 3 Wochen geschehen war, gab er den Auftrag, Percain in einer Apotheke in W. zu bestellen. 3 Tage nach dem Eintreffen des Mittels, am 23. Januar 1931, beauftragte er die Schwester D., für 2 Operationen je 75 ccm Percainlösung herzustellen. Die Schwester, die damals ihre monatliche Regel hatte, dachte nicht an die ihr früher zuteil gewordene Belehrung über die Notwendigkeit doppelten Wasserzusatzes, übersah aber auch weiter, daß die aus der Apotheke stammenden Tabletten nicht — wie die ‚Arztprobe‘ — 0,05 g, sondern 0,1 g Substanz enthielten. Infolge dieses doppelten Versehens löste sie 6 Percaintabletten in 150 ccm Wasser auf, so daß eine vierfach zu starke Lösung entstand, deren Einspritzung den Tod der beiden Patienten zur Folge hatte.

Die Strafkammer kommt im Gegensatz zum Schöffengericht zu dem Ergebnis, den Angeklagten treffe keine Schuld; der ihm obliegenden Sorgfaltspflicht sei er dadurch nachgekommen, daß er die Schwester D. vor der Verwendung der Arztprobe auf die besondere Art der Lösung hingewiesen habe. Er sei nicht verpflichtet gewesen, sie bei der eigentlichen Ingebrauchnahme des neuen Mittels nochmals auf die genaue Befolgung der Lösungsvorschrift hinzuweisen, auch nicht bei Berücksichtigung des Umstandes, daß nach der Verwendung der Arztprobe während eines Zeitraumes von etwa 3 Wochen wieder Novocain verwendet worden sei. Auch aus der Tatsache, daß das neue Mittel ohne ärztliches Rezept aus der Apotheke bezogen worden sei, lasse sich nicht die Verpflichtung des Angeklagten herleiten, sich zunächst über die Eigenschaft dieses Mittels zu vergewissern; in alledem würde eine Überspannung der Sorgfaltspflicht liegen.

Nach der Ansicht des Reichsgerichts reichen die Feststellungen der Strafkammer zu einer erschöpfenden Beurteilung im entscheidenden Punkte nicht aus. Das Reichsgericht weist auf folgendes hin:

Die Schwester D. war erst seit Oktober 1930 im Operationssaal des Angeklagten als Hilffschwester tätig. Die Versuche mit der Arztprobe begannen bereits im November 1930, also bald nach dem Beginn dieser Beschäftigung der Schwester. Das Urteil sagt zwar bei Bemessung der gegen sie auszusprechenden Strafe, sie habe ‚bei Benutzung der Arztprobe verschiedene Percainlösungen selbst bereitet‘; es ist indessen nicht mit völliger Sicherheit zu ersehen, ob es sich bei diesen ‚Versuchen mit der Arztprobe‘ um eigentliche Operationen gehandelt, und wie oft die Schwester D. hierzu die Percainlösung selbständig hergestellt hat. Eine bestimmte Feststellung hierüber ist von wesentlicher Bedeutung für die Entscheidung der Frage, ob nicht der Angeklagte bei der erstmaligen Wiederverwendung — der eigentlichen ‚Ingebrauchnahme‘ — des neuen Mittels nach der dreiwöchigen Unterbrechung die noch nicht 4 volle Monate in seinem Operationssaal beschäftigte Schwester nochmals darauf hätte hinweisen müssen, daß die — nach seiner Meinung 0,05 g Substanz enthaltenden — Percaintabletten in doppelt soviel Wasser aufzulösen seien wie die früher verwendeten Novocaintabletten. Dadurch wäre wenigstens das eine Versehen der Operationsschwester und vielleicht — was noch der Erörterung bedarf — der tödliche Erfolg überhaupt verhütet worden.

Die Lage verschärfte sich dadurch, daß zum erstenmal Percaintabletten aus einer anderen Bezugsquelle verwendet wurden. Der Angeklagte hatte die Schwester D. mündlich mit der Bestellung beauftragt. Die von dieser benachrichtigte Schwester G., die solche Aufträge auszuführen hatte, bestellte hierauf in einer Apotheke 3 Röhren Percaintabletten. Nach fernmündlicher Rücksprache mit der nicht weiter unterrichteten Schwester G. lieferte der Apotheker Tabletten mit 0,1 g Substanz. Daß sich Tabletten von dieser Stärke im Handel befanden, wußte der Angeklagte nicht; in der ihm von der Fabrik mit der Arztprobe übermittelten Werbeschrift waren Tabletten mit einem Gehalt von 50 mg angepriesen. Die Besonderheit des Falles lag darin, daß von einem seit langer Zeit im Gebrauch gewesenen Mittel für Lokalbetäubung bei Operationen abgegangen und zur Einführung eines neuen Mittels geschritten werden sollte, das dem leitenden Chirurgen — abgesehen von der Verwendung einer ihm kurz zuvor zugesandten Arztprobe — unbekannt gewesen war, bezüglich dessen er selbst nicht einmal die im Handel gängigen Formen und Dosierungen kannte, sowie daß er sich bei dieser Neueinführung, nämlich bei dem erstmaligen Bezuge und der erstmaligen Anwendung, zweier Hilfspersonen bedient hat, die dabei — angesichts der Tatsache, daß es sich um ein Mittel handelte, bei dem jedes Mißverständnis die schwerste Gefahr für den Patienten heraufbeschwören konnte — tatsächlich völlig versagt haben. Die Frage, welche Berufspflicht dem leitenden Chirurgen in solchem Falle hinsichtlich der bei seinen eigenen Anordnungen und Maßnahmen aufzuwendenden Sorgfalt sowie bezüglich der Sorgfalt in der Auswahl und Überwachung der von ihm verwendeten Hilfspersonen und der Kontrolle der Erledigung seines Auftrags oblag, war eine wesentlich andere als die, in welchem Umfang der Chefoperateur eines Krankenhauses sich bezüglich der alltäglich vorkommenden Hilfsleistungen auf einen erprobten Untergebenen verlassen darf. Jene Frage hat die Strafkammer nicht geprüft. Sie erörtert nur, ob der Angeklagte die ‚entsprechend vorgebildete und eingearbeitete Operationschwester‘ bei Herstellung der Lösung hätte überwachen oder mit Anweisungen versehen müssen. Dies betrifft nur den soeben berührten zweiten Punkt. Im übrigen sagt die Strafkammer lediglich, der Angeklagte sei nicht verpflichtet gewesen, sich darüber Gewißheit zu verschaffen, ‚was für ein Mittel — ohne ärztliches Rezept — von der neuen Bezugsquelle geliefert worden sei‘. Dieser Satz betrifft allerdings die oben als entscheidend gekennzeichnete Frage. Auf welche recht-

lichen Erwägungen über Inhalt und Umfang der Berufspflicht des Operateurs sich die Auffassung der Strafkammer stützt, ist indessen aus dem Urteil nicht zu erkennen. Daß jener Satz in seiner Allgemeinheit unhaltbar ist, bedarf keiner Erörterung. Das Landgericht übergeht aber weiter die Frage, ob der Angeklagte bei Anwendung pflichtmäßiger Sorgfalt nicht schon aus der ‚Werbesehrift‘ und der ‚Gebrauchsanweisung‘, die der ihm zugesandten Probesendung beigegeben waren, hätte erkennen können, daß Percain in verschiedenen Formen (Ampullen, Pulver, Tabletten) sowie in verschiedenen Zusammensetzungen und Dosierungen im Handel war, und ob es daher nicht schon deshalb unvorsichtig war, der Operationshilfsschwester anstatt mittels Rezepts mündlich ganz allgemein die Bestellung von ‚Percain‘ ohne genauere Kennzeichnung aufzugeben. Zu prüfen wäre weiter die Frage gewesen, ob der Angeklagte — wenn er schon sich nicht darum gekümmert hatte, in welchen Formen und Dosierungen Percain gehandelt wurde — nicht die Pflicht hatte, die auf so unbestimmt gehaltenen Auftrag durch untergeordnete Organe bezogene Ware vor der Ingebrauchnahme zu besichtigen. Wäre dies geschehen, so hätte der Angeklagte aus der jedem Glasröhrchen beigegebenen Gebrauchsanweisung die Zusammensetzung der Tabletten erkennen und für die Auflösung in einer ihrer Stärke entsprechenden Wassermenge Sorge tragen können.

IV. Allgemeine Behandlung.

11. Instrumentarium.

Bei Schädigungen, die auf Instrumentenfehler zurückgeführt werden und Anlaß zu Entschädigungsansprüchen gaben, ist zu unterscheiden zwischen *mangelnder Sterilität* und *Abbrechen* bzw. *Zurückbleiben von Teilen*.

Von 4 Fällen betraf der eine eine schwere *Infektion* am Arm, die zur Amputation führte, und für deren Entstehung eine angeblich „unsaubere Nadel“ angeschuldigt wurde. Da der Nachweis hierfür nicht erbracht werden konnte, wurde die Klage abgewiesen. — In einem anderen Fall war im Anschluß an die Entfernung zweier Warzen *an der Fußsohle eine Nekrose* entstanden. Es wurde darauf gegen den Arzt der Vorwurf erhoben, unsterile Instrumente verwendet zu haben. Die mit großer Genauigkeit durchgeführte Prüfung ergab keinen Anhaltspunkt dafür, daß die geltenden Regeln der chirurgischen Asepsis außer acht gelassen waren. Aus dem Gutachten ist folgendes zu entnehmen:

„Die Desinfektion der Instrumente war, wie allgemein üblich, durch Auskochen erfolgt, die Lösung des Betäubungsmittels aus einer gebrauchsfertigen, nur für diese Operation geöffneten Ampulle entnommen und die Desinfektion der Haut, sowie auch der Hände des Operateurs so durchgeführt worden, wie es den allgemeinen Regeln entspricht. Daß trotzdem eine Infektion eintrat, ist ein bedauerliches Vorkommnis, dessen Entstehung aber wohl nicht aufgeklärt werden kann. In der chirurgischen Praxis kommen immer wieder Fälle zur Beobachtung, wo trotz peinlichster Asepsis nach Operationen Infektionen eintreten.“

Die wichtige Frage, ob ein technischer Fehler für eine eingetretene Infektion verantwortlich zu machen ist, wurde in zwei weiteren Fällen vom Landgericht Berlin entschieden. In dem einen wurde ein Verschul-

den des Arztes verneint und die Infektion als eine bedauerliche Operationsfolge angesehen, die unvermeidbar war. — Dem anderen Fall lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Kläger begab sich am 31. August 1934 mit einer Gesichtsrose, die von einer Furunkulose in der Nase ausging, in die Behandlung des Beklagten. Am 4. September überwies der Beklagte den Kläger einem Spezialisten, der die Furunkulose der Nase sofort operierte. Am Tage nach dieser Operation besuchte der Beklagte den Kläger in dessen Wohnung, um sich nach seinem Befinden zu erkundigen. Bei dieser Gelegenheit hat der Beklagte nach der Klagebehauptung zur Untersuchung der Nase in diese ein lose in der Brusttasche mitgeführtes unsteriles Nasenspeculum eingeführt. Die weitere Behandlung übernahm später wieder der Spezialarzt.

Fünf Wochen später bekam der Kläger Schmerzen im linken Schultergelenk und begab sich aus diesem Grunde am 15. Oktober wieder in die Behandlung des Beklagten. Dieser behandelte ihn mit Heißluft und Massage. Da die Schmerzen nicht nachließen und bald auch Fieber hinzutrat, wurde der Kläger am 29. Oktober in ein Krankenhaus eingewiesen. Bei der Untersuchung im Krankenhaus wurde festgestellt, daß infektiöser Knochenfraß im linken Schultergelenk vorlag. Die Infektion war wahrscheinlich von dem Nasenfurunkel ausgegangen.

Der Kläger behauptet nunmehr, daß durch das Einführen des angeblich unsterilen Speculums Krankheitserreger von dem Nasenfurunkel in die Blutbahn gelangt seien, die dann die Schultergelenkentzündung hervorgerufen hätten. Die Benutzung eines unsterilen Instrumentes sei ein schwerer ärztlicher Kunstfehler. Die Entstehung der Schultergelenkentzündung sei daher auf ein Verschulden des Beklagten zurückzuführen. Außerdem ist nach der Behauptung des Klägers die spätere Behandlung der Schultergelenkentzündung schuldhaft falsch gewesen, wodurch eine wesentliche Verschlimmerung eingetreten sei.

Das Gesuch des Klägers um Bewilligung des Armenrechtes wurde zurückgewiesen mit folgender Begründung: Der Kläger wird nicht beweisen können, daß der Eingriff des Beklagten ursächlich für die Entstehung der Schultergelenkentzündung geworden ist. Der Beklagte wendet mit Recht ein, daß schon vorher Krankheitserreger von dem Nasenfurunkel in die Blutbahn gelangt waren, da hierauf die behandelte Gesichtsrose zurückzuführen ist. Der Gebrauch eines Nasenspeculums an sich begründet aber kein Verschulden des Beklagten.

Ein wichtiges Gebiet im Rahmen von Haftpflichtansprüchen stellt das *Abbrechen von Kanülen* der Injektionsspritzen dar. Es liegen uns 10 einschlägige Fälle vor von intramuskulärer Injektion, wobei naturgemäß die Glutäalgegend am häufigsten betroffen ist. Es handelt sich sicherlich um ein seltenes Ereignis, wenn man berücksichtigt, daß die Verabfolgung von Injektionen zu den am häufigsten vorkommenden ärztlichen Verrichtungen gehört. Die Ursache ist in einem Materialschaden oder einem Fehler der Ausführungstechnik zu suchen. Es ist aber auch die weitere Möglichkeit zu erwähnen, daß die Kanüle durch die reflektorische Spannung der Muskulatur festgehalten, und so ein Stop beim Herausziehen ausgelöst wird, der zu einem Abbrechen führen kann. Ebenso kann eine plötzliche Abwehrbewegung des Patienten die Ursache sein; man schaltet diese Hindernisse am besten durch Bauchlage aus.

Weitere Vorwürfe werden gelegentlich erhoben, wenn nicht sogleich eine *operative Entfernung der abgebrochenen Kanüle* erfolgte. Es ist nicht zu leugnen, daß das Bewußtsein der in der Muskulatur verbliebenen Kanüle bei vielen Menschen Sensationen auslösen wird, die tatsächlich unbegründet sind. Diese werden von einem Patienten folgendermaßen geschildert: „Er leide an Ermüdungserscheinungen am rechten Bein (Seite der Injektionsstelle); wenn er längere Zeit gegangen sei und auch beim Heben von Gegenständen träten ausstrahlende Schmerzen im ganzen rechten Bein auf. Er müsse auch immer eine Idealbinde tragen.“! Hiergegen nahm der Gutachter folgendermaßen Stellung:

„Die Erfahrungen bei abgebrochenen Kanülen, die in der Muskulatur zurückbleiben, gehen dahin, daß eine vollständige reaktionslose Einheilung stattfindet, und daß im allgemeinen Beschwerden nicht ausgelöst werden, soweit sie nicht das nervöse Gebiet treffen.“

In mehreren unserer Fälle wurde der Versuch einer operativen Entfernung des abgebrochenen Instrumententeils sofort angeschlossen, aber als erfolglos wieder abgebrochen. Es ist bekannt, daß die operative Entfernung außerordentlich schwierig ist, auch wenn Röntgenaufnahmen in verschiedenen Strahlengängen zwecks Lokalisation vorliegen. Mit einem Mißlingen muß man immer rechnen. Die Möglichkeit einer Lageveränderung des Fremdkörpers wird im allgemeinen überschätzt.

In einem Falle, bei dem eine abgebrochene Kanüle im Oberarm zurückgeblieben war, wurden gegen den Arzt Vorwürfe erhoben, weil er die operative Entfernung erst nach einigen Tagen vornehmen wollte. Im weiteren Verlauf wurde dann die Operation ganz abgelehnt mit der Begründung, es sei mit der Möglichkeit einer Armversteifung zu rechnen. Nach der ablehnenden Begutachtung erfolgte Abweisung.

Ein weiterer Fall ist wegen der klaren Stellungnahme des Gerichts bemerkenswert.

Der Kläger war im Dezember 1932 wegen einer Nierenerkrankung bei dem Beklagten in Behandlung gewesen. Am 14. Dezember 1932 erhielt er zwei Einspritzungen. Bei der zweiten Einspritzung *brach die Nadel ab*. Der Beklagte machte gleich einen Einschnitt, konnte die Nadel aber nicht finden. Auch ein am selben Abend von dem Beklagten und dem Arzt Dr. W. unternommener Versuch, die Nadel zu finden, schlug fehl. Der Kläger wurde dann bei dem Sanitätsrat Dr. M. durchleuchtet, die Nadel wurde daraufhin gefunden und am 17. Dezember 1932 durch Operation entfernt. Der Kläger behauptet, das Abbrechen der Nadel sei auf eine Fahrlässigkeit des Beklagten zurückzuführen. Der Beklagte sei entweder beim Gebrauch der Nadel nicht vorsichtig genug gewesen, oder aber er habe eine abgenutzte und nicht rechtzeitig ausgewechselte Nadel zur Einspritzung benutzt.

Die Klage wurde vom Amtsgericht abgewiesen aus folgenden Gründen: Der Beklagte haftet für den durch das Abbrechen der Nadel entstandenen Schaden nur dann, wenn ihn ein Verschulden trifft. Der Sachverständige, Professor X., hat sich nun dahin geäußert, daß sich ein Verschulden des Beklagten nicht feststellen lasse. Er führt aus, daß es möglich ist, daß durch einen unglücklichen Zufall die Nadel abbricht. Das Gericht trägt keine Bedenken, dem Gutachten zu folgen. Es ist demnach davon auszugehen, daß die Nadel einer Spritze auch abbrechen kann,

ohne daß auf seiten des Arztes ein Kunstfehler vorliegt. Der Kläger muß somit in vollem Umfang den Beweis führen, daß im vorliegenden Falle den Beklagten ein Verschulden trifft.

Der Kläger hat nun nicht bestritten, daß der Beklagte die streitige Nadel *in einem zuverlässigen Geschäft gekauft* hat. Die Nadel ist *auch nicht verrostet* gewesen. Es ist schließlich nicht ersichtlich, daß die Nadel zu lange benutzt worden ist, da der Kläger für diese Behauptung den Beweis nicht hat antreten können. Die Tatsache allein, daß die Nadel abgebrochen ist, genügt nicht, um die übermäßige Abnutzung festzustellen, da, wie der Sachverständige bekundet, auch ein Überbiegen der Nadel dazu führen kann, daß sie abbricht. Vor allen Dingen hat der Kläger nichts darüber vorzutragen, wie es dem Beklagten möglich gewesen sein soll, die übermäßige Abnutzung zu erkennen. Der Sachverständige hat weiter sich dahin geäußert, daß das Verhalten des Beklagten nach dem Unfall nicht zu beanstanden ist. Der Kläger mußte daher mit seiner Klage abgewiesen werden.

Während das Abbrechen der Kanüle ein Ereignis darstellt, das sogleich erkannt wird, kann das Abbrechen der Spitze einer *Operationsnadel* verborgen bleiben. In einem Falle war bei einer Damмнаht eine Nadelspitze zurückgeblieben und wurde erst nach 3 Jahren operativ entfernt; dem Patienten wurde eine Entschädigungssumme zugesprochen. Ähnlich verlief ein anderer Fall, wo bei Naht einer Gelegenheitswunde ein Nadelstück zurückblieb.

Dagegen erfolgte in einem anderen Falle vom Gericht Klageabweisung: Nach einer Unterschenkelamputation wurde mehrere Jahre über Stumpfschmerzen geklagt, bis durch Röntgenaufnahme festgestellt wurde, daß ein Nadelstück bei der Operation zurückgeblieben war; es wurde jetzt operativ entfernt. Danach trat aber angeblich keine Besserung der Beschwerden ein, was die Gutachter in ihrer Ansicht bestärkte, daß der kleine Fremdkörper nicht als Ursache anzusprechen sei.

Das *Reichsgericht* hat sich mit dem Problem eines abgebrochenen Nadelstückes in einer Operationswunde in dem besonders lehrreichen Urteil vom 6. April 1933 befaßt. Dieses Urteil weist namentlich darauf hin, daß eine Haftung des Arztes, dem das Zurücklassen eines abgebrochenen Nadelstückes im gegebenen Falle nicht zum Verschulden angerechnet werden könne, doch möglicherweise sich daraus ergeben könne, daß der bei der Operation mittätige Assistenzarzt oder die Operationschwester die benützten Nadeln nach der Operation nicht auf ihre Unversehrtheit geprüft haben und der operierende Arzt deshalb nicht in der Lage gewesen sei, den Patienten auf das evtl. Zurückbleiben eines Nadelstückes aufmerksam zu machen.

Der Fall lag folgendermaßen:

Die Klägerin ist am 5. August 1925 im Auftrage der Landesversicherungsanstalt in D. im Krankenhaus in Bad W., dessen chirurgische Leitung der beklagte Facharzt für Chirurgie und Urologie hatte, von diesem wegen eines Steines in der linken Niere operiert worden. Nachher traten indes bei ihr alsbald von neuem Schmerzen in der Gegend der linken Niere auf. Ihre Ursache war zunächst trotz zweier Durchleuchtungen, 1926 im Krankenhaus in D. und 1928 im Kranken-

hause in B., nicht aufzuklären. Erst im Oktober 1929 wurde bei einer nochmaligen Durchleuchtung in den Räumen der Ortskrankenkasse in B. die in etwa 1 cm Länge abgebrochene Spitze einer Operationsnadel in der Nierengegend festgestellt und nach einem ersten vergeblichen Versuche im Spätsommer 1933 im Nierenfett gefunden und entfernt. Die Klägerin behauptet, daß das Nadelstück bei ihrer Operation durch den Beklagten in der Wunde zurückgeblieben und die Ursache ihrer Schmerzen gewesen sei; sie erblickt ein Verschulden des Beklagten selbst und des Assistenzarztes und der Schwestern, die dieser bei der Operation zur Hilfe zugezogen habe, in dem Zurücklassen des Nadelstückes in ihrem Leibe und in ihrer Nichtaufklärung darüber, die die alsbaldige Erkenntnis der Ursache ihrer Schmerzen verhindert habe. Mit der Klage hat sie deshalb die Feststellung begehrt, daß der Beklagte ihr zum Ersatze allen Schadens verpflichtet sei, der ihr durch das Zurückbleiben der Nadel in der Operationswunde entstanden sei. Der Beklagte hat bestritten, daß das Nadelstück von der Operation durch ihn herrühre; damals sei nämlich nichts vom Abbrechen einer der benutzten Operationsnadeln bemerkt worden; es sei aber im höchsten Maße unwahrscheinlich, daß in einem solchen Falle nicht beide Bruchstücke gefunden würden, zum mindesten würde sowohl dem Operateur das Abbrechen der Nadel bei der Handlung aufgefallen sein, wie es auch den assistierenden Personen nicht verborgen geblieben sein würde; diese hätten die Pflicht gehabt, das Operationsmaterial zu überwachen und gegebenenfalls auf das Abbrechen einer Nadel aufmerksam zu machen; gegen die Behauptung der Klägerin spreche, daß bei den ersten Durchleuchtungen nach der Operation nichts von der Nadelspitze gesehen worden sei; das Nadelstück könne auch sonstwie in ihren Körper gelangt sein, so insbesondere bei den Operationen, denen sie sich 1915 wegen Blinddarmentzündung, 1922 wegen eines Narbenbruches und 1926 wegen Gebärmutterensenkung unterzogen habe. Der Beklagte hat auch jedes Verschulden seinerseits bestritten, weil bei einer derartig schweren Operation, die die größte Sorgfalt und Eile erfordere, dem operierenden Arzte trotz aller Aufmerksamkeit das Abbrechen einer Nadel entgehen könne und das Auffinden eines Bruchstückes in der blutenden Operationswunde unmöglich sei, und weil sein Assistenzarzt und die Operationsschwester von ihm angewiesen gewesen seien, ihn auf jedes solche Vorkommnis aufmerksam zu machen. Das Oberlandesgericht hat — im Gegensatz zum Landgericht — die Klage abgewiesen. Das Reichsgericht hat das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache zur nochmaligen Verhandlung und Entscheidung in die Vorinstanz zurückverwiesen. Es führt aus: „Das Berufungsgericht läßt dahingestellt, ob die jahrelangen Beschwerden der Klägerin auf das Nadelstück in ihrem Körper zurückzuführen sind, ob dieses von ihrer Operation durch den Beklagten herrührt, und ob die Operationsschwester, die dabei die Nadeln einzufädeln und dem Beklagten zuzureichen hatte, bei gehöriger Aufmerksamkeit das Abbrechen und das Zurückbleiben der Nadelspitze in der Operationswunde bemerkt hätte, und der Beklagte für ein Versehen der Schwester nach § 831 oder nach § 278 BGB. der Klägerin gegenüber einzustehen haben würde. Denn alles das, so meint es, würde zur Rechtfertigung des Klageanspruchs nicht hinreichen. Selbst wenn nämlich der Beklagte das Nadelstück bewußt in der Operationswunde zurückgelassen hätte, würde ihm daraus nur unter besonderen Umständen, die von der beweispflichtigen Klägerin darzutun gewesen wären, aber nicht dargetan seien, ein Vorwurf gemacht werden können. Denn ein derartig kleines Bruchstück verschwinde sofort in dem blutigen und unübersichtlichen Gewebe; ein längeres Nachsuchen verbiete sich aber von selbst mit Rücksicht darauf, daß dadurch die Narkose und die Operation selbst verlängert und infolgedessen die Gefahr für den Patienten erhöht würde; es gelte darum als ärztliche Regel, solche Nadeln ruhig im Körper zu belassen, zumal sie erfahrungsgemäß keine Beschwerden verursachten. Ungenügende Achtsamkeit auf einen Nadel-

bruch würde daher für den weiteren Verlauf nicht ursächlich gewesen sein. Es könne dem Beklagten auch nicht ohne weiteres zum Verschulden angerechnet werden, wenn ihm das Abbrechen der Nadelspitze entgangen sei; zwar habe er es bemerken müssen, wenn die Nadel beim Einstich oder Durchziehen durch die Wunde abgebrochen wäre, da der Bruch dann das leichte Durchgleiten durch das Gewebe verhindert hätte; dagegen bestehe durchaus die Möglichkeit, daß die bereits während des Nähens beschädigte Nadel nach Beendigung der Naht gebrochen und unbemerkt teilweise in die Wunde zurückgefallen sei; ein solches Ereignis aber habe seiner Aufmerksamkeit entgehen können, ohne daß ihm daraus ein Vorwurf gemacht werden könne; denn eine größere Operation, wie die hier vorgenommene, müsse, um Gefahren für den Kranken zu vermeiden, mit möglichster Beschleunigung durchgeführt werden; auch bei normalem Verlaufe müsse die ganze Aufmerksamkeit des Arztes auf die Wunde und den Operationsvorgang selbst gerichtet sein; infolgedessen könne er sich nicht durch irgendwelche Nebensächlichkeiten, die nicht unmittelbar mit der Operation selbst im Zusammenhang ständen, wie z. B. die Kontrolle der zahlreichen bei der Operation benötigten Instrumente, insbesondere der Nadeln, ablenken und aufhalten lassen, da er sonst unter Umständen den Erfolg der Operation oder sogar das Leben des Patienten gefährden würde; besondere Tatsachen aber, aus denen auf ein schuldhaftes Verhalten des Beklagten zu schließen wäre, seien von der beweispflichtigen Klägerin nicht beigebracht worden.“

Das Reichsgericht bemängelt, daß das Berufungsgericht es rechtsirrtümlich unterlassen habe, zu erwägen, ob nicht, wenn nicht der Beklagte selbst, so doch der bei der Operation mittätige Assistenzarzt oder die Operationsschwester die benutzten Nadeln, sei es gleich nach ihrer Verwendung, sei es nach Beendigung der ganzen Operation, auf ihre Unversehrtheit hätten prüfen müssen und bei gehöriger Sorgfalt dann die Beschädigung der einen Nadel und die Möglichkeit, daß das fehlende Stück in die Operationswunde geraten war, hätten erkennen können, und ob es dann nicht Pflicht des Beklagten gewesen wäre, entweder die Klägerin selbst oder aber, wenn das zur Vermeidung einer gefährlichen Beunruhigung nicht tunlich gewesen sein sollte, ihren Hausarzt oder einen ihrer Angehörigen darüber zu unterrichten, oder es wenigstens auf dem Krankenblatt niederzulegen, um so beim Auftreten irgendwelcher Krankheitsfolgen eine rasche und sichere Erkenntnis ihrer Ursache zu ermöglichen und die Heilung zu erleichtern. Es hat auch nicht erörtert, ob der Beklagte nach dieser Richtung hin alles Erforderliche getan und insbesondere seinen Helfern die nötigen Weisungen gegeben und diese in richtiger Weise ausgewählt und überwacht hat, und ob nicht im anderen Falle die Klägerin vor den aufgetretenen schweren Schädigungen mehr oder weniger bewahrt geblieben worden wäre. Wegen dieses Mangels ist das angefochtene Urteil aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückgewiesen worden.

12. Heilverfahren.

Die Verordnung eines *Kuraufenthaltes* gab in einem Falle Anlaß, daß sich das Gericht in zwei Instanzen mit diesem beschäftigen mußte. Es war der Vorwurf erhoben worden, daß eine wegen psychischen Leidens verordnete Kur, die auch mit günstiger Beeinflussung der Gallenwege verbunden war, falsch gewesen sei.

Wegen verordneter *Arzneimittel* wurden in 2 Fällen Regreßansprüche erhoben. Bei Behandlung einer Bindehautentzündung erfolgte statt

der üblichen Zinklösung eine Verordnung von Scopolaminlösung, so daß eine vorübergehende Sehstörung auftrat. Hier wurde eine im Rahmen des erlittenen Schreckes entsprechende Abfindung geleistet. — Dagegen erscheint es geradezu grotesk, daß in einem Fall von sporadischem Kretinismus (Myxödem) von den Eltern des Patienten Anspruch gestellt wurde wegen angeblicher Arzneimittelvergiftung; diese wurde in zu langer Verabreichung von Schilddrüsentabletten gesehen.

Die Verordnung von *Morphium* steht im Mittelpunkt der letzten 4 Fälle. Einmal wurde von einer Patientin der Vorwurf erhoben, daß sie infolge der ärztlichen Behandlung Morphinistin geworden sei. Es handelte sich um eine schwere Entzündung der Beckenorgane, die die Verabfolgung von Morphium veranlaßte. Nach eingehender Feststellung des Gerichts, daß eine Überschreitung der medikamentösen Behandlung nicht vorlag, erfolgte Klageabweisung.

In einem anderen Falle wurde ein Arzt von der Krankenkasse wegen widerrechtlich gegebener Morphiumrezepte regreßpflichtig gemacht. — Als Warnung vor *unzulässiger Morphiumverabreichung* soll der nächste Fall dienen, bei dem ein Patient schwere Gesundheitsstörungen geltend machte. Auf Grund der Entscheidung des gerichtlichen Sachverständigen, daß in der Verabreichung von Morphium ein Verstoß gegen das Opiumgesetz zu erblicken sei, wurde dem Arzt der Versicherungsschutz versagt.

Eine Anschuldigung gegen eine Kuranstalt, daß ein zur Morphium-entziehungskur eingewiesener Kranker infolge unsachgemäßer Behandlung gestorben sei, wurde als unbegründet zurückgewiesen.

13. Einweisung in Krankenhausbehandlung.

Die Frage, ob der behandelnde Arzt durch *verspätete Überführung in Krankenhausbehandlung* unsachgemäß verfahren hat, beschäftigte mehrfach die zuständigen Instanzen. So erklärlich die Auffassung des Laienpublikums ist, daß eine eingetretene Verschlimmerung hätte abgewendet werden können, treten doch hierbei die Schwierigkeiten der Diagnosestellung in Erscheinung, so daß die nachträglich erhobenen Vorwürfe sich meist als unbegründet erweisen.

In einem Fall waren nach *Ausschabung der Gebärmutter* Schüttelfrost und Temperatursteigungen mit Remissionen aufgetreten; nach Verlegung in ein Krankenhaus starb die Patientin an der eingetretenen Sepsis. Die Regreßansprüche wegen angeblich verspäteter Einweisung wurden nach Prüfung des Tatbestandes zurückgewiesen, zumal bei der schweren Infektionsart eine Rettung aussichtslos war. — Eine weitere Anschuldigung wegen nicht rechtzeitiger Krankenhausüberführung

wurde in einem Falle von *Sinusthrombose* abgelehnt, wo die Diagnose auch dem hinzugezogenen Ohrenfacharzt in den ersten Tagen nicht möglich war.

Bei einer Augenverletzung ergab die Untersuchung wegen des Vorwurfes verspäteter Klinikereinweisung, daß der Patient den unglücklichen Ausgang (Verlust des Auges) sich selbst zuzuschreiben hatte. Er war bei dem Arzte erschienen mit der Angabe, daß er einen Schlag gegen das Auge erhalten habe. Es handelte sich aber um eine Splitterverletzung, von der er nichts angegeben hatte.

Die Schwierigkeiten der *Differentialdiagnose zwischen Gallenkolik und einer akuten Entzündung des Wurmfortsatzes*, wenn dieser nach der Lebergehend zu verlagert ist, sind jedem Arzte bekannt. Ein derartiger Fall führte nach dem Tode des Patienten zu Entschädigungsansprüchen der Hinterbliebenen gegen den Arzt wegen nicht rechtzeitiger Krankenhauseinweisung. Dieser hatte bei seiner ersten Untersuchung einen ausgesprochenen Schmerzpunkt in der Gegend der Gallenblase festgestellt, während die Unterbauchgegend frei war, er verabfolgte eine Morphin-einspritzung. Am folgenden Tage stellte er nach seinem Bericht „ein völlig verändertes Krankheitsbild“ fest, so daß er wegen Verdacht auf Magenperforation Krankenhausaufnahme veranlaßte. Es kam zur Ablehnung eines Verschuldens auf Grund des Gutachtens:

„Es kommen immer wieder Fälle von Wurmfortsatzentzündung zur Beobachtung, wo es schwierig ist, den wahren Erkrankungsherd festzustellen. Dies ist teils abhängig von der anatomischen Lage des Wurmfortsatzes, teils auch davon, inwieweit benachbarte Organe in das entzündliche Gebiet einbezogen sind. Die Erscheinungen sind in solchen Fällen durchaus nicht typisch, und keineswegs auf die Mitte der rechten Unterbauchgegend lokalisiert. Eine Differentialdiagnose gegen Gallen- oder Nierenkolik ist häufig im Anfangsstadium nicht möglich. . . Wie sich nun das Krankheitsbild im vorliegenden Falle gestaltete, dafür ist ein objektives Zeugnis vorhanden in den Aufzeichnungen des Krankenhauses. Hier wird als Befund ausdrücklich angegeben, daß ein heftiger Druckschmerz im Oberbauch bestand, während der Unterbauch weniger druckempfindlich war. — Sehr wichtig ist die weitere Notiz, daß in Anbetracht dieses Befundes die Diagnose auf perforiertes Magengeschwür gestellt und der Bauchschnitt in der Magengegend angelegt wurde. Erst bei weiterer Inspektion der Bauchhöhle wurde festgestellt, daß es sich um einen schwer veränderten Wurmfortsatz als Ursache handelte“.

Zwei weitere Fälle von Vorwürfen wegen verspäteter Einweisung wurden durch Gerichtsurteil zugunsten der verklagten Ärzte entschieden, weil ihnen ein Verschulden nicht nachgewiesen werden konnte.

14. Injektionen.

Die große Bedeutung der Verabfolgung von Heilmitteln durch Injektionen bringt es mit sich, daß diese Methode zu den am häufigsten angewandten gehört. Daher ist es erklärlich, daß unerwünschte Nebenerscheinungen auftreten können, über die im medizinischen Schrift-

tum in erheblichem Umfange berichtet wird¹. Da sich die Art der Komplikationen relativ einheitlich gestaltet, so erscheinen einige allgemeine Vorbemerkungen am Platze.

Am ungefährlichsten ist naturgemäß die *subcutane Injektion*. Hierbei wird jedoch von Ungeübten bisweilen der Fehler gemacht, die Einspritzung nicht unter, sondern in die Haut auszuführen. Es kommt dann zu der schmerzhaften Quaddelbildung; je nach Art des Medikamentes können auch Gewebserstörungen in der Umgebung der Injektionsstelle auftreten.

Die Einverleibung von Arzneimitteln *in die Muskulatur* bringt in erheblich höherem Maße die Möglichkeit von Gewebsschädigungen mit sich. Da das Arzneidepot in tiefere Gewebsschichten eingeführt wird, so wird man naturgemäß den Ort der Einspritzung so wählen, daß eine Verletzung vermieden wird. Die Auswahl des oberen äußeren Quadranten der Glutäalgegend ist üblich; noch besser ist es, die Streckseite der Oberschenkelmuskulatur zu wählen. — Trotz aller Vorsicht können jedoch Komplikationen auftreten, und es ist im Einzelfalle schwer zu entscheiden, ob es sich um eine Organverletzung durch die Spritzenkanüle, um eine Folge des Infiltrates oder um toxische Fernwirkung handelt.

Die technisch schwierigste Methode ist die Einverleibung von Mitteln in die Blutbahn, die sog. *intravenöse Injektion*. Da es sich gerade hierbei um chemisch sehr aktive Medikamente handelt, so treten Gewebsschädigungen auf, wenn die Umgebung des Gefäßrohres betroffen wird. Das uns vorliegende Material erweist, daß neben entzündlichen Reaktionen auch schwere Schädigungen beobachtet werden. Es ist daher erklärlich, daß derartige Komplikationen vielfach einem Fehler der ärztlichen Technik zugeschrieben werden. Die Berechtigung dieser Anschuldigung hat in zahlreichen Fällen Gutachter und Spruchinstanzen beschäftigt; eine genaue Prüfung aller näheren Umstände im Einzelfalle wird stets unerläßlich sein. Es lassen sich jedoch einige allgemeine Gesichtspunkte, wie sie sich aus dem praktischen Gebrauch der intravenösen Injektion ergeben, kurz umgrenzen.

Auch bei größter Vorsicht und technischer Geschicklichkeit ist ein Durchstechen der Vene und *Injektion der Flüssigkeit in das umgebende Gewebe* bisweilen nicht zu vermeiden. Es dürfte wohl kaum einen Arzt geben, der dieses Mißgeschick noch nicht erlebt hat. Abgesehen davon, daß das Auffinden der Vene häufig schon sehr schwer ist, besteht eine weitere Schwierigkeit darin, die in die Blutbahn eingeführte Kanüle so zu halten, daß auch eine nachträgliche Verletzung der Venenwand bei dem Druck auf den Spritzenstempel vermieden wird. Es ist üblich,

¹ Auf die übersichtliche Darstellung von Stör in *Der Chirurg 1933*, 171 wird verwiesen.

sich durch Ansaugen von Blut zunächst davon zu überzeugen, daß die Kanüle in der Vene liegt. Es kann aber vorkommen, daß auch hierbei schon die Kanülenspitze die gegenüberliegende Venenwand durchstoßen hat. Bei Ausführung der Injektion tritt alsdann eine Anschwellung des paravenösen Gewebes auf; in diesem Fall ist die Ausführung sofort abubrechen. — Vielfach wird besonderer Wert darauf gelegt, daß der Patient angewiesen wird, eine *Schmerzempfindung* sofort anzugeben. Diese Vorsichtsmaßnahme ist aber praktisch nicht durchaus zuverlässig wegen der verschiedenen subjektiven Reaktion, zumal das Suchen der Vene mit der Kanülenspitze vorher auch schon Schmerzen auslöste. Ferner ist hervorzuheben, daß die Schmerzáußerung erst bei bereits eingetretenem Schaden erfolgt, also zu spät kommt.

Bei Streitfällen wird gelegentlich die Frage erörtert, ob es statthaft ist, die *Injektion durch eine Schwester ausführen* zu lassen. Diese Entscheidung gehört in das Gebiet der Ausbildung und Beaufsichtigung des Schwesternpersonals. Über die Berechtigung der Ausführung subcutaner Injektionen durch geprüfte Schwestern dürfen Zweifel wohl nicht zu erheben sein. Für die intramuskuläre Einspritzung besteht wohl in einigen Krankenhäusern die Anweisung, Schwestern nicht mit der Ausführung zu betrauen; es kann aber ein derartiges Einzelverbot keineswegs maßgebend sein für die grundsätzliche Einstellung der überwiegenden Mehrzahl der Ärzte. Nach dieser ist es durchaus berechtigt, eine intramuskuläre Injektion durch eine Schwester vornehmen zu lassen. Es muß sogar beispielsweise von einer ausgebildeten Schwester häufig verlangt werden, gelegentlich der Nachtwache bei Kreislaufstörungen intramuskuläre Injektionen anzuwenden; es ergäbe sich sonst eine unberechtigte und übermäßige Beanspruchung der Ärzte. Es ist aber selbstverständlich, daß seitens des Arztes genaue Anweisung gegeben wird, nicht nur über die Dosierung des Medikamentes, sondern auch über den zu wählenden Ort der Einspritzung. — Daß eine intravenöse Einspritzung nur von Ärzten ausgeführt werden darf, erscheint nach den geschilderten Schwierigkeiten, die auftreten können, selbstverständlich; es kommt hinzu, daß gelegentlich die operative Freilegung der Vene notwendig ist.

Von dem uns vorliegenden Material war in 3 Fällen eine Gewebeschädigung nach intravenöser Verabreichung von *Salvarsan* entstanden; neben einer umschriebenen Bindegewebsentzündung, die sich bald wieder ausglich, war es einmal zu einer Ausbreitung der Entzündung über den ganzen Arm gekommen, in deren Verlauf eine Absceßöffnung notwendig wurde. Ein Verschulden seitens des Arztes wurde jedesmal nicht anerkannt.

Die Entstehung einer *Eiterung* wurde in weiteren 4 Fällen beobachtet, deren Auftreten auf angebliche Fehler des Arztes zurückgeführt wurde. In 2 Fällen handelte es sich um intravenöse Kalkinjektionen, bei den anderen um Einverleibung eines Leberpräparates bzw. verschiedener

Medikamente zur Bekämpfung eines schweren Asthmaleidens. In dem letzten Falle kam es zu einer vergleichweisen Abfindung, während die übrigen abgewiesen wurden.

Das Auftreten von *Nekroseherden nach intramuskulärer Injektion* führte in 2 Fällen zu der Anschuldigung unsterilen Vorgehens. Nach Kochsalzinjektionen waren in beiden Oberschenkeln Herde zurückgeblieben, die Narbenbildung zur Folge hatten. Ferner war nach einer Gallenblasenoperation ein Chininpräparat in die Glutäalmuskulatur einverleibt worden; es kam an der Injektionsstelle zur Schwellung, Blasenbildung und Nekrose. Hier wurden seitens des Patienten außerdem auch Einwendungen gegen die Zuverlässigkeit des Medikamentes erhoben. Beide Fälle wurden nicht weiter verfolgt.

Von 2 Methoden, die in neuerer Zeit eine erhebliche praktische Ausbreitung gefunden haben, liegen mehrere Beobachtungen vor, bei denen wegen mißglückter intravenöser Einspritzung Schadenersatzansprüche gestellt wurden; es handelte sich um eine diagnostische Methode zur Röntgenuntersuchung der Gallenblase und eine therapeutische zur Verödung der Krampfadern.

Es ist allgemein anerkannt, daß die Diagnostik des Gallensteinleidens durch Einführung der sog. Cholecystographie eine Förderung erfahren hat, unter Verwendung von *Jodtetragnost*. In 4 Fällen kam es zu entzündlichen Erscheinungen infolge paravenöser Injektion (Schwellung des Armes, Infiltratabsceß, Thrombose). In einem Fall kam es zu einem gerichtlichen Verfahren, das erst nach 2 Jahren von der Berufungsinstanz entschieden wurde.¹

Bei der Injektionsbehandlung von *Krampfadern* mit Kochsalzlösung bzw. Calorose war es in 3 Fällen zu entzündlichen Veränderungen an den betreffenden Unterschenkeln gekommen. Diese pflegen im allgemeinen wieder völlig abzuklingen. Wegen der vorübergehenden mit Schmerzen und Gehbehinderung verbundenen Reaktionserscheinungen bei Austritt der Injektionsflüssigkeit in das paravenöse Gewebe kommt es nicht selten zu Vorwürfen gegen die technische Ausführung.

In dem für den letzten Fall erstatteten Gutachten wurde die Methode als eine häufig geübte Behandlungsart bezeichnet . . . „Es ist bei der Beurteilung gleichgültig, ob die Flüssigkeit bei der Einspritzung selbst in das Gewebe gelangte oder erst nachträglich wieder heraussickerte; die letztere Annahme ist nicht wahrscheinlich . . . Daß die Flüssigkeit in das umgebende Gewebe gelangt, ist häufig unvermeidbar; es kommt dann zu einer Reaktion des Gewebes, die auch das Unterhautzellgewebe und die bedeckende Haut in Mitleidenschaft zieht . . . Es ist noch zu berücksichtigen, daß Dr. X nach eigener Angabe der Patientin bereits 3 Injektionen am anderen Unterschenkel ausführte, ohne daß eine Komplikation eintrat, und es ist wohl anzunehmen, daß er bei der 4. Injektion nicht weniger sorgfältig vorging. Es handelt sich um ein bedauerliches Mißgeschick, das jedem Arzt

¹ Vgl. S. 117.

begegnen kann, auch bei Anwendung der größten Vorsicht. Ein ärztlicher Kunstfehler ist nicht anzunehmen.“

Am weitaus häufigsten sind bei intramuskulärer wie intravenöser Injektion *Nervenschädigungen*. Diese können, abgesehen von einer Verletzung, zunächst durch die chemische Wirkung des Mittels verursacht sein. Eine solche kann auch eintreten, wenn der Nerv selbst nicht betroffen wurde, sondern die Injektionsflüssigkeit aus seiner Nachbarschaft langsam an ihn heransickert. Es können ferner entzündliche Vorgänge in der Umgebung des Nerven sich abspielen und zu einer Einklemmung desselben durch Narbengewebe führen. Endlich kommt hierbei auch die bereits erwähnte toxische Fernwirkung in Frage.

Von 11 Fällen waren zweimal der N. medianus, dreimal der N. radialis und sechsmal der N. ischiadicus betroffen; nach den allgemeinen Erfahrungen steht der letztere an der Spitze, am zweithäufigsten kommt der Speichennerv. Die Medianusschädigungen klangen in kurzem wieder ab, so daß die Ansprüche nicht verfolgt wurden.

Die *Radialislähmungen* waren aufgetreten nach Injektion von Cibalin, Hexeton und Äther. In einem Fall erfolgte Abweisung der Ansprüche; in den beiden anderen wurde von dem Gutachter hervorgehoben, daß Injektionen in die Muskulatur des Oberarms sehr leicht die Gefahr einer Nervenschädigung mit sich brächten.

In der Tat ist die Möglichkeit sehr groß, weil sowohl auf der Streck- wie Beugeseite die Nerven oberflächlich liegen können. Es ist dringend zu raten, für *intramuskuläre Injektionen nicht den Oberarm zu wählen*.

Im Gebiete des *Ischiadicus* wurden nach intramuskulärer Injektion in einem Falle Haftpflichtansprüche gestellt wegen angeblich zurückgebliebener Ischiasneuralgie, wofür jedoch keine Anhaltspunkte festgestellt werden konnten. — In einem anderen Falle war eine Entscheidung zu treffen, ob es sich um Lähmung infolge einer Tetanusantitoxinjektion oder Folgen einer spinalen Kinderlähmung handelte, von deren Bestehen der behandelnde Arzt Kenntnis hatte.

Die übrigen 4 Fälle betreffen mehr oder minder schwere Lähmungen im Ausbreitungsgebiet des Ischiadicus. Eine Chinininjektion wegen Malaria führte zu einer schweren Lähmung; ein technischer Fehler war dem beschuldigten Arzt nicht nachzuweisen. — In einem weiteren Falle wurden wegen eingetretener Lungenembolie Anastilinjektionen in die Glutäalmuskulatur vorgenommen; nach der 7. Einspritzung kam es zu einer peripherischen schweren Lähmung des N. ischiadicus (N. tibialis entartet, N. peroneus intakt), die nicht völlig zurückging. Es wurde vom Patienten die Anschuldigung eines fehlerhaften Verfahrens bei der Injektion erhoben. Auf Grund mehrerer eingeholter Gutachten kam das Gericht zur Klageabweisung, weil der behandelnde Arzt bei der Ausführung der Einspritzung einen Kunstfehler nicht begangen habe,

das benutzte Anasil bei der Art der Erkrankung des Klägers das geeignete Heilmittel gewesen und die Einspritzung an der richtigen Stelle erfolgt sei.

Die beiden letzten Fälle betreffen *Solvochininjektionen*. In dem einen Falle wurde diese angewandt zur Bekämpfung einer postoperativen Lungenembolie. Durch die bei der intraglutäalen Einspritzung eingetretene toxische Schädigung war eine Lähmung des N. ischiadicus eingetreten; eine direkte Schädigung desselben wurde von dem behandelnden Nervenarzt nicht angenommen. Es hatte sich weiterhin ein sekundärer fixierter Spitzfuß entwickelt, der durch Redressement beseitigt werden soll; hierbei kam es zu einer Fraktur. — Aus der Feststellung, daß bei Ausführung der Injektion der Patient aufschrie, und daß erst nach Zurückziehen der Kanüle die Flüssigkeit einverleibt wurde, zog der Gutachter den Schluß, daß zuerst der Nerv, der in der Glutäalgegend die Dicke eines kleinen Fingers hat, getroffen wurde; nach Zurückziehen der Nadel sei dann das umgebende Gewebe infiltriert worden, und zwar — bei 4 ccm Flüssigkeit — ziemlich erheblich. So seien dann hauptsächlich die Nervenkelch getroffen worden, die später als N. peroneus verlaufen. Bezüglich der Ausführung wurde die Lagerung auf dem Luftring als fehlerhaft bezeichnet, weil dadurch die Richtung des Stiches zu weit nach vorn erfolgte. Ferner wurde die Entwicklung des Spitzfußes als schuldhaftes Unterlassen der Krankenhausärzte bezeichnet; sie sei leicht zu vermeiden gewesen durch einfache dauernde passive Hebung der Zehengegend. Auf Grund des Gutachtens erfolgte eine angemessene Abfindung.

Der letzte Fall erhielt unter Zuziehung namhafter Gutachter eine eingehende gerichtliche Prüfung, die für die *Schuldfrage bei Injektionen* wesentliche Gesichtspunkte bietet. Das dem rechtskräftigen, klageabweisenden Urteil des Kammergerichts vom 25. August 1938 zugrunde liegende Obergutachten geht davon aus, daß das Solvochin beim Kläger nicht in unmittelbarer Nähe des Ischiasnerven, sondern regelrecht eingespritzt worden ist. Die vom Obergutachter zwar nicht grundsätzlich abgelehnte, aber mit Rücksicht auf die geringe Menge des eingespritzten Chinins als unwahrscheinlich erachtete Möglichkeit, daß eine Solvochinwirkung auf den Ischiasnerven des Klägers durch eine zufällig unglücklich verlaufene Diffusion herbeigeführt sein kann, vermag nach Ansicht des Gerichts keine Schadenersatzpflicht des behandelnden Arztes zu begründen, weil dafür kein Arzt und keine Schwester verantwortlich gemacht werden könne. Nach der Feststellung des Kammergerichts konnte von der vom Kläger selbst gezeigten Stelle aus bei der Solvochininjektion der Ischiasnerv gar nicht getroffen werden, und wurde auch das Solvochin in genügender Entfernung vom Ischiasnerv entladen. Ein Kunstfehler liege sonach nicht vor.

Zuletzt seien noch 2 Fälle angeführt, bei denen es nach intravenöser *Avertin*-Injektion zu sehr schweren Schädigungen kam. In dem einen traten Zirkulationsstörungen und in dem anderen eine Gangrän auf, so daß beidemal der Arm amputiert werden mußte. Nur in dem einen Fall konnte ein Fehler in der Technik nachgewiesen werden, so daß eine sehr angemessene Abfindung erfolgte.

15. Unsachgemäße Behandlung.

Bei den wegen unzulänglicher Behandlung erhobenen Schadenersatzansprüchen stehen im Vordergrund *Verletzungen*, die durch Infektion kompliziert werden, oder *eitrige Entzündungen* anderer Art. Wenn das Heilungsergebnis durch Funktionsausfall von Gelenken beeinträchtigt ist, so ist nicht selten der Arzt einer unnachsichtigen Kritik ausgesetzt, und es werden Haftpflichtansprüche gestellt.

In einem Fall wurde versäumt, einen in einer Wunde befindlichen Fremdkörper zu entfernen. Diese Unterlassung muß nach unseren neuzeitlichen Anschauungen der Wundversorgung als unsachgemäß bezeichnet werden. — Bei einer Handverletzung durch eine Feile trat eine eitrige Infektion ein, die zu einer Versteifung des Handgelenks führte. Daß *Stichverletzungen* eine besonders große Infektionsgefahr mit sich bringen, ist bekannt; sie erfordern daher sorgfältigste Überwachung. In dem vorliegenden Falle konnte der Vorwurf einer oberflächlichen Behandlung nicht aufrechterhalten werden. — Auch in einem weiteren Fall blieb im Anschluß an eine infizierte Schnittverletzung eine Versteifung des Handgelenks und Funktionseinschränkung des Ellbogengelenks zurück. Der behandelnde Arzt konnte den Vorwurf, daß er den Patienten, trotz ausdrücklichen Ersuchens, nicht in der Wohnung aufsuchte und für rechtzeitige Operation Sorge trug, nicht entkräften, so daß die Entscheidung gegen ihn fiel.

Der nächste Fall streift weitgehend die Voraussetzungen der modernen *Wundbehandlung* und zugleich die Frage, welche Vorsichtsmaßnahmen zu treffen sind, wenn ein Patient nach der Wundversorgung verreisen muß.

Bei einer Rißwunde an der Hand wurde Desinfektion der Umgebung und Nahtvereinigung der Wundränder vorgenommen; am folgenden Tag wurde nach Eintreffen in eine andere Stadt wegen starker Schmerzen ein Arzt aufgesucht. Dieser verschrieb ein schmerzstillendes Mittel; erst am nächsten Tage wurde Schwellung und Rötung der Hand festgestellt und der Verband gewechselt; nach Entfernung der Fäden entleerte sich Eiter aus der Wunde. Im weiteren Verlauf kam es zu einer schweren Phlegmone, die Krankenhausbehandlung erforderte. Gegen den zweiten Arzt wurde nun der Vorwurf unsachgemäßen Verhaltens erhoben, weil er nicht bei der ersten Untersuchung den Verbandwechsel vorgenommen habe.

Der Gutachter legte der Tatsache große Bedeutung bei, daß der erstbehandelnde Arzt der Patientin für ihre Reise keine genauen Verhaltensregeln gab. Es würde dem allgemeinen Brauch entsprechen, dem nachbehandelnden Arzt in einem Briefe die getroffenen Maßnahmen mitzuteilen. „Dr. X. konnte bei der

ersten Konsultation aus dem Untersuchungsbefund nicht den Schluß ziehen, daß bereits eine Infektion eingetreten wäre. Aus der Mitteilung der Patientin, daß die Wunde genäht sei, was bei einer Gelegenheitswunde durchaus kein alltägliches Verfahren ist, mußte er schließen, daß es sich um aseptische Verhältnisse gehandelt habe, und daß die Schmerzen lediglich durch die Verletzungsfolge als solche ausgelöst wurden. Es sprechen auch die in den folgenden Tagen von Dr. X. getroffenen Maßnahmen durchaus dafür, daß er sachgemäß vorging. . . Die Unterlassung des Verbandwechsels bei der ersten Untersuchung war kein Kunstfehler.“

Über die rechtliche Entscheidung hinaus lenkt dieser Fall hin auf die Grundsätze der *Behandlung von Gelegenheitswunden*, die in dem Schrifttum eine weitgehende Erörterung erfahren, und deren Befolgung sich jeder Arzt zur Pflicht machen muß. Im Vordergrund steht die Vornahme einer mechanischen Wundreinigung. Alle Gewebsetzen und Nekrosen sind zu entfernen, es dürfen keine Buchten und Ausläufer zurückbleiben, sondern es muß freier Sekretabfluß gesichert sein. Auf diese Weise wird eine gut durchblutete und gereinigte Wunde geschaffen, was die beste Vorbeugung gegen eine Infektion darstellt. Tägliche Verbandwechsel sind keineswegs angezeigt, vielfach sogar schädlich; aber eine genaue Überwachung des Patienten und Eingreifen bei Eintritt von Schmerzen oder Verdacht auf Störung des Wundverlaufs ist naturgemäß unerlässlich.

Die Behandlung eines *Panaritium* führte in zwei weiteren Fällen zu Vorwürfen gegen die behandelnden Ärzte. In dem ersten wurde die Klage abgewiesen, da der Patient eigenmächtig aus der Behandlung fortgeblieben war, die im übrigen als sachgemäß bezeichnet wurde. — In dem andern hatte die eitrige Entzündung auf den Knochen übergriffen, so daß mehrere operative Eingriffe erforderlich wurden, und ein teilweiser Verlust des Daumenknochens zurückblieb. Es wurde als Kunstfehler angeschuldigt, daß die Eiterung nicht durch ergiebige Operation sogleich beseitigt wurde. Weitere Vorwürfe wurden erhoben gegen „Ausdrücken“ der Wunde, Anwendung eines Heftpflasterverbandes und Erlaubnis zur Ausführung von Hausarbeiten. — Der behandelnde Chirurg konnte den Nachweis führen, daß bei der virulenten Infektion der entfernte Knochenteil abgestorben war, und daß der Patient das Spreizen der Wunde beim Verbandwechsel mit „Drücken“ verwechselt habe. Es habe auch eine beginnende Infektion der Daumenbeugesehne vorgelegen, so daß zur Verhütung weiterer Ausbreitung das radikale Vorgehen angezeigt war.

In einem Fall von *eitriger Knochenmarksentzündung* wurden die schweren Folgezustände (Versteifung des Kniegelenks, Verkürzung des Beins und Wirbelsäulenverkrümmung) als Verschulden des Arztes geltend gemacht.

In dem Gutachten wurde ausgeführt, daß die *Osteomyelitis*, die hauptsächlich das jugendliche Alter betrifft, sich meist in Gelenknähe abspielt

und häufig Gelenkveränderungen und -zerstörungen hervorruft, sowie auch durch Wiederaufflackern der Infektion lebensbedrohliche Zustände hervorrufen kann.

„Dies war bei dem Kinde der Fall . . . Die durchgeführte operative Freilegung des Eiterherdes war sachgemäß. Wenn dadurch eine völlige Ausheilung nicht erreicht wurde, sondern bei der Entlassung aus dem Krankenhaus noch Granulationswunden bestanden, so entspricht das durchaus den Beobachtungen bei der vorliegenden schweren Erkrankungsform mit Beteiligung des benachbarten Gelenkes . . . Die eingetretene Verkürzung des Unterschenkels ist darauf zurückzuführen, daß auch die Wachstumszone ergriffen war. Die Wirbelsäulenverkrümmung ist als kompensatorisch aufzufassen . . . Da das Kind entgegen dem ärztlichen Rat aus der Nachbehandlung fortblieb, so kann die durch zu frühzeitige Belastung entstandene ungünstige Zwangsbeugstellung des Kniegelenkes nicht dem Arzt zum Vorwurf gemacht werden.“

Die Osteomyelitis ist immer eine schwere Erkrankung, deren Verlauf nicht absehbar ist; es empfiehlt sich, die Eltern darüber aufzuklären, auch im Hinblick auf die Möglichkeit zurückbleibender Deformität. Es sei auch ein Ausspruch des bekannten Chirurgen KIRSCHNER erwähnt, daß es auch Fälle von chronischer Osteomyelitis gibt, die trotz aller Bemühungen nicht zur Heilung kommen.

Konservatives Vorgehen wurde in einem Falle dem Arzt als unsachgemäß zum Vorwurf gemacht. Es handelte sich um einen bei Sportbetätigung zugezogenen Muskelriß. Obwohl hierbei konservative Behandlung durchaus zweckmäßig ist, mußte sich doch die Berufungsinstanz mit der Klärung beschäftigen, die zur Klageabweisung führte.

Eine *Massagebehandlung*, die zur Behandlung neuralgischer Beschwerden durchgeführt war, wurde in zwei Fällen dem Arzte als Kunstfehler ausgelegt. In dem einen wurde eine eingetretene Thrombose als Folge der Behandlung bezeichnet, was vom Gericht zurückgewiesen wurde. In dem anderen wurde eine angebliche Verschlimmerung des Ischiasleidens auf die Massage zurückgeführt. Dieser Vorwurf ist völlig unberechtigt, zumal diese Behandlungsart bei Ischias häufig angewendet wird.

Die Durchführung einer *Gipsverbandbehandlung* bei Spiralbruch des Schienbeins wurde einem Arzt zum Vorwurf gemacht, weil angeblich Drahtextension hätte angewendet werden müssen; das ungünstige Heilungsergebnis wurde darauf zurückgeführt.

Im Gutachten wurde zum Ausdruck gebracht, daß die Auswahl der Behandlungsmethode dem Arzte überlassen werden müsse. „Daß Dr. X. sachgemäß vorgehen ist, geht besonders daraus hervor, daß er nach erfolgter Röntgenkontrolle den Verband wieder abnahm und einen nochmaligen Repositionsversuch folgen ließ. Daß das Heilungsergebnis, besonders hinsichtlich der Verkürzung des Unterschenkels, ungünstig war, liegt an der Art und Lokalisation des Bruches . . . Ein weiterer Grund für das sorgfältige Vorgehen des Dr. X. ist darin zu erblicken, daß er in seinem Briefe vom . . . dem Patienten vorschlug, sich noch einmal in seine Behandlung zu begeben zwecks operativer Stellung der Bruchstücke. Er hat also auch nachträglich dem Patienten die Möglichkeit geben wollen, durch Operation eine bessere Heilung zu erzielen.“

Eine angeblich falsche Behandlung bei *Achillessehnenriß* infolge Unterlassung eines fixierenden Verbandes wurde zum Anlaß eines Haftpflichtprozesses gegen einen Facharzt für Orthopädie. Die Klage wurde durch Urteil des Landgerichts X. vom 13. November 1937 abgewiesen, weil es den Beweis nicht als erbracht ansah, daß die vom Arzt gewählte Behandlungsweise gegen die in der ärztlichen Wissenschaft allgemein anerkannten Regeln verstoßen habe, und er ihre Unzweckmäßigkeit, bei sorgfältiger Untersuchung des Klägers hätte erkennen müssen. Das gelte auch dann, wenn man unterstelle, daß nach dem derzeitigen Stand der ärztlichen Wissenschaft die Anlegung eines Fixierungsverbandes zur Erreichung eines erfolgreichen Heilungsverlaufes bei einem Sehnenriß für erforderlich zu erachten sei, denn eine solche Verletzung habe beim Kläger nicht vorgelegen. Der Umstand, daß die Ansichten der Gutachter über die Zweckmäßigkeit der gewählten Behandlungsart von einander abweichen, könne höchstens zu dem Ergebnis führen, daß eine *einheitliche Lehrmeinung hierüber nicht bestehe*. In einem derartigen Falle begehe aber der behandelnde Arzt *keinen ärztlichen Kunstfehler, wenn er die eine oder die andere Behandlungsart wähle*. Er habe bei einer solchen Sachlage selbst dann nicht fahrlässig gehandelt, wenn sich *die von ihm gewählte Behandlungsweise später als nicht zweckmäßig erweisen* sollte. In ähnlichem Sinne spricht sich das bereits an anderer Stelle angezogene Urteil des Reichsgerichts vom 7. Januar 1938 (III 89/37) aus, wo es u. a. heißt:

Hätte sich zu der Zeit, als der Beklagte (ein praktischer Arzt) die Wunde des Klägers verband, in der ärztlichen Wissenschaft und Praxis eine einheitliche Ansicht darüber gebildet gehabt, daß bei Schnittwunden der vorliegenden Art die Wundausschneidung zur ordnungsmäßigen Behandlung erforderlich sei, so träfe den Beklagten ein Verschulden, weil er die allgemein in der ärztlichen Praxis anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft nicht befolgt und eine Behandlung vorgenommen hat, die nach diesen Regeln nicht zu billigen wäre. Aber so liegt die Sache eben nicht. Die Meinungen in der ärztlichen Wissenschaft und Praxis, ob und unter welchen Umständen bei Schnittwunden eine Wundausschneidung erforderlich ist, gingen nach den angeführten Gutachten zu der Zeit, als der Beklagte die Behandlung des Klägers übernahm, auseinander. Das betont ja auch Prof. X. Nach seiner Ansicht ist bei Wunden mit verschmutzter Umgebung die sofortige Wundausschneidung nötig, weil dadurch nach den Erfahrungen des Weltkriegs die nicht nur von der Virulenz, sondern auch von der Zahl der Erreger abhängige Infektionsgefahr auf das Mindestmaß beschränkt wird. Es ist allgemein bekannt, daß bei schweren Verwundungen, namentlich solchen durch Granatsplitter, Kleiderreste oder Schmutz in die Wunde kommen und bei der Art solcher Verletzungen nicht durch den Blutfluß ausgespült werden. Das gleiche wird von Wunden zu gelten haben, die jemand sich bei Straßenunfällen zuzieht. Aber auch Prof. X., der hierauf hinweist, hebt hervor, daß Wunden, die nicht bei solchen Unfällen entstanden und nur mit Öl, Metall oder Schmirgelstaub verschmutzt sind, weniger infektiös seien. Beachtet man, daß nach den übereinstimmenden Gutachten bei starker Blutung, wie sie hier vorgelegen hat, glattrandige Wunden erfahrungsgemäß bei Industriearbeitern der Metallindustrie fast stets ohne Wundausschnei-

dung glatt heilen, so kann nicht angenommen werden, der Beklagte habe alsbald für die Vornahme der Wundausschneidung sorgen müssen und durch deren Unterlassung fahrlässig die ärztliche Sorgfaltspflicht verletzt. Angesichts der von Dr. Y. und den anderen Sachverständigen bezeugten Erfahrungen über die Behandlung von Wunden der Industriearbeiter kann auch dem Beklagten nicht etwa ein Vorwurf daraus gemacht werden, daß er den Kläger nicht sofort einem Chirurgen zugewiesen oder ihm eine Wundausschneidung empfohlen hat.

Die Frage des *Auseinandergehens der Ansichten der Fachkreise* berührt auch das Urteil des Reichsgerichts vom 12. Oktober 1934 (III 61/34), das die Möglichkeit des Verschuldens wegen *unsachgemäßer Behandlung eines Oberschenkelbruchs* auch ohne Vorliegen eines Kunstfehlers bejaht. Der Fall lag folgendermaßen:

Der jetzt 12 Jahre alte Kläger stürzte am 3. August 1929 bei einem Tor in E. von seinem Fahrrad und wurde hierbei von einem vorbeikommenden Lastfuhrwerk so überfahren, daß er einen Bruch des rechten Oberschenkels erlitt. Er wurde in das Städtische Krankenhaus gebracht und dort durch dessen leitenden Arzt, den Beklagten, behandelt, der ihm zunächst einen Heftpflaster- und dann am 12. August 1929 einen Glaukostreckverband anlegte. Bei der am 3. September 1929 während einer Urlaubsabwesenheit des Beklagten durch dessen Assistenten vorgenommenen Entfernung des letzteren Verbandes zeigte sich, daß zwar der Oberschenkelbruch völlig geheilt war, daß sich aber auf dem Fußrücken des verletzten Beines ein größeres Druckgeschwür gebildet hatte. Die Heilung dieses Geschwürs wurde durch eine zweimalige Wundroseinfektion verzögert und machte eine stationäre Behandlung des Klägers bis zum 22. November 1929 erforderlich. Das Druckgeschwür hatte ferner zur Folge, daß am rechten Fuß eine sog. Knicksenkung zurückblieb, welche den Kläger bis zu einem gewissen Grade dauernd am Gehen behindert.

Die gegen den leitenden Arzt gerichtete Schadenersatzklage wurde vom Oberlandesgericht K. abgewiesen. Das Reichsgericht hob aber das Berufungsurteil auf und verwies die Sache an das Oberlandesgericht zurück, indem es u. a. ausführte:

„Das Berufungsgericht verneint im Gegensatz zum ersten Richter ein Verschulden des Beklagten, seines Assistenten und der ihm nachgeordneten Krankenschwestern, obwohl es davon ausgeht, daß während der Zeit, in welcher der Glaukostreckverband angelegt war, Schmerzensäußerungen des Klägers unstreitig zur Kenntnis des Beklagten gelangt seien, obwohl es ferner feststellt, daß der Kläger nach Anlegung des Glaukostreckverbandes gegenüber einer Krankenschwester wiederholt über Schmerzen an dem kranken Bein geklagt habe, und daß hiervon der Beklagte unterrichtet worden sei. Im wesentlichen führt das angefochtene Urteil hierzu aus, die Frage, ob und wann die vorzeitige Abnahme eines Streckverbandes angezeigt erscheine, sei eine rein medizinische und stehe im Einzelfall in dem pflichtmäßigen Ermessen des behandelnden Arztes. Dieser müsse, um nicht die Heilung des Bruchs in Frage zu stellen oder gar unmöglich zu machen, vor allem darauf achten, daß der angelegte Streckverband tunlichst in seiner ursprünglichen Lage erhalten bleibe und nur bei schwerwiegender Indikation vorzeitig entfernt werde. Die Professoren Dr. R. und Dr. H. bezeichneten nun die Behandlung des Klägers durch den Beklagten als in jeder Weise sachgemäß. Der Facharzt Dr. N. vertrete allerdings den Standpunkt, daß beim Bekanntwerden während mehrerer Tage in gleichbleibender Weise erfolgende Schmerzensäußerungen des Klägers die alsbaldige Feststellung der Ursache dieser Schmerzen bei Anwendung der größtmöglichen Vorsicht angezeigt gewesen wäre, die Beweisauf-

nahme ergebe jedoch für das Bestehen solcher Voraussetzungen keinen Anhalt. Wenn daher der Beklagte bei der mit seinem Assistenten gelegentlich erörterten Frage, ob der Verband abzunehmen oder zu belassen sei, sich für letzteres entschieden habe, um die Heilung des Oberschenkelbruches nicht zu unterbrechen, so könne ihm das nicht als schuldhafte Verletzung seines pflichtmäßigen Ermessens und die Entstehung des Druckgeschwürs nicht als Kunstfehler zugerechnet werden. Gleiches gelte für den Assistenten und die Krankenschwestern.

Nicht mit Unrecht wendet sich die Revision gegen diese Stellungnahme. Zunächst verkennt das Berufungsgericht, daß ein Verschulden im Sinne des § 276 BGB. auch gegeben sein kann, wenn kein ärztlicher Kunstfehler, d. h. keine Verletzung bestimmter in der Wissenschaft allgemein anerkannter Regeln vorliegt. Dieser Grundsatz verdient um so mehr Beachtung, wenn aus dem Sachverhalt hervorgeht, daß es sich nicht um *Regeln* handelt, *die in der Wissenschaft allgemein anerkannt* sind, sondern daß die Ansichten der Fachkreise zum mindesten auseinandergehen. Dazu kommt, daß das angefochtene Urteil in der Beweiswürdigung nicht frei von Widersprüchen oder doch unklar und nicht erschöpfend ist. Wenn es nämlich feststellt, daß der Kläger nach Anlegung des Glaukostreckverbandes nicht nur ‚Tag und Nacht‘ gegenüber einem Krankenzimmergenossen, sondern auch gegenüber einer Krankenschwester über Schmerzen an dem kranken Bein geklagt habe, daß der Beklagte von den Schmerzensäußerungen des Klägers bei seinen vor Antritt der Urlaubsreise ‚täglichen‘ Krankenbesuchen Kenntnis erlangt habe, daß nach seiner Abreise die Klagen des Kindes ‚nicht aufgehört‘ hätten, daß die als Zeugin vernommene Mutter des Klägers ‚täglich‘ den Schwestern und dem Assistenten ‚über die Schmerzen des Kindes unten am Fuß‘ geklagt und auch dem Beklagten selbst ‚darüber‘ gesprochen haben wolle, daß ‚Patienten den Ursprungsort der Schmerzen durch den Verband hindurch meist nicht genau lokalisieren‘ könnten, und daß mangelnde Äußerungen des Klägers über lokalisierte Schmerzen den Beklagten ‚nicht völlig entlasten‘ würden, wenn ihm wirklich besonders auffallend über Schmerzen geklagt worden wäre, so ist weder nach der Erfahrung des Lebens ohne weiteres einzusehen, weshalb derart häufige und den verschiedensten Personen gegenüber kundgegebene Schmerzensäußerungen, wie sie hier vorgekommen sind, nicht als ‚besonders auffallend‘ anzusprechen sein sollen, noch ist es rechtlich zu verstehen, weshalb aus der Gesamtheit dieser Umstände nicht die Folgerung gezogen wird, daß ein Verschulden des Beklagten oder doch seiner Erfüllungsgehilfen vorliege, für das er nach §§ 276, 278 BGB. einzustehen hätte, sondern ein Verschulden überhaupt verneint wird. Endlich kann der Revision auch darin beigetreten werden, wenn sie angesichts der tatsächlichen Feststellung, daß es sich bei dem Kläger um ein Kind handle und (nach dem vom Berufungsgericht in bezug genommenen Gutachten des Universitätsprofessors Dr. H.) das ‚seit alters her bekannte‘ Auftreten von Druckgeschwüren, ‚deren Entstehung bisweilen nicht zu klären sei‘, auch im Verlaufe eines Heftpflasterstreckverbandes ‚immer wieder‘ vorkomme, geltend macht, es hätte die dem Beklagten als Arzt obliegende Sorgfaltspflicht geboten, den Kläger wiederholt zu befragen, ob lokalisierte Schmerzen vorhanden seien, und ihn darüber zu belehren, daß er es sagen müsse, wenn er solche Schmerzen habe. In dieser Richtung ermangelt das angefochtene Urteil jeglicher Erörterung.“

Es seien endlich noch 4 Fälle erwähnt, wo der Vorwurf einer *Verschlimmerung der Krankheit* durch die angewandte Behandlung erhoben wurde. Er richtete sich einmal gegen Injektionen von Calcium und Traubenzucker bei einem schwer Herzkranken, der gleichzeitig noch an Zuckerharnruhr litt. — Die anderen Fälle betreffen Lungentuberkulose,

wobei besonders die Unterlassung der Pneumothoraxbehandlung als unsachgemäß bezeichnet wurde. — Nur in einem dieser Fälle wurde ein fehlerhaftes Vorgehen des Arztes erkannt, die übrigen wurden als unbegründet abgewiesen.

16. Unglücksfall bei Behandlung.

Es ist bekannt, daß die diagnostischen und therapeutischen Methoden, die mit Einführung von Instrumenten in die Speiseröhre verbunden sind, niemals die Forderung absoluter Ungefährlichkeit erfüllen können. Das Zustandekommen von Verletzungen sowie Art und Lokalisation wurde von dem einen von uns früher eingehend gewürdigt¹.

Bei einem Fall von krampfartigem Verschuß des Mageneinganges (Kardiospasmus) war die Ernährungsstörung so hochgradig geworden, daß nach Einlieferung in Krankenhausbehandlung die Dehnungsbehandlung durchgeführt werden mußte. Hierbei wurde das Verfahren angewendet, daß der Dehnungsapparat, sobald er im Magenmund liegt, mit Wasser gefüllt wird. Hierdurch wird eine allmähliche Dehnung gewährleistet, und das Verfahren gilt allgemein als schonend. Durch einen Einriß im Dehnungsballon kam es nun zu Wasseraustritt in den Magen und durch die Druckwirkung zu einem Magenwandriß. Trotz sofortiger Operation kam es zu einem unglücklichen Ausgang.

Der Nachweis, daß ein Kunstfehler nicht vorlag, erfolgte einwandfrei, und die erhobene Anschuldigung wurde dann auch zurückgezogen. Es konnte insbesondere festgestellt werden, daß man mit großer Vorsicht zu Werke gegangen war, und daß die eingetretene Komplikation als unglücklicher Zufall aufzufassen sei.

Es sei mit bezug auf die Druckwirkung des Wassers darauf hingewiesen, daß Verletzungen des Magens auch bei der Magenspiegelung beobachtet wurden, wenn auch weit seltener als die der Speiseröhre. Das Zustandekommen ist nicht immer geklärt. Abgesehen von der seltenen Möglichkeit, daß sich die Spitze des Instrumentes in einer Schleimhautfalte verfängt und an dieser Stelle die Magenwand perforiert, spielt zweifellos die Luftaufblähung eine wesentliche Rolle, zumal bei pathologisch veränderter Magenwand oder bei fixiertem Magen.

Es ist selbstverständlich, daß bei Ausführung dieser Methoden eine Herabsetzung der Gefährlichkeit angestrebt werden muß unter genauer Beachtung der Gegenanzeigen. Außerdem muß bei dem ausführenden Arzt höchste technische Beherrschung des Verfahrens vorausgesetzt werden.

¹ HÜBNER, A.: Lehrbuch der Gastroskopie. Jena: G. Fischer 1928.

17. Katheterismus.

Bei der häufigen Anwendung der Blasenentleerung mit Hilfe eines Katheters und bei den bekannten Schwierigkeiten, die nicht selten bei der Ausführung in die Erscheinung treten, ist zu erwarten, daß auch hierbei Haftpflichtansprüche geltend gemacht werden. Dabei stehen im Vordergrund nachfolgende Blutungen oder Harnwegsinfektion.

Beim Katheterismus handelt es sich um die schonendste und gewissermaßen physiologische Methode, um den gestörten Urinablauf in Gang zu bringen; aber sie kann bei unsachgemäßer Anwendung schweren Schaden anrichten. Es muß daher eine sichere Technik und peinlichste Asepsis gefordert werden. Es darf niemals versucht werden, einen auftretenden Widerstand durch Kraftanstrengung zu überwinden; man muß vielmehr zur rechten Zeit aufhören. Eine nachfolgende Blutung läßt nicht ohne weiteres den Schluß zu, daß eine Verletzung erfolgt ist; bei älteren Männern muß naturgemäß mit einer brüchigen und leicht blutenden Schleimhaut gerechnet werden.

In einem Fall kam es zu einem unglücklichen Ausgang infolge starker Blutung, die aber bei der Erkrankungsart (Prostatacarcinom) durch besondere Umstände und nicht durch ärztliches Verschulden bedingt war. — In einem anderen Fall sollte ein Arzt in Anspruch genommen werden wegen ungenügender Sterilisierung der Instrumente, so daß eine Infektion der Harnwege auftrat; es wurde sogar Strafanzeige gestellt. Das Verfahren kam zur Einstellung, da die erhobenen Vorwürfe sich als unbegründet erwiesen.

In einem weiteren Falle kam es zu einer aufsteigenden Coliinfektion. Der Patient beschuldigte den Katheterismus als auslösende Ursache, der außerordentlich schmerzhaft und mit Blutabgang verbunden gewesen sei. In dem Gutachten wurde der Modus der Infektion genau untersucht.

„Bezüglich der *Entstehung der Infektion* bestehen verschiedene Möglichkeiten. In einem großen Teil der Fälle kommt es zu einer sog. Spontaninfektion, bei der häufig die Ursache nicht aufzuklären ist. Es kann sich auch aus der Umgebung der Blase der entzündliche Prozeß auf die Wand dieses Organes fortsetzen; so wird z. B. bei eitriger Blinddarmentzündung nicht selten eine Miterkrankung der Blase beobachtet. Auch bei Allgemeininfektion (z. B. Typhus und Paratyphus) kommen spontan entstandene Blasenentzündungen vor. — Eine weitere Möglichkeit bildet eine Infektion der Blase auf dem Blutwege, was jedoch selten beobachtet wird. Ebenso kommt noch eine Infektion von der Niere oder dem Nierenbecken auf dem Wege durch den Harnleiter in Frage. — Am weitesten häufigsten werden Infektionen bei Männern instrumentell hervorgerufen, wenn die Notwendigkeit einer künstlichen Blasenentleerung vorliegt . . . Auch bei sorgfältigster Asepsis ist eine Blaseninfektion nicht immer zu vermeiden. Der Grund hierfür liegt darin, daß in der Harnröhre selbst immer Keime vorhanden sind, die durch das eingeführte Instrument in die Blase befördert werden . . . *Es kommt nicht darauf an, ob ein Katheterismus leicht oder schwer gelingt, ob er schmerzhaft oder schmerzlos ist, sondern die Voraussetzung bildet, daß aseptisch vorgegangen wird . . .*

Der Ausbruch der Infektion erfolgte erst 8 Tage nach dem Katheterismus, und zwar akut mit schweren Erscheinungen, so daß ein Zusammenhang unwahrscheinlich ist.“

Daß auch Katheterverletzungen unberechtigt dem Arzt vorgeworfen werden, erweist ein von DITTRICH mitgeteilter Fall, wo erst nach dem Tode des Patienten von anderer Seite mitgeteilt wurde, daß er mit Holzstäbchen sich selbst die Schädigung beigebracht habe.

18. Serumanwendung.

Eine unterlassene oder verspätete Serumgabe wird bei Ausbruch von Krankheitserscheinungen nicht selten zum Anlaß von Regreßansprüchen. Nach einer Hundebißverletzung kam es später zu einer Beinlähmung, und es wurde der Vorwurf erhoben, daß zu spät Rekonvaleszenten Serum verabfolgt sei. Erst nach einiger Zeit konnte aber die Diagnose einer epidemischen Kinderlähmung erhärtet werden.

In 3 Fällen von Tetanus handelte es sich um Vorwurf fahrlässigen Handelns, weil eine *prophylaktische Antitoxineinspritzung* nicht vorgenommen war. Der eine Fall (Quetschwunde an der Großzehe) endete tödlich, während der zweite Erkrankungsfall (Quetschwunde an der Stirn durch Steinwurf) die Erblindung eines Auges im Gefolge hatte; in dem dritten Fall (Kreissägenverletzung an der Hand) trat Genesung ein.

Über den Wert der *vorbeugenden Serumbehandlung* finden in wissenschaftlichen Kreisen lebhafte Erörterungen statt. Den Anlaß hierzu gaben zahlreiche Beobachtungen, daß trotz vorschriftsmäßiger Anwendung der Serumprophylaxe die Krankheit ausbrach und tödlich endete. Es kommt ferner hinzu, daß das Serum kein harmloses Mittel ist, sondern körperliche Schädigungen hervorrufen kann. Wenn auch hier nicht auf den wissenschaftlichen Meinungs austausch näher eingegangen werden soll, so muß doch die Tatsache erwähnt werden, daß nachgewiesenermaßen ein großer Teil der Ärzte die Serumprophylaxe nicht anwendet. Danach kann naturgemäß eine rechtliche Bindung nicht anerkannt, und die Unterlassung der Serumgabe kann nicht als Kunstfehler bezeichnet werden. In den von der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde herausgegebenen „Leitsätzen zur ärztlichen Versorgung der Zufallswunde“ findet sich zur Tetanusfrage folgende Stellungnahme: „Die Abstandnahme von der Tetanusantitoxingabe ist daher nicht grundsätzlich als Kunstfehler anzusehen.“

Es ist unbestreitbar, daß wir durch genaueste Befolgung der maßgebenden Grundsätze für die Wundversorgung dem Auftreten des Starrkrampfes das sicherste Bollwerk entgegensetzen. Solange aber die Frage über den Wert der Serumgabe noch nicht endgültig geklärt ist, muß jeder Arzt nach seinem Gewissen sich entscheiden. Es ist keinem

zu verwehren, die Serumphylaxe auszuüben, wenn er von ihrem Wert überzeugt ist. Ebenso muß aber auch der Ablehnung dieser Methode durch eine große Zahl der Ärzte Rechnung getragen werden. Eine Haftpflicht bei unterlassener Serumeinspritzung ist ebenso auszuschalten, wie sie auch für Schädigungen infolge des Serums nicht anerkannt werden kann.

V. Operationen.

19. Verspätete Operation.

Aus der Betrachtung der Gesamtzahl der Fälle, die das Operationsgebiet betreffen, lassen sich ungemein wertvolle Schlüsse ableiten. Diese sind einmal geeignet, das ärztliche Erfahrungsgebiet zu erweitern, sie ergeben aber auch wichtige Gesichtspunkte für die Klärung der Rechtslage. Es zeigt sich, daß gerade Fälle, deren Beurteilung bei oberflächlicher Betrachtung einfach erscheint, sehr schwierige Fragenkomplexe mit sich bringen, die nur bei gehöriger Vertiefung zu lösen sind. In dieser Gruppe treten auch nicht selten erhebliche Schwierigkeiten für die Urteilsfindung auf, besonders wenn zwei oder mehrere Gutachter verschiedene, bisweilen sogar entgegengesetzte Ansichten vertreten. Für sie erwächst aber gerade hier die verantwortungsvolle Aufgabe, alle mit operativer Tätigkeit verbundenen Geschehnisse so darzustellen, daß auch Spruchbehörden und Verwaltungsinstanzen ein klares Bild und eine Grundlage gewinnen können, um zu einer Entscheidung über den Einzelfall zu gelangen.

Von den für Haftpflichtansprüche geltend gemachten Vorwürfen steht zahlenmäßig im Vordergrund der einer *verspäteten Vornahme der Operation*. Es handelt sich um die wichtige Entscheidung zwischen konservativer und operativer Behandlung, die den Arzt häufig vor eine schwere Aufgabe stellt. Bei ungünstigem Ausgang kommt es dann zu dem Vorwurf, daß das Abwarten unsachgemäß war, und zu Regreßansprüchen.

Daß eine *Wurmfortsatzentzündung* auch bei konservativer Behandlung ausheilen kann, ist bekannt, und manche Ärzte bevorzugen diese. Die akuten Krankheitserscheinungen können durch absolute Ruhigstellung und Anwendung von Eisblase zum Abklingen gebracht werden. Die Frage, wie bei einer eitrigen Entzündung vorzugehen ist, wird in dem einen der uns vorliegenden 4 Fälle berührt. Es war die konservative Behandlung durchgeführt worden, bis schwere Erscheinungen auftraten. Die alsdann vorgenommene Operation ergab eine eitrig-eitrige Bauchfellentzündung, die dann einen unglücklichen Ausgang nahm. — Für die Begutachtung war es erforderlich, rückschauend die Ereignisse an den

vorhergehenden Tagen und die ärztlichen Maßnahmen zugrunde zu legen:

„Wenn es sich um das Vorliegen einer Eiteransammlung handelt, wie im vorliegenden Fall, so vertreten sehr viele Chirurgen den Standpunkt, daß in diesem Stadium nicht zu operieren ist; man wartet vielmehr die Abkapselung des Abzesses ab, um nach einigen Wochen oder Monaten eine sekundäre Operation mit Entfernung des Wurmfortsatzes anzuschließen. Es kommt hinzu, daß bei dem Patienten der Beginn der akuten Erscheinungen schon zwei Tage zurücklag. Daß es plötzlich, trotz der durchgeführten absoluten Ruhigstellung zu einer Ausbreitung über das ganze Bauchfell kam, ist als ein unglückliches Ereignis anzusehen, wofür aber dem Arzt ein Verschulden nicht beizumessen ist.“

In diesem Zusammenhange sei auf die von v. WEBER¹ angeführte Reichsgerichtsentscheidung verwiesen: „Das Reichsgericht hat dabei ausgesprochen, daß ein Arzt nicht verpflichtet ist, Verfahren anzuwenden, die nach dem augenblicklichen Stande der ärztlichen Wissenschaft weitaus überwiegend als die wirksamsten gelten, wenn seine auf sachliche Gründe gestützte persönliche Überzeugung mit dieser überwiegenden Meinung nicht übereinstimmt.“ — Ein *Abweichen von der „Schulmedizin“* im Zusammenhange mit der Frage der *Nichtvornahme oder Verspätung einer Operation* behandelt auch das Urteil des Reichsgerichts vom 1. Dezember 1931 (1 D 707/31). Das Reichsgericht versteht hier unter „Schulmedizin“ nicht die „auf den Universitäten gelehrte medizinische Wissenschaft, deren Beherrschung bei den Prüfungen und bei der Approbation vorausgesetzt wird, im Gegensatz zu dem Wissen, das die nichtärztlichen Heilbehandler aus Büchern, in Kursen oder lediglich aus dem Erfahren sich aneignen oder sich aneignen zu können glauben“, sondern es gebraucht den Begriff „Schulmedizin“ gleichbedeutend mit dem Begriff der „allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft (oder Kunst)“, und es spricht sich anschließend dahin aus, daß ein Arzt für ein Abweichen von der Schulmedizin nicht verantwortlich gemacht werden kann, wenn er sich einer anderen von beachtlichen Medizinern vertretenen Ansicht anschließt.

Es handelte sich um eine akute Blinddarmentzündung; das Landgericht hatte festgestellt, nach der herrschenden Ansicht müsse bei einer schweren Blinddarmentzündung zwar so früh als möglich, aber doch auch noch nach Ablauf von 48 Stunden seit dem Beginn der Krankheit bis zu einem etwa feststellbaren Durchbruch des Wurmfortsatzes oder auch noch nach einem Durchbruch, soweit irgend möglich, operiert werden, während die Vertreter der sog. „konservativen Methode“, zu denen auch approbierte Ärzte, wie Prof. Dr. X. zählten, auf dem Standpunkt ständen, daß nach dem Ablauf von 48 Stunden bis zum Eintritt

¹ Der Chirurg 1934, 516.

eines „Intervalls“ keine Operation, sondern eine abwartende Behandlung angezeigt sei. Das Reichsgericht nahm an, daß ein Arzt, der in einem solchen Falle der „konservativen Methode“ gefolgt sei und die Operation unterlassen habe, für den Tod des Patienten nicht aus dem Gesichtspunkte der Begehung eines Kunstfehlers verantwortlich gemacht werden könne. Außer durch Nichtvornahme oder Verspätung einer notwendigen Operation können Kunstfehler auch sonst noch durch Unterlassung begangen werden, so wenn eine Röntgendurchleuchtung schuldhaft verzögert oder überhaupt nicht vorgenommen wird.

In dem zweiten Falle erfolgte die Durchführung der Operation einer eitrigten Wurmfortsatzentzündung zu spät, weil die Diagnose nicht gestellt war. Der beschuldigte Arzt machte geltend, daß kolikartige Schmerzen bestanden in dem Darmabschnitt der Oberbauchgegend, und daß eine Druckschmerzhaftigkeit in der Mitte der rechten Unterbauchgegend fehlte; daher habe er eine Wurmfortsatzentzündung nicht diagnostiziert. — Das Sektionsprotokoll ergab eine abnorme Lage des Wurmfortsatzes, und diese Feststellung gab dem Gutachter Anlaß zu folgenden Ausführungen:

„Bei manchen Menschen befindet sich der Wurmfortsatz in einer topographisch-anatomisch abnormen Lage; er kann z. B. ganz nach der Lebergegend heraufgeschlagen, hinter den Blinddarm verlagert oder sogar ganz in der linken Bauchgegend sich befinden. In solchen Fällen sind häufig die sonst typischen Krankheitserscheinungen nicht vorhanden; es fehlt besonders der Druckschmerz in der Mitte der rechten Unterbauchgegend und am Nabel... Die geklagten ‚Leibschmerzen‘ konnten eine bestimmte Diagnose nicht zulassen.“

Zu einer für den behandelnden Arzt ungünstigen Beurteilung kam es im nächsten Falle einer perforierten Appendicitis:

„Aus den eigenen Angaben des Dr. X. ist zu entnehmen, daß bei dem Verstorbenen vom ersten Tage ab Anzeichen für eine schwere Erkrankung bestanden. Als solches ist insbesondere die Untätigkeit des Darms (Ileus) anzusehen. Diese Stuhlverhaltung hielt an den folgenden Tagen an. Dr. X. verabfolgte dann ein Mittel, daß die Darmperistaltik stark anregt, worauf auch Stuhlentleerung erfolgte. Die Injektion von Prostigmin war fehlerhaft. Man muß in dem vorliegenden jugendlichen Alter mit der Möglichkeit rechnen, daß die Darmlähmung durch einen akut entzündlichen Prozeß ausgelöst wird, wobei am häufigsten der Wurmfortsatz in Frage kommt. Hierbei ist die Anwendung von Peristaltik erregenden Mitteln schon deshalb zu unterlassen, weil durch die plötzlich hervorgerufene Darmbewegung eine Perforation des entzündlich veränderten Wurmfortsatzes hervorgerufen werden kann... Als nun in den nächsten Tagen galliges Erbrechen auftrat, mußte nach dem bisherigen Beobachtungsergebnis unbedingt an das Bestehen einer Bauchfellentzündung gedacht werden... Es ist weiterhin Herrn Dr. X. zum Vorwurf zu machen, daß er den schwerkranken Zustand des Patienten nicht genügend würdigte, so daß er am zweiten und vierten Tage nach Übernahme der Behandlung ihn nicht besuchte. Er hätte auch leicht die Möglichkeit gehabt, einen Facharzt hinzuzuziehen... Es ist unverständlich, daß Dr. X. schließlich die Einweisung in das Krankenhaus nicht selbst veranlaßte, sondern erst auf Drängen der Eltern... Alle angeführten Gesichtspunkte führen zu dem Ergebnis, daß Dr. X. den ärztlichen Anforderungen nicht gerecht wurde.“

Bei dem vierten Fall bestand ebenfalls eine abnorme Lage des Wurmfortsatzes, so daß zuerst Gallenblasenentzündung angenommen wurde. Es ist hierbei von Interesse, daß eine ganze Reihe von Fehlerquellen dem behandelnden Arzte zugeschoben wurde, wobei der unglückliche Ausgang durch verspätete Vornahme der Operation erfolgt sei. Aus dem Gutachten sind folgende Gesichtspunkte wesentlich:

„Zu der Bemängelung, daß keine Blutuntersuchung erfolgt sei, ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, daß differentialdiagnostische Schlüsse dadurch nicht ermöglicht werden. Es wird wohl das Vorliegen eines entzündlichen Prozesses festgestellt, aber aus dem Ergebnis der Blutuntersuchung kann nicht abgeleitet werden, welches Organ den Krankheitsherd birgt . . . Es wird gegen Dr. X. der weitere Vorwurf erhoben, daß er am zweiten Tage keinen Besuch gemacht habe. Dieser versichert nun, daß ihm telephonisch eine Besserung des Befindens mitgeteilt wurde. Sein Verhalten am dritten Tage zeugt auch von seiner Sorgsamkeit: er besuchte den Kranken dreimal und zog abends einen Chirurgen hinzu . . . Die Angabe, daß durch Anwendung eines Heizkissens die Entstehung der Bauchfellentzündung beschleunigt sei, ist nicht gerechtfertigt. Bei dem unklaren Krankheitsbild war die Vermutung einer Gallenblasenentzündung begründlich, zumal auch die Urinuntersuchung auf Gallenfarbstoff ein positives Ergebnis hatte. Abgesehen hiervon kann Wärmeanwendung niemals eine Bauchfellentzündung hervorrufen oder den Ausbruch beschleunigen . . . Die Unterlassung der Röntgenuntersuchung mit Kontrastmittel ist ebenfalls im akut entzündlichen Stadium durchaus berechtigt . . . Das Vorhandensein eines trägen Stuhlganges konnte für beide Krankheitsformen sprechen . . . Ein Zusammenhang der später im Wurmfortsatz festgestellten Kotsteine mit der Darmträgheit kann selbstverständlich nicht angenommen werden . . . Die Verabfolgung schmerzstillender Mittel kann nicht als ungünstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes angesehen werden . . . Der Tod erfolgte an einer hinzugetretenen Lungenentzündung, am achten Tage nach der Operation. Die Entstehung dieser Komplikation ist nicht darauf zurückzuführen, daß die Operation erst am vierten Erkrankungsstage vorgenommen wurde . . .“

Das Landgericht hat demgemäß das Armenrecht versagt, weil nicht die verspätete — vom Patienten gut überstandene — Blinddarmoperation, sondern die danach aufgetretene Lungenentzündung die Todesursache war.

In einem Falle von *perforiertem Magengeschwür* bestand ebenfalls ein völlig atypischer Ablauf, insbesondere fehlten Krankheitszeichen, die auf eine Bauchfellentzündung schließen ließen. Auch als nach eingetretener Verschlimmerung Einweisung in eine chirurgische Abteilung erfolgt war, wurde hier noch 6 Stunden abgewartet, weil die Diagnose unsicher war. Die danach vorgenommene Operation erwies die wahre Krankheitsursache, der unglückliche Ausgang war nicht mehr aufzuhalten. — In dem Gutachten wurde auf die beiden Entstehungsmöglichkeiten hingewiesen. Es handelt sich entweder um ein Bersten des Geschwürs; bei nicht gestellter Diagnose könnte der Arzt zur Rechenschaft gezogen werden. Oder es liegt ein sog. penetrierendes Geschwür vor, das sich langsam durch die Magenwand durchfrißt; wenn der

Herd bis zur äußeren Schicht der Magenwand durchwandert, so bilden sich schützende Verklebungen mit Nachbarorganen. Wenn auch diese schleichend durchwandert werden, so dehnt sich der Entzündungs-Herd schrittweise über die näheren Teile der Bauchhöhle aus. In diesem Fall ist die Diagnose schwierig und oft nicht zu stellen. Ein Verschulden des Arztes kann nicht angenommen werden. — Auch gegen den Vorwurf, Dr. X. hätte sich nicht informiert, ob früher Magenbeschwerden vorgelegen hätten, ist einzuwenden, daß viele Patienten nie vorher Beschwerden haben, sondern aus voller Gesundheit heraus mit den charakteristischen Schmerzen erkranken.

Auf Grund dieses Gutachtens hat das Landgericht zutreffend das Armenrecht versagt.

In einem Fall von *Gallensteinleiden* wurde gegen den früher behandelnden Arzt der Vorwurf erhoben, durch die nicht rechtzeitig eingeleitete Operation eine Verschlimmerung verursacht zu haben. Zwischen der Beendigung seiner Behandlung und der Operation, die eine eitrige Entzündung der Gallenblase ergab, lag ein Zwischenraum von 9 Wochen. Diese Feststellung bestimmte den Gutachter zu einer Ablehnung des Vorwurfs.

„Gallengangserkrankungen, insbesondere auch entzündliche Veränderungen der Gallenblase werden durchaus nicht ohne weiteres operativ behandelt. Es ist aus der Maßnahme der konservativen Behandlung Herrn Dr. X. kein Vorwurf zu machen, um so mehr als es durchaus nicht feststeht, daß während seiner Behandlungszeit schon eine Operation erforderlich war, auch wenn tatsächlich Kolikanfälle vorkamen . . . Gegenüber der Behauptung unzureichender Untersuchung wird darauf verwiesen, daß Dr. X. eine Röntgenaufnahme veranlaßte, auf der ein Gallenstein festgestellt wurde. Außerdem hat er nachgewiesenermaßen stets eine genaue Abtastung des Leibes vorgenommen.“

Ein anderer Fall hat weniger ärztliches Interesse; er erweist aber, daß auch nach geglückter Operation nachträglich Regreßansprüche gestellt werden, weil diese angeblich nicht rechtzeitig erfolgte. Als dieser Vorwurf nicht durchschlug, wurde wegen zu frühzeitigem Beginn der postoperativen Bestrahlung erneute Beschuldigung erhoben.

Der nächste Fall greift dagegen in ein praktisch sehr wichtiges Gebiet über, nämlich die Behandlung *eitriger Sehnenscheidenentzündung*. Es war einem Arzte zum Vorwurf gemacht, die operative Eröffnung zu spät veranlaßt und die zurückgebliebene Versteifung verschuldet zu haben. Im Gutachten war die Entscheidung zu treffen, ob während der Behandlungszeit von Dr. X. schon die Sehnenscheidenentzündung hätte erkannt werden müssen, die später von Dr. Y. operiert wurde.

„Eine Rötung, Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit spricht durchaus nicht ohne weiteres für eitrige Sehnenscheidenentzündung. Die Anzeige zur Operation muß sehr streng gehalten werden, da die Gefahr der Austrocknung der Sehnen damit verbunden ist, und somit eine Versteifung unabänderlich die Folge ist . . . Aus den über den Befund vorliegenden Aufzeichnungen ist keineswegs zu schließen,

daß die Sehnenscheiden in der fraglichen Zeit schon mitbeteiligt waren. Nach der vorgenommenen Incision war eine Besserung eingetreten, die sich auch im Allgemeinbefinden günstig auswirkte. Dr. X. konnte daher berechtigterweise annehmen, daß der Erkrankungsherd lokalisiert war. Aus der durchgeführten Behandlung mit Ruhigstellung und feuchten Umschlägen ist ihm kein Vorwurf zu machen.

In einem anderen Falle wurde der Arzt angeschuldigt, bei einer Verletzung von 2 Fingern zu lange die Operation hinausgezögert zu haben, so daß schließlich *operative Absetzung beider Finger* erfolgen mußte.

Der Standpunkt, möglichst lange abzuwarten, ob von dem verletzten Gliedteil noch etwas zu retten sei, entspricht den allgemeinen chirurgischen Grundsätzen. Es war auch gerechtfertigt, den Heilplan so einzurichten, daß die Möglichkeit einer Wiederherstellung der Ernährung begünstigt werden sollte.

Zu einer Klageabweisung gelangte das Landgericht in einem Fall, wo sich ein Furunkel zu einem Karbunkel entwickelt, und hinzugetretene Pyämie den Tod des Patienten verursacht hatte. Das Landgericht erachtete die gegen die Ärzte erhobenen Vorwürfe als unbegründet, indem es u. a. ausführte:

„Der Tod des Ehemannes der Klägerin ist unstreitig durch die Entwicklung des Karbunkels, in die Umgebung und in die Tiefe zur phlegmonösen Entzündung und die dadurch herbeigeführte Sepsis bzw. Pyämie (Allgemeininfektion) verursacht worden.

Die Klägerin führt diese Krankheitsentwicklung auf das Verschulden der Beklagten zurück. Ihre Vorwürfe lassen sich dahin zusammenfassen, daß

1. die Beklagten zu 1) und 2) und die behandelnden Ärzte des Krankenhauses entgegen den Regeln der ärztlichen Kunst *nicht zu gegebener Zeit einen chirurgischen Eingriff vorgenommen hätten,*

2. die tatsächlich erfolgte Behandlung im übrigen unsachgemäß und nicht mit der erforderlichen Sorgfalt vorgenommen hätten,

3. die Sepsis bzw. Pyämie schuldhaft nicht früh genug erkannt und demgemäß nicht rechtzeitig die erforderlichen Gegenmaßnahmen getroffen hätten.

Zu 1. Nach dem übereinstimmenden Gutachten der beiden Sachverständigen kennt und lehrt die medizinische Wissenschaft und die Chirurgie zwei Methoden der Furunkel- und Karbunkelbehandlung, und zwar die der ‚konservativen abwartenden‘ Behandlung und die des frühzeitigen Einschnitts, die wiederum in Zwischenstufen von der streng ‚konservativen‘ Stufe bis zur radikalen Ausschneidung des erkrankten Gewebes vertreten werden. Beide Methoden und ihre Zwischenstufen, so führen die Gutachter aus, haben Erfolge und Mißerfolge zu verzeichnen, so daß weder die eine noch die andere Methode als falsch oder richtig bezeichnet werden kann, beide vielmehr als anerkannte Methoden der Karbunkelbehandlung zu gelten haben.

Damit erweisen sich sämtliche Angriffe der Klägerin gegen die Beklagten als unbegründet, die von dem Vorwurf, es sei entgegen den Regeln der ärztlichen Kunst kein chirurgischer Eingriff bei dem Verstorbenen erfolgt, getragen sind. Die Beklagten haben, indem sie die konservative Methode angewandt haben — die in dem Krankenhaus vorgenommene Incision stellt kein Abgehen von der konservativen Methode dar, sondern war lediglich ein ‚Entlastungsschnitt‘ — eine an sich kunstgerechte Behandlung vorgenommen.“

Wegen verspäteter Vornahme einer Sehnennaht kam es zu einem den beklagten Arzt entlastenden Urteil, weil der Gutachter mit Bestimmtheit gesagt hat, der behandelnde, am Vormittag angegangene Arzt habe un-

bedenklich mit der Operation bis um 17 Uhr warten dürfen, und weil sich nach der Überzeugung des Gerichts eine hinreichend sichere Feststellung, wie der Zustand des verletzten Fingers sein würde, wenn der Arzt die Operation sofort in Angriff genommen hätte, nicht treffen lasse.

20. Widerrechtliche Operation.

Anschuldigungen von Patienten, daß eine Operation gegen ihren Willen ausgeführt sei, kommen nicht selten vor. Es kann bei jeder Operation der Fall eintreten, daß der Operationsplan geändert oder erweitert werden muß. So kann z. B. bei Unterleibsoperationen die Notwendigkeit auftreten, ein Organ zu opfern, weil das Zurücklassen eine Gefahr für Gesundheit oder Leben der Patientin bedeuten würde. Auch bei anderen Operationen wird vielfach nach begonnener Narkose ohne Einwilligung des Patienten zu handeln sein.

Bevor die Rechtslage in dieser ungemein wichtigen Frage erörtert wird, seien die uns vorliegenden Fälle kurz angeführt.

1. Radikaloperation einer Oberkiefergeschwulst mit breiter Knochenentfernung angeblich ohne einen allgemeinen, den Arzt zu freier Entscheidung berechtigenden Behandlungsauftrag.

2. Fingeramputation wegen schwerer Eiterung ohne Erlaubnis des gesetzlichen Vertreters des Kindes.

3. Fortschreitende eitrige Entzündung am Bein, mit mehrfachen Incisionen behandelt, angeblich gegen den Willen des Patienten.

4. Operative Entfernung der Gebärmutter; dieser Fall wurde durch gerichtlichen Vergleich beigelegt.

5. Herausschneidung eines Stückes der Regenbogenhaut (Iridektomie). Klage wurde von der Berufungsinstanz abgewiesen.

6. Operative Entfernung einer Epithelcyste des oberen Augenlides wurde vom Patienten als unsachgemäß und ohne zwingenden Grund ausgeführt bezeichnet. Es erfolgte Klageabweisung.

7. und 8. Angeblich widerrechtliche Entfernung einer Niere. Der eine dieser Fälle bietet größeres Interesse, weil der betreffende Arzt die Einwendung erhob, wegen der bestehenden Thyreotoxikose und des seelischen Zustandes der Patientin die Ausdehnung der Operation verschwiegen zu haben, um diese nicht durch die sonst eingetretenen Erregungszustände zu erschweren. (Die Indikation lag wegen Blutungen nach Nephrotomie zweifellos vor.)

Über die Frage, inwieweit ein Arzt zu körperlichen Eingriffen auch ohne oder sogar gegen den Willen des Kranken befugt ist, hat sich das Reichsgericht grundlegend und abschließend in dem Urteil vom 19. Juni 1936 (III 298/35) ausgesprochen. Dieses, das Problem von allen Seiten beleuchtende, auch die berufliche Stellung des Arztes und die öffent-

liche Seite der ärztlichen Tätigkeit im Dritten Reich erörternde Erkenntnis ist so wichtig, daß eine ausführliche Wiedergabe geboten erscheint. Der Entscheidung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Die Klägerin war Anfang Dezember 1929 erkrankt. Der Beklagte hatte sie bereits in den Tagen zwischen dem 5. und 10. Dezember mehrmals besucht. Am 14. Dezember wurde er wiederum zu ihr gerufen. Sie klagte, als der Beklagte spät abends in ihre Wohnung kam, über allgemeines Unwohlsein und über Herzschwäche. Zur Behandlung machte ihr der Beklagte im Beisein der Angehörigen eine Einspritzung mit der von den I. G. Farbenwerken hergestellten Kampferlösung „Höchst“ in die Beugeseite des rechten Unterarms, obgleich sich die Klägerin gegen die Einspritzung sträubte. Sofort nach der Einführung der Spritze liefen die Fingernägel blau an, und nach einer Viertelstunde war auch bereits der Unterarm blau verfärbt und geschwollen. Auf Anweisung des Beklagten wurde daher die Klägerin am 15. Dezember 1929 in ein Krankenhaus nach T. verbracht. Dort mußte ihr der Arm, weil im weiteren Verlaufe der Krankheit die Fingerspitzen eingeschrumpft und Hand und Unterarm allmählich abgestorben waren, am 4. Januar 1930 im unteren Drittel und am 15. Februar 1930 wegen fortschreitenden Absterbens tieferer Schichten im Ellenbogengelenk abgenommen werden.

Die Klägerin macht den Beklagten für den entstandenen Schaden haftbar. Sie wirft ihm vor, er habe unter den gegebenen Umständen die Einspritzung gegen ihren Willen nicht machen dürfen, und es sei ihm überdies bei der Vornahme der Einspritzung ein Kunstfehler unterlaufen, insbesondere auch dadurch, daß er die Spritze in dem wegen der Häufung von Blutgefäßen und Nerven für Einspritzungen solcherart untauglichen Unterarm angebracht habe.

Das die Schadenersatzklage abweisende Urteil des Oberlandesgerichts wurde vom Reichsgericht aufgehoben mit folgender Begründung:

„Das Berufungsgericht unterstellt zwar den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Vornahme der Einspritzung und der sich anschließenden Erkrankung des Unterarms der Klägerin. Es verneint aber die Haftung des Beklagten, indem es annimmt, er habe unter den obwaltenden Umständen, ohne widerrechtlich zu handeln, die Einspritzung auch gegen den Willen der Klägerin vornehmen oder sich doch ohne Verschulden zur Einspritzung für berechtigt halten dürfen, und habe auch nicht schuldhaft gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen.

Nach der ersteren Richtung führt das Berufungsgericht aus: Grundsätzlich bedürfe zwar jeder körperliche Eingriff des Arztes der Einwilligung des Betroffenen. Eine Ausnahme sei aber dann zu machen, wenn der Eingriff nicht ohne unmittelbare Gefahr für das Leben des Kranken aufgeschoben werden könne und anzunehmen sei, daß der Kranke die zu erwartenden nachteiligen Folgen seiner Weigerung nicht richtig beurteilen könne. Diese Einschränkung des Grundsatzes der Einwilligungsgebundenheit entspreche einem von der Rechtsprechung anzuerkennenden praktischen ärztlichen Bedürfnis und dem gesunden Volksempfinden, daß die Herrschaft über den eigenen Körper im Interesse der Gesundheit des Volksganzen mehr und mehr der Willkür des einzelnen entziehe und neuerdings in den Artikeln 3 und 4 der 4. Ausführungsverordnung vom 18. Juli 1935 (RGBl. I S. 1035) zum Erbgesundheitsgesetz in der Fassung des Gesetzes vom 26. Juni 1935 (RGBl. I S. 773) einen entsprechenden gesetzlichen Ausdruck gefunden habe, wonach z. B. Unterbrechungen der Schwangerschaft oder Unfruchtbarmachungen außerhalb des eigentlichen Anwendungsgebietes des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ohne Einwilligung des Betroffenen dann zulässig seien, wenn der Eingriff ‚wegen unmittelbarer Gefahr für Leben oder Gesundheit nicht aufgeschoben werden kann‘. Die Revision bekämpft diese Ansicht des Berufungsgerichts. Sie meint, den angeführten Vorschriften, die eine gesetzliche Ausnahme

bestimmten, könne der vom Berufungsgericht daraus abgeleitete allgemeine Grundsatz nicht entnommen werden.

Die berufliche Stellung des Arztes hat im Laufe der neueren Entwicklung durch eine immer stärker hervortretende Kennzeichnung seiner Tätigkeit unter dem Gesichtspunkt einer öffentlichen Aufgabe eine grundlegende Änderung erfahren. Das ist deutlich auch in der Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 (RGBl. I S. 1433) zum Ausdruck gekommen, wenn deren § 1 den Satz voranstellt, daß der Arzt zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen ist, und erläuternd u. a. im § 19 bestimmt wird, die deutsche Ärzteschaft sei berufen, zum Wohle von Volk und Reich für die Erhaltung der Gesundheit, des Erbgutes und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken. Freilich ist die neue Reichsärzteordnung erst einige Wochen nach der Verkündung des angefochtenen Urteils und geraume Zeit nach den den Gegenstand des Rechtstreits bildenden Ereignissen erlassen worden. Allein in ihr ist das Ergebnis einer, wie gesagt, längeren Entwicklung, deren Anfänge viel weiter zurückreichen, gesetzgeberisch verlautbart worden, und es kann daher bei der Beurteilung und Entscheidung des vorliegenden Falles die aus dieser Entwicklung folgende Änderung in der Bewertung des beruflichen Aufgabengebietes des Arztes nicht unberücksichtigt bleiben. Das mag wohl auch der tiefere Grund für die Erwägung des Berufungsrichters gewesen sein, das gesunde Volksempfinden entziehe die Herrschaft über den eigenen Körper im Interesse der Gesundheit des Volksganzen mehr und mehr der Willkür des einzelnen.

Allein die stärkere Betonung der öffentlichen Seite der ärztlichen Tätigkeit bedingt als solche nicht schlechthin eine grundsätzliche Änderung in der Beurteilung der rechtlichen Beziehungen zwischen dem Arzt und dem Kranken. Sie beruhen nach wie vor im Regelfall auf einem bürgerlich-rechtlichen Vertrage, sei es Dienst- oder Werkvertrag, der den Arzt weitgehend an die Entschließungen des Kranken bindet. Nach wie vor ist der Arzt gehalten, bei der Behandlung die gesetzlich geschützten Güter des Kranken, insbesondere seine körperliche Unversehrtheit, zu achten, soweit sich nicht aus dem Vertrag oder kraft gesetzlicher Vorschrift ein anderes ergibt, oder der Kranke oder sein gesetzlicher Vertreter in den die körperliche Unversehrtheit verletzenden Eingriff einwilligt, und zwar gleichgültig, ob dieser Eingriff schwer oder leicht ist. An diesen Grundsätzen ist festzuhalten, und es kann ihnen gegenüber aus der gesteigerten öffentlichen Bedeutung des ärztlichen Wirkens eine allgemeingültige Ausnahme auch nicht für den Fall abgeleitet werden, daß der Eingriff nicht ohne unmittelbare Gefahr für das Leben des Kranken aufgehoben werden kann, auch wenn anzunehmen ist, daß der Kranke die zu erwartenden nachteiligen Folgen seiner Weigerung nicht richtig beurteilen kann. Gegen den ausdrücklichen und ernstlichen Willen des Kranken darf der Arzt auch solchenfalls nicht zu dem Eingriff schreiten, wenn ihm nicht eine gesetzliche Ermächtigung zur Seite steht, oder der Schritt nicht unter dem Gesichtspunkt eines überragenden öffentlichen Interesses gerechtfertigt erscheint. Der letztere Fall kann z. B. vorliegen, wenn für den Arzt ein Widerstreit erwächst zwischen den Pflichten, die ihm nach den erwähnten Grundsätzen dem Kranken gegenüber obliegen, und jenen, die sich für ihn auf der Grundlage der Bestimmungen der Reichsärzteordnung aus seinem öffentlichen Aufgabengebiet ergeben. Daß dann das Interesse des einzelnen an dem ihm gesetzlich gewährleisteten Schutze hinter dem öffentlichen Interesse an der Erhaltung der Gesundheit der Volksgesamtheit zurücktreten muß, steht außer Zweifel. Der Fall eines solchen Widerstreits kann hier nicht vorliegen. Er würde mindestens voraussetzen, daß die Unterlassung des Eingriffs durch den Beklagten eine Gefährdung der Volksgesundheit zur Folge gehabt hätte oder doch hätte haben

können. Davon kann aber hier nicht die Rede sein. Freilich mag vom Standpunkte des Volksganzen aus die Idealforderung berechtigt sein, Leben und Gesundheit jedes einzelnen Gliedes der Volksgemeinschaft nach Möglichkeit zu erhalten. Allein das auf diese Idealforderung abgestellte Interesse des Volksganzen ist kein so konkretes, daß es ohne weiteres als Richtschnur für das rechtliche Handeln des Arztes dienen könnte. Dieses Interesse an der Gesundheit des einzelnen Volksgenossen, das mittelbar, aber auch nur mittelbar, das Interesse der Volksgesamtheit berührt, verpflichtet den Arzt zwar dem Volksganzen gegenüber zur gewissenhaften Ausübung seines Berufs, kann aber die Vornahme eines Eingriffs in das gesetzlich geschützte Gut der körperlichen Unversehrtheit des Kranken gegen seinen ausdrücklichen Willen nicht rechtfertigen.

Irrig ist es auch, wenn das Berufungsgericht den von ihm aufgestellten allgemeinen Grundsatz mit den näher bezeichneten Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und der 4. Ausführungsverordnung dazu vom 18. Juli 1935 belegen will. Denn dort ist für außerhalb des eigentlichen Anwendungsgebietes des Gesetzes liegende Fälle die Unfruchtbarmachung oder Schwangerschaftsunterbrechung — in Frage kommen hauptsächlich die Fälle des § 14 Abs. 1 des Gesetzes — ausdrücklich „zur Abwendung einer ersten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit“ des einzelnen Kranken für zulässig erklärt, nicht aber, wenigstens nicht unmittelbar im Interesse der Gesundheit des Volksganzen. Es handelt sich also, wenn nach Art. 4 der Ausführungsverordnung der Eingriff ohne die Einwilligung des Kranken statthaft ist, falls er nämlich „wegen unmittelbarer Gefahr für Leben oder Gesundheit nicht aufgeschoben werden kann“, um eine im Interesse des Kranken erlassene Ausnahmvorschrift gegenüber dem im übrigen auch vom Gesetz anerkannten Grundsatz der Gebundenheit des Arztes an die Einwilligung des Kranken. Eine solche Ausnahmvorschrift kann aber nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Eine gesetzliche Ermächtigung zur Vornahme des Eingriffs entgegen dem Willen der Klägerin stand dem Beklagten nicht zur Seite.

Nun hat allerdings das Reichsgericht in der Entscheidung RGZ. 68, 431 (434) den Standpunkt vertreten, daß es der Einwilligung des Kranken zu einem seine körperliche Unversehrtheit verletzenden Eingriff nicht bedürfe, *wenn Gefahr im Verzuge sei*. Daran ist festzuhalten. Allein es kann sich dabei nur um Fälle handeln, in denen aus besonderen Gründen die Einholung der Einwilligung des Kranken nicht möglich ist, so bei Bewußtlosigkeit des Kranken, oder wenn sich im Verlaufe eines mit Zustimmung des Kranken vorgenommenen Eingriffs die ursprüngliche Diagnose trotz sorgfältigster Untersuchung (vgl. RGUrt. vom 27. September 1935, s. S. 80) als irrig, und ein viel weitergehender Eingriff als zur Abwendung einer unmittelbaren Lebensgefahr notwendig erweist, für den eine Einwilligung des Kranken nicht vorliegt und nicht mehr eingeholt werden kann. Sofern in diesen Fällen bei sonst bestehenden Voraussetzungen der Arzt nach der gegebenen Sachlage, insbesondere auch etwa nach dem bisherigen Verhalten des Kranken, annehmen kann, daß dieser, wenn er gefragt werden könnte, seine Einwilligung nicht versagen würde, wird er auch, ohne daß sie ausdrücklich erteilt wäre, zu dem notwendigen Eingriff schreiten dürfen, ohne widerrechtlich zu handeln. Entscheidend ist, daß der Arzt solchenfalls nach dem mutmaßlichen Willen des Kranken handelt. Ein Handeln gegen den ausdrücklichen Willen des Kranken ist ihm aber auch bei Gefahr im Verzuge nicht gestattet, sofern nicht das Gesetz es ausnahmsweise erlaubt. Dem Arzte bleibt dann lediglich die Pflicht, durch eine entsprechende Belehrung auf den Kranken einzuwirken und ihn in einer der Lage des Falles angemessenen Weise auf die Folgen seiner Weigerung aufmerksam zu machen. Bleibt der Kranke bei seiner Weigerung, so muß eine Haftung des Arztes für die daraus entstehenden Folgen ausscheiden.

Selbstverständlich kommt ein Handeln gegen den ausdrücklichen Willen des Kranken nur in Frage, wenn eine ernstlich gemeinte und von dem Arzt als ernstlich gemeint zu erkennende und verstandene Willensäußerung des Kranken vorliegt und nicht etwa nur ein reflektives äußeres Sträuben, das sich ganz natürlich aus der Angst des Kranken vor dem drohenden Eingriff erklären läßt und als nicht ernstlich gemeint ohne weiteres erkennbar ist.“

Über die Aufklärungspflicht des Arztes vor *Vornahme einer Radikaloperation* und seine Haftung, wenn er ohne Einwilligung der Patientin gelegentlich eines Magen- und eines Unterleibsschnitts die *Gebärmutter* und die *Eierstöcke entfernt*, spricht sich das Reichsgericht in dem Urteil vom 27. September 1935 (III 64/35) aus.

Die Sache lag folgendermaßen:

Der Beklagte nahm am 22. April 1929 an der damals noch nicht 30 Jahre alten Klägerin in Narkose eine Operation vor, die aus einem Magenschnitt und einem Unterleibsschnitt bestand und zur Lösung von Verwachsungen an der Gallenblase zur Entfernung des Wurmfortsatzes am Blinddarm und wegen Geschwülsten an beiden Eierstöcken und einer Myombildung in der Gebärmutter zur Radikalentfernung dieser Organe führte. Von der Entfernung des Wurmfortsatzes und der Radikaloperation der Genitalien erfuhr die Klägerin zunächst nichts. Am 9. Mai 1929 teilte ihr der Beklagte nur mit, daß er ein Myom herausgenommen und eine Geschwulst beseitigt habe. Später teilte er ihr mit, daß er ihr die Eierstöcke und die Gebärmutter entfernt habe.

Mit der Klage macht die Klägerin den Beklagten für den Schaden verantwortlich, der ihr aus der gegen ihren Willen vorgenommenen Radikaloperation der Geschlechtsorgane entstanden sei, sowie Entschädigung für Schmerzen und seelische Bedrückung, für Minderung der Erwerbsfähigkeit und für Verlust ihrer Heiratsaussichten im Gesamtbetrage von rund 10000 RM. Der Beklagte bestreitet seine Ersatzpflicht und beantragt die Abweisung der Klage. Das Landgericht hat die Ansprüche der Klägerin dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Oberlandesgericht hat auf die Berufung des Beklagten die Klage abgewiesen. Das Reichsgericht hob das Berufungsurteil auf und wies die Sache in die Vorinstanz zurück. Nach der Ansicht der Klägerin hat der Beklagte gegen die Vertragspflichten dadurch verstoßen, daß er es unterließ, wegen der von ihm angenommenen Gallensteine eine Röntgenaufnahme zu machen und wegen der ihm vorgebrachten Regelbeschwerden die sog. gynäkologisch kombinierte Untersuchungsmethode anzuwenden.

In dem Unterlassen der Röntgenaufnahme hat das Berufungsgericht eine Pflichtwidrigkeit des Beklagten nicht gefunden, weil nach Gutachten des Medizinalkomitees in vielen Fällen Gallensteine, auch wenn sie tatsächlich vorhanden seien, auf dem Röntgenbild nicht sichtbar in Erscheinung träten, und deshalb vielfach mit Recht von einer Röntgenaufnahme abgesehen werde. Durch diese Ausführungen des Berufungsgerichts wird ein pflichtwidriges Handeln des Beklagten nicht nach jeder Richtung ausgeräumt. Denn der Vorderrichter scheint anzunehmen, daß eine Röntgenaufnahme nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaft an sich in Fällen, wie dem vorliegenden, regelmäßig geboten sei. Dann hätte er aber prüfen müssen, ob nicht der Beklagte gerade von seinem von ihm selbst vorgetragenen Standpunkt aus, daß eine sichere Diagnose auf Gallensteine auch aus anderen Erscheinungen selten zu stellen sei, die Röntgenaufnahme hätte machen müssen, um auch die sich daraus ergebenden Untersuchungsmöglichkeiten auszuschöpfen.

Das Berufungsgericht lehnt ein Verschulden des Beklagten auch unter Berufung auf das Gutachten des Medizinalkomitees mit der Begründung ab, dem Be-

klagten sei nicht zu widerlegen, daß die Anwendung der sog. gynäkologisch kombinierten Untersuchungsmethode bei der Klägerin wegen der Dicke und Straffheit ihrer Bauchdecken unmöglich gewesen sei und jedenfalls nicht zum Ziele geführt hätte. Mit Recht rügt die Revision, daß diese Annahme des Berufungsgerichts in dem erwähnten Gutachten nicht nur keine Stütze findet, sondern in einem offensichtlichen Widerspruch damit steht. In dem Nachtragsgutachten vom 4. Dezember 1934 wird ausdrücklich ausgeführt, daß die kombinierte Untersuchung, wenn die Klägerin Menstruationsbeschwerden geäußert habe, hätte vorgenommen werden müssen, und daß auch bei straffen und festen Bauchdecken zur Feststellung gynäkologischer Erkrankungen von dieser Untersuchungsmethode nicht Abstand genommen werden könne. In dem Gutachten vom 6. März 1934 wird ferner der Standpunkt vertreten, daß die beiderseitigen Eierstocksgeschwülste wie auch das Uterusmyom sich bei der gynäkologisch kombinierten Untersuchung mit Sicherheit feststellen ließen. Hieraus ergibt sich, daß der rechtlichen Annahme des Berufungsgerichts zu der Verschuldensfrage und zu der Frage des ursächlichen Zusammenhangs auch in dieser Hinsicht die erforderliche tatsächliche Grundlage fehlt.

Wenn ferner auch grundsätzlich die Beweislast, soweit es sich um die Frage eines für einen Schaden ursächlichen vertraglichen Verschuldens handelt, nach anerkannter Rechtsprechung dem Kläger obliegt, so dürfen doch die Anforderungen an seine Beweislast solchenfalls nicht überspannt werden. Mit Recht rügt die Revision, das Berufungsgericht scheine sich im vorliegenden Fall nicht bewußt zu sein, daß der behauptete Schaden aus einem *Gefahrenkreis* entstanden sei, für den der Beklagte *verantwortlich* ist, und daß die Klägerin Tatsachen dargetan habe, aus denen sich nach der allgemeinen Lebenserfahrung der Schluß auf ein ursächliches Verschulden des Beklagten rechtfertigen könne.

Ist hiernach für diese Instanz ein ursächliches Verschulden des Beklagten zu unterstellen, so kann er, der es selbst verschuldet hat, daß er die Einwilligung der Klägerin zu der Radikalentfernung ihrer Geschlechtsorgane nicht einholen konnte, sich auch nicht auf ihr *vermutetes Einverständnis* oder seinen Irrtum hierüber berufen. Daß ein Fall vorgelegen hätte, in dem *Gefahr im Verzug* war, daß also etwa unmittelbare Lebensgefahr für die Klägerin bestanden hätte, hat der Beklagte selbst nicht behauptet. Da die Verpflichtung des Arztes, sich vor der Operation der Einwilligung des Patienten zu versichern, grundsätzlich feststeht, kam es vorliegend nur noch darauf an, ob es dem Beklagten zur Fahrlässigkeit angerechnet werden muß, daß er diese Einwilligung jedenfalls zu der Radikalentfernung der Geschlechtsorgane nicht eingeholt hat.

Der Berufsrichter hätte auch noch folgendes beachten müssen: Der Beklagte trägt selbst vor, daß eine sichere Diagnose über das Vorhandensein von Gallensteinen nicht möglich, und er an der Untersuchung der Geschlechtsorgane der Klägerin wegen der abnormen Beschaffenheit ihrer Bauchdecken behindert gewesen sei. Daraus ergibt sich, daß er nur auf einer sehr unsicheren Erkenntnisgrundlage zur Operation der Klägerin geschritten ist, und demnach, insbesondere im Hinblick auf die mehrfachen Beschwerden der Klägerin, selbst von vornherein mit Überraschungen rechnen mußte und wohl auch gerechnet hat. Eine solche Sachlage hätte aber den Berufsrichter zu der Untersuchung führen müssen, ob es nicht die *vertragliche Pflicht* des Beklagten gewesen wäre, die *Klägerin hierüber entsprechend aufzuklären*. Ist diese Frage grundsätzlich zu bejahen, so hätte der Beklagte der Klägerin, wenn er ihr auch nicht alle möglichen Folgen der Operation bis ins einzelne auseinanderzusetzen hatte, wenigstens bekanntgeben müssen, daß sich unter Umständen auch eine *Operation an den Geschlechtsorganen* als erforderlich erweisen könne, die sich in ihrem Umfang und in ihren Folgen noch nicht erkennen lasse, und für diesen möglichen Fall das Einverständnis der Klägerin einholen können.

21. Verletzungen bei Operationen.

Es ist hierbei zu unterscheiden zwischen Schädigungen gesunder Körperteile im Operationsbetrieb und solchen, die einem technischen Fehler zuzuschreiben sind. Unter die erste Gruppe sind *Verwechslungen der Körperseite* zu rechnen. Es ist vorgekommen, daß nach Eintritt der Narkosewirkung bei einer Leistenbruch- oder Gliedmaßenoperation die Körperseite verwechselt wurde, so daß an der gesunden der Eingriff erfolgte. In diesen Fällen ist der Operateur unbedingt zur Rechenschaft zu ziehen. Derartige Fehlerquellen sind leicht auszuschalten durch genaue Führung der üblichen Tafel im Vorraum, auf der die angesetzten Operationen angezeigt werden. Es ist auch praktisch, daß die Stationschwester grundsätzlich einige Bindentouren an das betreffende Handgelenk legt, wodurch die richtige Seite kenntlich gemacht ist.

Wenn es dagegen im Verlaufe einer bestimmten Operation zu *Nebenverletzungen* kommt, so sind stets die näheren Umstände maßgebend. Bei einer Phrenicus-Exairese kam es zu einer Verletzung des N. sympathicus; dieser Fall wurde vergleichsweise erledigt. — Bei operativer Behebung einer veralteten Schultergelenksverrenkung wurde der N. radialis verletzt; bei der technischen Schwierigkeit dieser Operation wurde ein Verschulden des Arztes abgelehnt.

In einem anderen Fall kam es bei Operation einer schweren eitrigen Beckenzellgewebsentzündung zu einer Durchschneidung des Mastdarmschließmuskels, was nach Lage des Falles hätte vermieden werden müssen. Mit Rücksicht auf die schwerwiegenden, mit der Inkontinenz verbundenen Folgen erfolgte eine angemessene Abfindung.

Eine gleiche Erledigung fand auch der nächste Fall, bei dem gelegentlich einer Kiefer- und Stirnhöhlenoperation die knöcherne Trennwand zum Auge (*Lamina papyracea*) verletzt wurde, was zur Infektion und Verlust dieses Auges führte.

Im folgenden Fall kam es zu einer Ablehnung ärztlichen Verschuldens. Bei Operation einer *Mundbodenphlegmone*, die zur Kieferklemme geführt hatte, wurde als Ursache ein abnorm großer Speichelstein festgestellt. Bei der Entfernung desselben *brach eine Zahnbrücke ab, die in einen Bronchus glitt*. Dieser Zwischenfall wurde sofort bemerkt und die Lage des Fremdkörpers durch Röntgenaufnahme sofort festgestellt. Am 5. Tage nach der Operation wurde dann unter Hinzuziehung von 2 Fachärzten die Brücke aus dem Bronchus entfernt; danach trat ungestörter Heilverlauf ein. — Der Gutachter hob als wesentlichen Gesichtspunkt hervor, daß es sich um einen technisch schwierigen Eingriff handelte; nach der Krankengeschichte mußte der Operateur sich schließlich nach langem Bemühen darauf beschränken, vom Munde aus den im Speichelgang sitzenden Teil des Speichelsteins zu entfernen. Für eine zweite Sitzung hatte er die Entfernung des Restes von außen

her vorgesehen. Über das Abbrechen der Zahnbrücke wurde folgendes ausgeführt:

„Eine festsitzende Brücke kann kaum abbrechen, besonders dann nicht, wenn es sich um eine Weichteiloperation handelt wie im vorliegenden Falle. Wenn dagegen die Brückenpfeiler morsch sind und die Brücke schon vor der Operation gelockert ist, kann diese natürlich abbrechen. — Es ist weiterhin die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daß sich infolge der langdauernden Kieferklemme eine Atrophie im Bereiche des Kiefers ausgebildet habe, so daß der Haftzahn in seiner Widerstandskraft gegenüber mechanischen Einwirkungen geschwächt war. — Es ist aber noch wahrscheinlicher, das die Brücke nicht mehr fest im Kiefer verankert war und infolgedessen durch einen auch nur losen Druck aus ihrem Bett herausgehoben werden konnte. Bei der operativen Entfernung eines Speichelsteins, der wie hier sehr fest im Speichelgang eingebettet war, ist naturgemäß eine Manipulation der operierenden Hand gegen die Zähne nicht zu vermeiden. Ein Verschulden bezüglich des Abbrechens kann nicht angenommen werden . . . Es spricht auch für die Sorgfalt des Dr. X., daß er das Fehlen der Brücke sofort feststellte und die notwendigen Maßnahmen zu ihrer Entfernung traf.“

Die nächsten Fälle betreffen *gynäkologische Operationen*. Es sei vorausgeschickt, daß die Harnleiterverletzungen bei Radikaloperation auf S. 126 abgehandelt werden. — Bei der Operation einer Eierstocksgeschwulst kam es bei Lösung der ausgedehnten Verwachsungen zu einem Einriß einer Darmschlinge. Da die Naht sehr schwierig war und nicht für durchaus sicher gehalten wurde, erfolgte die Anlegung eines künstlichen Afters. In diesem Falle wurden die gegen den Operateur erhobenen Vorwürfe im Hinblick auf den außerordentlich schwierigen Eingriff für ungerechtfertigt erklärt.

Die beiden letzten Fälle betreffen Radikaloperationen wegen *Gebärmutterkrebs*. In dem einen Fall war vor der Operation eine Glühverschorfung des Geschwulstkraters vorgenommen, wobei es zu zwei Verbrennungswunden am Scheideneingang kam. Obwohl die schwierige Operation einen glänzenden Verlauf nahm, so daß nur 2 $\frac{1}{2}$ Wochen stationäre Behandlung notwendig war, wurden Regreßansprüche gegen den Operateur wegen der Verbrennungswunden erhoben. Der Gutachter betonte, daß es sich hierbei um eine im Verhältnis zu der Schwere der Grundkrankheit und zur Schwere der Operation durchaus nebensächliche Erscheinung handelt. Das Gericht kam zur Klageabweisung. Es führte u. a. aus: Die Erforderlichkeit der Sorgfalt ist wesentlich bedingt durch die Größe und Schwierigkeit der Aufgabe. Hängt z. B. das Leben eines Menschen von einer zu treffenden Maßnahme ab, so *kann der Gerettete nicht verlangen oder erwarten, daß unliebsame Nebenfolgen unbedeutender Art unterbleiben*. (Vgl. auch das unter VI, 30 (S. 116) mitgeteilte Urteil des Reichsgerichts vom 18. Februar 1936.

Auch in dem letzten Falle wurden die gegen den Operateur erhobenen Anschuldigungen zurückgewiesen und der Klägerin das Armenrecht versagt. Das Landgericht nahm auf Grund des eingeholten Gutachtens

eines Gynäkologen an, daß, selbst wenn der Beklagte, wie die Klägerin behauptet, bei der Operation in die Blase gestochen habe, nicht von einem Kunstfehler oder einer Fahrlässigkeit gesprochen werden könne.

22. Infektion nach Operation.

Über die Frage der *Infektion nach aseptischen Operationen* sind die Berichte in dem medizinischen Schrifttum zwar nicht sehr zahlreich. Es ist aber sicher mit einer höheren Zahl zu rechnen; denn man muß mit der psychologisch verständlichen Zurückhaltung rechnen, daß niemand gern Mißerfolge mitteilt, zumal übelwollende Kritiker den Vorgängen leicht eine ungerechtfertigte Deutung geben. Es wurde schon früher darauf hingewiesen, daß es jederzeit zu unerwarteten Störungen der Wundheilung durch die Wirkung von Mikroorganismen kommen kann, und so hat jeder Chirurg bisweilen mit Rückschlägen zu kämpfen, wobei es trotz sorgsamster Prüfung nicht immer gelingt, eine Fehlerquelle im aseptischen Apparat festzustellen. Bauchdeckeninfektion und eitrige Bauchfellentzündung sind die gefährlichsten Komplikationen, die Gesundheit und Leben des Patienten in Gefahr bringen; daneben kann eine scheinbar harmlose Infektion schließlich eine Amputation im Gefolge haben.

Es war äußerst verdienstvoll, daß STICH mit „rücksichtsloser Offenheit“ seine Erfahrungen an der Göttinger Klinik über Peritonitissgefahr nach primär nichteitrigen Bauchoperationen bekanntgab¹.

Dabei stellte er eine Sterblichkeitsziffer von 1,36 % fest und kam zu dem Ergebnis, daß *wegen Krebsgeschwulst Operierte besonders von post-operativer Bauchfellentzündung bedroht* sind; an der Spitze steht wieder Magen- und Mastdarmkrebs.

Daß bei Operationen, die die *Eröffnung eines Gelenkes* mit sich bringen, ganz besondere Vorsicht am Platze ist, ist jedem Chirurgen geläufig. Es kommt aber doch immer wieder einmal zu einer Infektion, die meist einen Funktionsausfall mit sich bringen und auch in unserem Material ist dieser unglückliche Ausfall mehrfach vertreten. Es wird auf die besondere Besprechung der „Gelenkversteifungen“ (S. 129) verwiesen.

Besonders schwerwiegend ist das Auftreten einer Infektion im Anschluß an eine Operation dann, wenn diese zu diagnostischen Zwecken erfolgte. STICH erwähnt, daß bei 422 Probelaparotomien 3 Todesfälle (0,71 %) an Peritonitis erfolgten.

Es liegt uns ein Fall vor, wo zur Sicherung der Diagnose bei einer Knochengeschwulst am Unterschenkel eine *Probeexcision* vorgenommen wurde. In den ersten Tagen bestanden Reizerscheinungen an der Wunde,

¹ Der Chirurg 1934, 244.

bis sich eine stärkere Infektion zeigte; diese führte schließlich zur Amputation. Bei Entscheidung über die gestellten Regreßansprüche wurde dem Arzte nicht das Auftreten dieser Infektion als Verschulden angerechnet, wohl aber die Tatsache, daß er diese zu spät erkannt habe.

Für den ärztlichen Gutachter erwächst in jedem Falle die Pflicht, aufzuklären, ob ein aseptischer Fehler bei der Operation unterlaufen ist, oder ob es sich um einen der leider niemals ausrottbaren Unglücksfälle handelt.

23. Unnötige Operation.

Die Notwendigkeit einer Operation wird nachträglich bisweilen bestritten. So wurde gegen einen Arzt die Anschuldigung eines Kunstfehlers wegen „überflüssiger“ Operation erhoben. Diese wurde früher wegen chronischer Wurmfortsatzentzündung ausgeführt. Der Patient stützte seinen Vorwurf darauf, daß eine später vorgenommene Gallenblasenoperation den wahren Krankheitsherd ergeben habe. — Es bedarf keiner Erörterung, daß keinerlei Berechtigung vorliegt, den erstoperierenden Arzt anzuschuldigen.

In einem anderen Falle lag Blasenentzündung und Harnröhrenverengung vor; durch Röntgenaufnahme wurde ferner ein Blasenstein festgestellt, dessen Entfernung operativ vorgenommen wurde. Hierbei zeigte es sich, daß es sich nicht um Steinbildung, sondern um einen Klumpen Xeroformöl handelte, das früher zur Behandlung eingeführt war. Es kam zur Klageabweisung, da der diagnostische Irrtum durchaus entschuldbar war.

24. Unrichtige Operationsmethode.

Die Frage, ob eine Tamponade bzw. eine vorübergehende Offenhaltung der Operationswunde berechtigt ist oder nicht, wurde Anlaß zu einer gerichtlichen Untersuchung unter Heranziehung namhafter Gutachter. Dabei ist es bemerkenswert, daß die beiden Spruchinstanzen zu verschiedenen Entscheidungen kamen.

Es handelte sich um die Behandlung einer *Kieferhöhlenvereiterung*. Der Patient machte dem Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohren-Krankheiten zum Vorwurf, daß er die geöffneten Kieferhöhlen nach der Operation offengelassen und 5 Wochen hindurch tamponiert, sowie die Wurzelspitzen von den Zähnen abmeißelt habe. Das Landgericht hielt nicht den ersten Vorwurf, wohl aber den zweiten für begründet, der Beklagte habe unzumutbarerweise die Wurzelspitzen abgetragen und sich dadurch mit auf Wissenschaft und Erfahrung begründeten Vorschriften der Zahnheilkunde in Widerspruch gesetzt. Auch habe er unzumutbarerweise nicht alsbald nach Abtragung der Wurzelspitzen die Ausräumung des toten Zahnmarkes und dessen Ersatz durch Füllmasse vorgenommen. Wenn er die einschlägigen Gesetze der Zahnheilkunde nicht gekannt habe, habe er gleich nach der Operation einen Facharzt für Zahnchirurgie hinzuziehen müssen. — Das Kammergericht wies die Klage ab. Es hält die Abtragung der Zahnwurzelspitzen

nicht für fehlerhaft und den Arzt nicht für verpflichtet, für sofortige zahnärztliche Behandlung zu sorgen. Bezüglich der vom Arzt gewählten Behandlungsmethode führt es aus: „Grundsätzlich kann eine Verpflichtung des Arztes, stets nur die billigste und dem Patienten angenehmste Art und Weise der Behandlung in Anwendung zu bringen, nicht anerkannt werden. Der Vertrag zwischen Arzt und Patient verpflichtet zwar den Arzt, die Belange des Patienten im weitesten Umfange zu wahren. Allein in mindestens dem gleichen Umfang hat der Arzt auch der ethischen Seite seines Berufes Rechnung zu tragen. Dies aber verpflichtet und berechtigt ihn, jedenfalls denjenigen, der zu eigener wissenschaftlicher Forderung befähigt und berufen ist, bei der Behandlung des Patienten der eigenen wissenschaftlichen Überzeugung zu folgen; und dies muß ihn auch berechtigen, in den von ihm für geeignet erscheinenden Fällen auch von der allgemeinen Regel abzuweichen und denjenigen Methoden zu folgen, die er nach seiner Überzeugung für die richtigen hält.“

25. Ungünstiges Operationsergebnis.

Eine Schadenersatzpflicht des Operateurs ist von einem ungünstigen Heilungsergebnis niemals abzuleiten; denn ein Erfolg kann niemals garantiert werden. Diese Richtlinie gilt unbestritten für alle Operationen zu Heilzwecken. Dagegen liegen andere Verhältnisse vor bei *kosmetischen Operationen*. H. WULLE wies darauf hin¹, daß der Arzt bei diesen Operationen auch trotz Einwilligung des Patienten haftbar gemacht und wegen Körperverletzung bestraft werden kann, wenn die Operation gegen die guten Sitten verstößt. Hier muß aber vom ärztlichen Standpunkte eingewendet werden, daß es allein auf die Anzeigestellung ankommt; diese kann z. B. eine bestimmte Operation in dem einen Fall als berechtigt, im anderen als unberechtigt erscheinen lassen. Wenn eine plastische Mammaoperation wegen starker Vergrößerung des Organs, die bekanntlich erhebliche Beschwerden verursachen kann, erfolgt, so wird die Berechtigung niemals bestritten werden können; eine operative Verkleinerung der „Mamma“ zur Erhaltung der „schlanken Linie“ ist ganz anders zu bewerten. Ebenso werden bestimmte Berufsarten bestimmend auf die Vornahme einer kosmetischen Operation einwirken, z. B. Gesichtsplastik bei Tänzerinnen und Filmkünstlerinnen.

In jedem Einzelfall muß der operierende Arzt die angedeuteten Erwägungen genau berücksichtigen. Darüber hinaus muß aber die Aufklärungsverpflichtung strenger gehandhabt werden als sonst. Wenn jemand sich zur Vornahme einer kosmetischen Operation entschließt, so tritt der Gesichtspunkt zurück, daß eine umfassende Aufklärung Angst und Erregung bei ihm hervorrufen könnte, wodurch der günstige Verlauf gefährdet würde.

Eine peinlich genau genommene Aufklärung, besonders auch über die Möglichkeit eines Mißlingens oder unvollkommenen Gelingens, schützt den Arzt vor späteren Vorwürfen und Regreßansprüchen. Daß

¹ Med. Welt 1934, 132 u. 171.

mit diesen jederzeit gerechnet werden muß, erweisen zwei Fälle unseres Beobachtungsmaterials.

In dem einen kam es nach einer *plastischen Verkleinerungsoperation der Brustdrüse* zu einem Abfallen der Brustwarze. Es ist bekannt, daß hierin eine Hauptgefahr liegt, weil bei der Präparation der Haut die ernährenden Gefäße leicht geschädigt werden, und alsdann eine Nekrose der Brustwarze auftritt. Dieses Gefahrenmoment wird bei den Beschreibungen der Technik stets besonders hervorgehoben. Der Gutachter vertrat den Standpunkt, daß diese Gefäßschädigung immer einmal, selbst bei sorgfältigstem Vorgehen auftreten kann. „Wenn naturgemäß auch durch das spätere Abfallen der Brustwarze der kosmetische Effekt ein sehr ungünstiger ist, so ist ein Verschulden des Operateurs nicht anzunehmen.“

In dem anderen Falle, bei dem die enorme Größe der Brustdrüsen die Operationsanzeige gab, kam es zu einer eitrigen Infektion, so daß die Hautschnitte erheblich auseinanderwichen und breite Narben zurückließen; die Brustwarze war eingezogen, und beide Brustdrüsen zeigten verschiedene Größe.

Der Gutachter wies darauf hin, daß das Ergebnis nicht befriedigend sei. Zwar seien die Beschwerden beseitigt, aber die neue Form entspreche nicht den Anforderungen, die man stellen muß. Als Ursache sei die Infektion anzusehen, für die der Operateur nicht verantwortlich zu machen sei.

Aus der Praxis des *Reichsgerichts* liegen zwei Fälle von *kosmetischen Operationen* vor. Der eine, die Beseitigung von Damenbarthaaren durch Röntgenstrahlen betreffende (Urteil vom 27. Oktober 1931), wird unten unter VIII, 39 (S. 160) erörtert. Von grundsätzlicher Bedeutung ist das Urteil vom 11. Dezember 1934 (III 128/34), das sich mit einem Fall befaßt, in dem bei einer zur Beseitigung eines kosmetischen Schadens vorgenommenen Behandlung dieser Schaden noch vergrößert wurde.

Ein Kapellmeister, der seit September 1919 bis zum September 1930 bei einem Lichtspieltheater beschäftigt gewesen war, beabsichtigte infolge Übergangs der Lichtspieltheater zum Tonfilm, sich in Zukunft als Kaffeehausmusiker zu betätigen. Da er als solcher den Augen des Publikums mehr als bisher ausgesetzt war, wollte er einen Defekt des rechten Nasenflügels, mit dem er infolge früherer Erkrankungen behaftet war, beseitigen lassen. Zu diesem Zwecke setzte er sich mit dem beklagten Arzt und Chirurgen in Verbindung. Er kam am 11. September 1930 zur ersten Untersuchung nach X. Auf Grund der Untersuchung erklärte sich der Beklagte zur Übernahme der Operation, die er in 3—4 Wochen durchzuführen beabsichtigte, bereit. Die sogleich begonnene Behandlung währte vom 12. September 1930 bis zum 19. März 1931, mit einer Unterbrechung vom 8. Dezember 1930 bis 14. Januar 1931. In dieser Zeit hat der Beklagte beim Kläger 8 operative Einzeleingriffe vorgenommen, die den Zweck hatten, durch Transplantation von Hautteilen von anderen Körperstellen des Klägers auf die Nase den dort vorhandenen Defekt zu beseitigen. Der erstrebte Erfolg wurde nicht erreicht. Der Kläger behauptet vielmehr, er sei jetzt völlig verunstaltet, das Gesicht sei durch Hautentnahmen voller Narben, seine Nase sei vollkommen zerstört und zum größten Teile überhaupt ab-

getragen, und beide Arme seien durch Entnahme von Transplantationslappen erheblich verletzt. Infolge der durch die Operation herbeigeführten Verunstaltung des Gesichts könne er sich ohne Nasenschleuder in der Öffentlichkeit nicht sehen lassen, während eine solche vor der Operation nicht notwendig gewesen sei. Hierdurch wie durch die Verletzung der Arme sei er nicht mehr in der Lage, seinen Beruf auszuüben, er werde niemals wieder eine Stellung als Musiker erhalten und sei als völlig erwerbsunfähig zu erachten.

Der Kläger hat den Beklagten für den ihm entstandenen Schaden in Anspruch genommen, indem er geltend macht, der Beklagte habe für den Erfolg der Behandlung dadurch die Garantie übernommen, daß er erklärt habe, ein Arzt könne zwar keine 100prozentige Garantie geben, aber zu 99% könne er Erfolg versprechen. Außerdem habe der Beklagte die ihm obliegenden Pflichten als Arzt sowohl bei der Behandlung als auch bei den operativen Eingriffen und der übrigen Behandlung mehrfach verletzt und hafte dem Kläger daher sowohl wegen Vertragsverletzung als auch aus dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung.

Die Vorinstanzen haben der Klage im wesentlichen stattgegeben. Das Oberlandesgericht hat, ohne auf das dem Beklagten vorgeworfene fahrlässige Verhalten bei der Ausführung der Operationen einzugehen, ein die Schadensersatzpflicht begründendes fahrlässiges Verhalten schon darin erblickt, daß der Beklagte es unterlassen habe, den Kläger unmißverständlich auf die im gegebenen Falle sogar gesteigerte Gefahr eines Operationsmißerfolges mit möglicher weiterer Aussehensverschlechterung hinzuweisen.

Wie das Berufungsgericht angenommen hat, hat es sich um eine Operation gehandelt, die weder vom ärztlichen Standpunkt noch von der Berufstätigkeit des Klägers aus gesehen eine dringliche war. Der Kläger hat ferner dem Beklagten gegenüber zum Ausdruck gebracht, daß er auf die möglichen Folgen Gewicht lege und im Vertrauen auf die Erklärungen des Beklagten seine Entschließung, ob es überhaupt zur Operation kommen solle, treffen wolle; er hat ihn insbesondere auf alle Bedenken, die etwa gegen einen Eingriff sprachen, hingewiesen, ihm auch seinen Beruf als öffentlich tätigen Kapellmeister und die Bedeutung eines operativen Eingriffs hierfür dargelegt. Unter diesen Umständen hat das Berufungsgericht mit Recht den Beklagten für verpflichtet erachtet, dem Kläger eine weitgehende Aufklärung über alle möglichen Folgen, insbesondere nach der Richtung des Mißlingens oder gar einer Aussehensverschlechterung zuteil werden zu lassen. Diese Aufklärungspflicht hat der Beklagte nach Auffassung des Berufungsgerichts fahrlässig verletzt. Er hat nach der vom Berufungsgericht getroffenen Feststellung die Operation als fast 100prozentig sicher hingestellt, während es sich in Wirklichkeit mit Rücksicht auf das dem Beklagten bekannte Vorliegen der luischen Erkrankung des Klägers in Verbindung mit der gegebenen narbigen Zerstörung der Nasenhaut um eine schwierige Operation hinsichtlich des vorauszusagenden Erfolges mit der Gefahr möglicher weiterer Aussehensverschlechterung gehandelt habe, und der Beklagte verpflichtet gewesen sei, den Kläger unmißverständlich auf diese sogar gesteigerte Gefahr eines Operationsmißerfolges mit möglicher weiterer Aussehensverschlechterung hinzuweisen. Nur dadurch, daß er den Operationserfolg zum mindesten als fast sicher hingestellt habe, habe der Beklagte den Entschluß des Klägers, überhaupt erst in eine Operation durch den Beklagten einzuwilligen, verursacht; denn es stehe nach der Überzeugung des Berufungsgerichts außer Frage, daß der Kläger, über die durchaus naheliegende Möglichkeit einer erheblichen Verschlechterung seines Aussehens sachlich vom Beklagten unterrichtet, von der Einwilligung zur Operation bestimmt abgesehen hätte.

Das *Reichsgericht* hat das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache in die Vorinstanz zurückverwiesen, indem es ausführt:

„Es ist der Revision zuzugeben, daß es nach dem Standpunkte des Berufungsgerichts für die Haftung des Beklagten wesentlich darauf ankommt, ob der Beklagte bei gewissenhafter Prüfung lediglich mit einem Mißerfolge im Sinne eines rein neutralen Ausgangs (d. i. ohne Verschlechterung des bisherigen Zustandes) oder sogar mit einer Verschlechterung des Aussehens des Klägers als Folge der Operation hätte rechnen und dem Kläger dementsprechend hätte Aufklärung geben müssen. Es muß davon ausgegangen werden, daß das Berufungsgericht den erforderlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen einem fahrlässigen Verhalten des Beklagten bei der Beratung und dem dem Kläger durch die Operation erwachsenen Schaden nur deshalb als gegeben angesehen hat, weil der Kläger im Vertrauen darauf, daß jedenfalls keine Verschlechterung seines Äußeren zu befürchten sei, sich der Operation unterzogen habe. Ist aber diese Erwägung für den Entschluß des Klägers maßgebend gewesen, so konnte der Beklagte nur dann für die Operation verantwortlich gemacht werden, wenn er bei gewissenhafter Prüfung damit rechnen mußte, daß nicht nur nicht ein Erfolg erreicht werde, sondern sogar eine Verschlechterung des Aussehens als Folge der Operation eintreten könnte. Das Berufungsgericht hat zwar diese Möglichkeit als naheliegend bezeichnet. Indessen fehlt es in dieser Beziehung an jeder näheren Feststellung. Auch wenn der Beklagte mit einer geringeren Erfolgsaussicht, als er sie dem Kläger angegeben, rechnen mußte und insoweit die ihm dem Kläger gegenüber obliegende Sorgfaltspflicht bei der Beratung verletzt haben sollte, würde sich daraus noch nicht ohne weiteres ergeben, daß der Beklagte bereits in jenem Zeitpunkt, als er dem Kläger die Operation als fast 100prozentig sicher hinstellte, mit einer naheliegenden Möglichkeit einer erheblichen Verschlechterung des Aussehens habe rechnen müssen. Aus den verschiedenen Gutachten der Sachverständigen hat das angefochtene Urteil den Schluß gezogen, daß der Beklagte den Kläger auf den voraussehbaren zweifelhaften Erfolg klar hätte hinweisen müssen. Lediglich in diesem Zusammenhange hat es sich auch mit der Tatsache befaßt, daß der Kläger bereits 5 anti-luisische Kuren durchgemacht hatte, und daß die Umgebung der Operationsstelle aus Narbengewebe bestand, das in seiner Ernährung gestört war und sich zum Ersatz nicht verwenden ließ. Die erheblichen Schwierigkeiten einer Operation mochten zwar den Erfolg besonders ungewiß erscheinen lassen. Daraus ergab sich aber noch nicht ohne weiteres die vom Berufungsgericht angenommene naheliegende Möglichkeit einer erheblichen Verschlechterung des Aussehens des Klägers. Um dies anzunehmen, bedurfte es einer besonderen Auseinandersetzung mit den vorliegenden Gutachten, zumal die von dem Gericht selbst eingezogenen Gutachten im wesentlichen auf die Frage abgestellt waren, ob dem Kläger bei der Vornahme der Operation ein Kunstfehler unterlaufen sei oder nicht.

Andererseits ist der Revision aber nicht darin beizutreten, daß, wenn dem Beklagten aus der Nichterwähnung der Möglichkeit einer Verschlechterung kein Vorwurf gemacht werden könnte, vielmehr neben der Möglichkeit eines Erfolges nur die eines Mißerfolges mit neutralem Ausgange in Frage käme, dem Beklagten kein Vorwurf zu machen sei, wenn er die Wahrscheinlichkeit eines Erfolges mit fast 100% höher eingeschätzt habe, als sie bei nachträglicher Betrachtung gewesen sei. Mußte der Beklagte bei Anwendung der Sorgfalt eines gewissenhaften Arztes erkennen, daß die Erfolgsmöglichkeit einer vorzunehmenden Operation nach den gegebenen Umständen eine wesentlich geringere war, als er sie dem Kläger angegeben, so verletzte er diesem gegenüber die ihm obliegende Beratungspflicht, wenn er gleichwohl die Operation als fast 100prozentig sicher hinstellte. Der Beklagte würde deshalb auch in diesem Falle dem Kläger für den ihm durch die Operation erwachsenen Schaden haften, wenn anzunehmen sein würde, daß der Kläger sich zu der Operation nicht entschlossen haben würde, wenn ihm durch sachgemäße Aufklärung des Beklagten klar geworden wäre, daß er nur mit einer geringeren

Erfolgsmöglichkeit rechnen könne. Das Berufungsgericht wird auch zu dieser Frage Stellung zu nehmen haben. In jedem Falle wird es aber einer bestimmten Feststellung darüber bedürfen, worauf denn der Mißerfolg bzw. die Verschlechterung des Aussehens als Folge der Operation zurückzuführen ist. Denn der Beklagte kann wegen fahrlässiger Verletzung seiner Beratungspflicht für den Mißerfolg bzw. die eingetretene Verschlechterung des Aussehens des Klägers nur insoweit verantwortlich gemacht werden, als der Mißerfolg bzw. die Verschlechterung auf Umstände zurückzuführen ist, deren Vorhandensein der Beklagte bei Prüfung der Sachlage in Rechnung ziehen konnte und mußte. Denn nur insoweit kann von einer adäquaten, die Verpflichtung des Beklagten zum Schadensersatz begründenden Verursachung des Schadens durch das fahrlässige Verhalten des Beklagten die Rede sein.“

Das Berufungsgericht wird nicht nur die weiteren, vom Reichsgericht vermißten Feststellungen zu treffen, sondern gegebenenfalls auch die Frage zu prüfen haben, ob den Beklagten bei der Ausführung der Operation selbst ein fahrlässiges Verhalten trifft. Ein solches würde unter Umständen wohl schon dann zu bejahen sein, wenn sich der Beklagte im Hinblick auf die frühere Erkrankung des Klägers und die damit zusammenhängenden Kuren sagen mußte, daß die Umgebung der Operationsstelle sich zum Ersatz nicht verwenden ließ, und eine Transplantation von dort aus nicht bloß nicht den gewünschten Erfolg, sondern sogar eine Verschlimmerung des Aussehens des Klägers herbeiführen mußte. Vor allem aber scheint für ein Verschulden des Arztes der Umstand zu sprechen, daß er die auf 3—4 Wochen berechneten Operationen 6 Monate lang fortsetzte, obwohl er sich im Laufe der Behandlung mehr und mehr von deren negativem Erfolg überzeugen mußte.

Bei weiteren 3 Fällen, die Operationen zu Heilzwecken erforderten, handelte es sich einmal um *Beugeschnenverletzung*. Die operative Naht schließt immer die Möglichkeit eines Mißlingens ein; daher ist die Prognose, gemessen am Stande der neuzeitlichen Erfolge unserer sonstigen Verletzungsbehandlung, erstaunlich schlecht. Auch bei einwandfreier Nahtmethode kann es zur Ausbildung von Verwachsungen an der Nahtstelle kommen, wodurch das Gleiten der Sehne behindert wird. In dem vorliegenden Fall lag der Grund für den Mißerfolg in der eingetretenen Wundinfektion.

In einem anderen Falle wurden gegen den Operateur Vorwürfe erhoben wegen schlecht gelungener „Ballenoperation“ (Hallux valgus), wodurch noch eine Nachoperation erforderlich wurde. Ein Verschulden war jedoch nicht nachweisbar, ebenso wie in dem letzten Falle, wo nach einer Blinddarmoperation ein nicht heilendes Geschwür in der Narbe sich bildete; dieses war zurückzuführen auf schwere endokrine Störungen der Patientin.

26. Beschwerden nach Operationen.

Nach Bauchoperationen haben die sog. „Verwachsungsbeschwerden“ eine große praktische Bedeutung. Es unterliegt keinem Zweifel, daß sich Verwachsungen zwischen Netz, Darmteilen und besonders an den Stellen einer Darmnaht immer bilden. In einer aufschlußreichen Arbeit¹

¹ Der Chirurg 1934, 537.

wies A. W. FISCHER nach, daß die Bildung von Verwachsungen begrüßenswert ist und es uns überhaupt ermöglicht, all die zahlreichen segensbringenden Operationen am Magendarmkanal durchzuführen. „Gäbe es ein sicheres Mittel, Verwachsungen zu vermeiden, so könnten wir es deshalb nicht anwenden, wir würden die Sicherheit unserer Magendarmnähte gefährden.“

Es war nun früher die Ansicht verbreitet, daß diese Verwachsungen Beschwerden erzeugen. Die Möglichkeit besteht nur in dem Falle, wenn ein Verwachsungsstrang einen Darmteil abschnürt, und es entweder zu akutem Ileus kommt oder zu Erscheinungen einer vorübergehenden Störung der Darmpassage. Eine derartige Folge einer Bauchoperation ist niemals auf Art und Technik zurückzuführen, sondern kann unabhängig von äußerem Geschehen in seltenen Fällen auftreten. — Von dieser einen Möglichkeit abgesehen, ist in wissenschaftlichen Untersuchungen (v. BERGMANN, NORDMANN u. a.) nachgewiesen, daß *Verwachsungen an sich niemals Beschwerden hervorrufen*. Trotzdem ist bekannt, daß die Diagnose „Verwachsungsbeschwerden“ noch allzu häufig ausgesprochen wird, und zwar meist in Ermangelung einer anderen Diagnose bzw. einer entsprechenden Untersuchung. Abgesehen davon, daß der Beweis für die Richtigkeit dieser Diagnose nicht geführt werden kann, wirkt sich häufig bei labilen oder nervösen Patienten eine derartige leichtfertige Angabe verhängnisvoll aus. Was alles unter dem großen Sammelbegriff der Verwachsungsbeschwerden geht, hat A. W. FISCHER (l. c.) ausführlich dargestellt und die Notwendigkeit einer gründlichen Untersuchung unter Heranziehung aller modernen diagnostischen Verfahren hervorgehoben. Seine Schlußfolgerungen haben in Chirurgenkreisen ungeteilten Beifall gefunden: „Zurückhaltung mit der Diagnose Verwachsungsbeschwerden, erst genau untersuchen, ehe man den Patienten zu einem Verwachsungskranken stempelt, dem man angeblich nicht mehr helfen kann . . . Der Chirurg muß lernen, nicht allzu mechanisch zu denken, und er muß Respekt bekommen vor der überaus weitgehenden Beeinflussung körperlicher Symptome durch seelische Faktoren.“

Nach diesen Vorbemerkungen ist die Stellungnahme klar umschrieben, wenn im Anschluß an Bauchoperationen seitens eines Patienten gegen den Arzt der Vorwurf erhoben wird, daß Beschwerden zurückgeblieben seien, die vorher nicht bestanden. In einem Fall wurden nach einer Blinddarmoperation wegen eingetretener Beschwerden Regreßansprüche gestellt, ohne daß ein Beweis für die Richtigkeit erbracht werden konnte. In einem anderen Fall wurde von einem anderen Chirurgen eine erneute Operation vorgenommen und dabei ein Verwachsungsstrang zwischen Bauchfell und Netz in der Gegend der früheren Operationsstelle festgestellt. Der Vorwurf, daß die Ausführung der ersten

Operation nicht kunstgerecht erfolgte und die Entstehung des Verwachsungsstranges auf einen Fehler der Technik zurückzuführen sei, veranlaßte folgende gutachtliche Stellungnahme:

„Es ist natürlich für keinen Operateur auszuschließen, daß bei Nahtverschluß des Bauchfells, der sich bisweilen technisch schwierig gestaltet, besonders bei fettleibigen Personen, ein Netzteil mit der Naht mitgefaßt werden kann. Eine Schuld hierdurch kann dem Operateur nicht beigemessen werden. Eine sichere Entscheidung ist aber nicht zu treffen, wenn man berücksichtigt, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Bauchoperationen sich Verklebungen von Netz mit dem Bauchfell an der Operationsstelle bilden. Es ist daher in dem vorliegenden Falle nicht gerechtfertigt, auf das seltenere Vorkommen zurückzugreifen, daß nämlich der Netzzipfel eingenäht wurde.“

In einem dritten Falle wurden $4\frac{1}{2}$ Jahre nach einer Unterleibsoperation, bei der das Mißgeschick des Zurücklassens eines Bauchtuches sich ereignete, hochgradige „Verwachsungsbeschwerden“ geltend gemacht im Rahmen der Entschädigungsansprüche. Hierbei kam die Frage zur Erörterung, ob die bei einer späteren Operation gemachte Feststellung, daß tatsächlich hochgradige Verwachsungen bestanden, als Kriterium für die Richtigkeit der Angabe der Patientin zu bewerten sei. Der Gutachter lehnte dies ab unter dem Hinweis darauf, daß nach den Erfahrungen der praktischen Chirurgie die nach Bauchoperation eintretenden Verwachsungen auch bei stärkstem Ausmaße keine Beschwerden auslösen.

27. Fehler bei Nachbehandlung von Operationen.

Die Frage der Anwendung eines *Sandsackes* zum Schutze einer frischen Operationsnarbe wurde in einem Fall Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen. Eine Patientin erhob den Vorwurf, daß im Verlaufe der Nachbehandlung nach einer Bauchoperation kein Sandsack verwendet wurde, obwohl starker Hustenreiz wegen Bronchitis bestand; die spätere Entstehung eines Narbenbruches führte sie auf diese Unterlassung zurück. In dem Gutachten wurden über die Verwendung von Sandsäcken grundsätzliche Erwägungen einbezogen:

„Über das Auflegen von Sandsäcken nach Bauchoperationen, insbesondere nach Radikaloperationen von Weichteilbrüchen, bestehen in Chirurgenkreisen geteilte Ansichten. Die einen machen hiervon Gebrauch, um eine Kompression auf die Stelle der Bauchdeckennaht auszuüben; es soll eine Sicherung der Nähte gegen Husten und Anwendung der Bauchpresse ausgeübt werden. Andere Operateure halten das Auflegen eines Sandsackes für eine Belästigung des Patienten und eine Behinderung der Atmung, die gerade nach Aufwachen aus der Narkose tief einsetzen und geübt werden soll. Sie halten eine gute Nahttechnik für die beste Sicherung . . . Aus welchen Gründen es zur Ausbildung eines Narbenbruches kommt, ist im Einzelfalle kaum zu entscheiden; es kann eine Konstitutionschwäche des Gewebes vorliegen, oder die zusammengenähten Gewebsschichten stehen unter einer zu hohen Spannung . . . Im vorliegenden Falle wäre es sinnlos gewesen, nach Ablauf von 4 Wochen nach der Operation bei Eintritt der Bronchitis einen Sandsack aufzulegen; denn nach 10—14 Tagen ist entweder eine feste Verheilung der

Bauchdecken eingetreten oder, wenn das nicht der Fall wäre, könnte ein Sandsack selbstverständlich nichts mehr nützen.“

Bei Nachbehandlung eines am *Magen Operierten* wurde von den Angehörigen des verstorbenen Patienten als Kunstfehler angeschuldigt, daß am 8. Tage nach der Operation feste Speisen verabreicht seien. Dieser Fall bedurfte eingehender Aufklärung und wurde nach Heranziehung ausführlicher Gutachten zugunsten des beschuldigten Krankenhauses entschieden. — Es handelte sich um ein durchgebrochenes Magengeschwür, das nach Einlieferung des Kranken sofort operiert wurde (doppelschichtige Naht, Sicherung durch Netzübernähung). Der Wundverlauf gestaltete sich ungestört. Am 8. Tage verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, und am folgenden Tage trat plötzlich Blutbrechen auf. Nach schnell fortschreitendem Kräfteverfall trat am Abend dieses Tages der Tod ein. — Seitens der Ehefrau wurde geltend gemacht, daß die Magenblutung hervorgerufen sei durch das einen Tag vorher verabreichte Essen.

Die Gutachter kamen zu dem Ergebnis, daß die Aufnahme der festen Nahrung nicht die Ursache der tödlichen Blutung gewesen sein kann. „Die Blutung kann lediglich durch Arrosion eines sich fortschreitend entwickelnden Geschwürs hervorgerufen werden.“ In der Klageabweisung wurde ausgeführt, daß in der Darreichung der festen Speisen ein Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst oder eine andere Pflichtverletzung nicht zu sehen ist.

28. Zufälle im Operationssaal.

Unvorhergesehene Zwischenfälle im Operationsbetrieb können Anlaß zu Regreßansprüchen werden. Es handelt sich hierbei naturgemäß um seltene Vorkommnisse, die aber ein besonderes Interesse bieten.

In einem Falle erlitt ein Praktikant beim Zuschauen einer Operation dadurch eine Verletzung, daß er in das Messer griff. Eine Haftpflicht wurde hier abgelehnt, weil eine Beorderung zur Hilfeleistung nicht vorlag, sondern der Praktikant nur aus freiem Willen der Operation als Zuschauer beiwohnte.

Der zweite Fall betraf den Operateur selbst, der während der Ausführung einer Curettage einen Ohnmachtsanfall erlitt, so daß diese nicht zu Ende geführt und die Patientin in eine andere Klinik überführt werden mußte. Der Arzt wurde dann für die entstandenen Kosten in der zweiten Klinik haftbar gemacht. Es kam zu einem Vergleich.

Über die Abgrenzung der Verantwortung zwischen dem Krankenhaus und dem Chefarzt vgl. unter IX, 44.

29. Zurückgelassene Fremdkörper.

Auf keinem Gebiet der operativen Medizin treten so grundverschiedene Auffassungen in der ärztlichen Beurteilung gegenüber der juristischen

in die Erscheinung, wie in der Frage der *während der Operation zurückgelassenen Fremdkörper*. Es ist psychologisch erklärlich, daß der Laie dazu neigt, wegen des ihm unverständlich erscheinenden Ereignisses dem Arzt ein schuldhaftes Verhalten zuzuschreiben. Im chirurgischen und gynäkologischen Schrifttum ist im Anschluß an eine große Zahl von Einzelbeobachtungen der ärztliche Standpunkt niedergelegt, daß alle Begleitumstände einer Operation, insonderheit die im Augenblick einer Gefahr auftretenden unvorhergesehenen und schwierig zu meisternden Überraschungen, für die Entscheidung der Frage heranzuziehen sind, ob in dem Zurücklassen des Fremdkörpers Fahrlässigkeit oder unglücklicher Zufall zu erblicken ist.

Daß zur Vermeidung eines solchen Ereignisses hinreichende Sicherungsmaßnahmen durchgeführt werden müssen, ist unbestritten und gehört zu der von jedem Operateur zu erwartenden Sorgfaltspflicht. Wer aber die verschiedenartigen Zwischenfälle kennt, die den Ablauf einer Operation stören können, und die an den Operateur und seine Mitarbeiter die höchsten Anforderungen stellen, der weiß auch, daß keines der üblichen Sicherungsverfahren zuverlässig ist. Die sich hieraus für die chirurgisch tätigen Ärzte ergebenden Fragekomplexe fanden eine ausgezeichnete Darstellung durch GULEKE¹, der uneingeschränkte Zustimmung fand, wie die Äußerungen einer großen Zahl von Klinikleitern bei der späteren Rundfrage² ergaben. GULEKE führt unter kritischer Wertung aller Abwehrmöglichkeiten den Nachweis, daß auch der gewissenhafteste Arzt sich nie völlig gegen das versehentliche Zurücklassen von Fremdkörpern sichern kann. Besonders einleuchtend ist seine durch Befragung einer großen Anzahl von Chirurgen über den Wert des *Zählverfahrens* gemachte Feststellung: von 60 Beantwortern sprachen sich nur 8 für diese Methode aus, die übrigen 52 halten sie für unzuverlässig.

Auch die anderen Methoden der Befestigung der Tücher mit Klemmen, Bändern, Metallkugeln usw. geben keine absolute Sicherheit bei Auftreten von Blutungen, Narkosestörung, Herauspressen der Därme. Wenn die Chirurgie auch bestrebt sein muß, ihre Leistungen zu verbessern, so ist die Abhängigkeit von zufälligen Einflüssen doch nicht zu bannen. Es ist selbstverständlich, daß nach der Eigenart des Operateurs die Vorsichtsmaßregeln wechseln, und Gutachter und Richter müssen alle Phasen der Operation durchforschen; aber schematische Vorschriften und Kunst des Operierens sind unvereinbar.

Wer zu einem richtigen Urteil kommen will, muß die seelischen und körperlichen Leistungen kennen, die ein Operateur im Drange einer

¹ Der Chirurg 1934, 505.

² Der Chirurg 1936, 794ff.

plötzlichen Blutung aufbringen muß. KIRSCHNER gibt dem ärztlichen Empfinden hierüber eine tiefgründige Prägung: „Die Eigenart des operativen Vorganges verlangt es, daß dem Operateur die Freiheit zuerkannt wird, in einer derartig kritischen Situation unter mehreren Wegen, die sämtlich mit einem Risiko verbunden sind, denjenigen zu wählen, der ihm im Augenblick als der am wenigsten gefährliche erscheint. Bei der gekennzeichneten Situation ist die Stillung der Blutung mit dem ersten besten erreichbaren Mullstück derjenige Weg, der im Augenblick besonders großen Gefahr der Blutung am besten begegnet, und dieser Weg muß zunächst unbedenklich gewählt werden, auch wenn er im Hintergrunde mit der Gefahr belastet ist, daß der verwendete, nicht besonders gekennzeichnete Tupfer möglicherweise zurückbleiben könnte. Man kann einem Arzte nicht darauf ein schuldhaftes Verhalten konstruieren, daß sich die Gefahr eines desjenigen Weges, den er zur Abwendung einer augenblicklichen Gefahr beschreiten muß, später in Form einer positiven Schädigung manifestiert.“ (Vgl. S. 109).

Vor Erörterung der geltenden Rechtsauffassung sollen die uns vorliegenden Fälle erwähnt werden. Eine kurze Fassung erscheint hier gerechtfertigt im Hinblick auf zahlreiche Veröffentlichungen ähnlicher Art im medizinischen und juristischen Schrifttum. 7 Fälle betrafen Zurücklassung eines *Mulltupfers*:

1. Nach operativer Nierenentfernung wegen Tuberkulose traten Fisteln in der Operationsgegend auf; als Ursache wurde ein zurückgebliebener Tupfer entfernt, worauf Ausheilung erfolgte. Ein Kunstfehler wurde vom Gericht abgelehnt.

2. Bei Brustkrebsoperation war ein Mulltupfer zurückgeblieben; der Fall wurde vergleichsweise erledigt.

3. und 4. Bei einer Bauchoperation zurückgebliebener Mulltupfer, Klageabweisung.

5. Bei Operation einer gutartigen Gebärmuttergeschwulst (*Myom*) Mulltupfer zurückgeblieben, so daß erneute Operation erforderlich wurde. Außergerichtlicher Vergleich.

6. Bei einer Blinddarmoperation zurückgelassener Mulltupfer führte zu einer Darmfistel, die nochmalige Operation erforderte.

Der Gutachter kam zur Ablehnung eines Kunstfehlers, weil die bei der Operation aufgetretenen Zwischenfälle besonderer und unvorhergesehener Art waren, so daß das Übersehen des blutdurchtränkten Tupfers als entschuldigbar bezeichnet wurde (schwere Lösung des verwachsenen Wurmfortsatzes, fixierter Blinddarm, starke Blutung aus einem gestauten Mesenterialgefäß).

7. Gelegentlich der Erhebung von Regreßansprüchen nach einer Gallenblasenoperation trat die Frage auf, ob es sich bei einem von dem Nachoperateur entfernten Fremdkörper tatsächlich um einen zurückgelassenen Mulltupfer oder einen Tamponrest handelte. Das Landgericht wies unter Billigung des Kammergerichts die Klage ab, weil der

Beweis nicht erbracht war, daß der Beklagte einen Tamponrest oder einen sonstigen Fremdkörper in der Bauchhöhle der Klägerin zurückgelassen habe. Die Frage, ob die entfernte Geschwulst einen Tupferrest als Kern hatte, hätte nur durch mikroskopische Untersuchung zuverlässig entschieden werden können. Eine solche Untersuchung ist aber nach der Operation nicht gemacht und auch die Geschwulst nicht konserviert worden.

Unter größeren Fremdkörpern handelte es sich in 3 Fällen um *Mullkompressen* (10 × 20 cm):

8. und 9. Bei Unterleibsoperation Zurücklassen einer Mullkompreßse; beide Fälle führten zum Vergleich.

10. Bei einer plastischen Operation wegen Lungentuberkulose (Thorakoplastik) war ein Mullstreifen zurückgeblieben, der zu wochenlanger Eiterung führte. Der behandelnde Arzt wurde vom Landgericht unter Billigung des Oberlandesgerichts X. zur Zahlung eines Schmerzensgeldes verurteilt.

Eine andere Deutung der Frage des Verschuldens bringen die Verhältnisse bei Anwendung von *Tampons* mit sich, die im Verlaufe der Nachbehandlung in der Wundhöhle zurückblieben. Abgesehen von den Fällen, wo von dem eingelegten Gazestreifen das mit dem umgebenden Gewebe fest verkittete untere Ende abreißt, kann das völlige Verschwinden nicht als entschuldigbar angesehen werden. Ein einfaches Sicherungsmittel besteht in dem Ankleben des herausragenden Tamponendes mit Heftpflaster und außerdem grundsätzlich Durchführung, Tamponade und ihre Entfernung auf der Temperaturkurve zu vermerken.

11. und 12. Nach operativer Nierenentfernung Tamponade zur Ableitung. In beiden Fällen wurde der Streifen versehentlich nicht entfernt, so daß Fisteln entstanden. In beiden Fällen erfolgte ein Vergleich.

13. Bei Operation eines Mandelabscesses wurde ein Tampon in der Wundhöhle zurückgelassen. Hier war die Rechtslage wegen der technisch schwierigen Durchführung der Operation (Kiefersperre) zweifelhaft.

Die für Gazetampons angeführten Richtlinien treffen in noch höherem Maße für *Drains* zu. In einem Fall (14) war ein Gummidrain beim Verbandwechsel in der Wunde zurückgeblieben, was erst nach längerer Zeit, als es wieder fühlbar wurde, festgestellt wurde. Danach erfolgte Ausheilung der Fistel, die wochenlang bestanden hatte.

Bei der versehentlichen Zurücklassung von *Instrumenten* in der Bauchhöhle hat zwar der Gesichtspunkt plötzlich auftretender unvorhergesehener Zwischenfälle auch Geltung; aber es muß naturgemäß ein erheblich strengerer Maßstab gefordert werden. Das blutdurchtränkte Mullstück ist von dem umgebenden Gewebe bisweilen nicht zu unterscheiden; dagegen kann ein Instrument viel schwerer der Augenkon-

trolle entgehen. Es ist außerdem durch Röntgenkontrolle festzustellen; deshalb ist es besonders schwerwiegend, wenn im weiteren Verlauf trotz eingetretener Krankheitserscheinungen nach dem Fremdkörper nicht gefahndet wurde. Ein derartiger Fall (15) ereignete sich nach Operation einer Gebärmuttergeschwulst, bei der eine 18 cm lange Arterienklemme zurückgelassen wurde. Es wurde bei der Entscheidung dem Arzt zum Vorwurf gemacht, daß er trotz der dauernden Klagen der Patientin eine Röntgenuntersuchung unterlassen habe. — In 2 anderen Fällen (16 und 17) kam es ebenfalls zum Zurücklassen von Arterienklemmen, was zu einer gerichtlichen Anerkennung eines Verschuldens führte.

In Fall 18 handelte es sich um Zurücklassen einer 20 cm langen Schere nach einer Kaiserschnittoperation, was zu einem unglücklichen Ausgang führte. Das Landgericht verurteilte den operierenden Arzt. Vor dem Oberlandesgericht X. verglichen sich die Parteien dahin, daß der Arzt 5500 RM. an den Witwer zahlte. Bei der Vergleichsverhandlung führte der Einzelrichter aus, man müsse berücksichtigen, daß die Operation immer unter einem gewissen Druck der Notwendigkeit schnellen Handelns stattfinde. Ärzte müßten sich scheuen, noch schwere Operationen vorzunehmen, wenn sie für alle Vorkommnisse verantwortlich gemacht würden.

In der *Praxis des Reichsgerichts* spielen die zurückgelassenen Fremdkörper eine große Rolle. Auszugehen ist von dem Urteil des 3. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 9. Juli 1913 (RGZ. 83, 71). Hier war bei der in einem städtischen Krankenhaus vorgenommenen Entfernung des Wurmfortsatzes des Blinddarmes versehentlich ein 60—100 cm langer Gazestreifen, sog. Tampon, in der Wunde zurückgeblieben, der bei der Operation zur Aufsaugung von Blut und Eiter hineingelegt worden war. Durch den zurückgelassenen Gazestreifen wurde langdauernde Eiterung der Wunde und eine schwere, nicht bloß vorübergehende Schädigung der Gesundheit des Kranken verursacht. Seiner gegen die Stadtgemeinde gerichteten Schadenersatzklage gab das Oberlandesgericht statt. Das Reichsgericht bestätigte das Berufungsurteil mit folgender Begründung:

„Ohne Rechtsverstoß hat das Berufungsgericht angenommen, daß ein Verschulden das schadenbringende Verbleiben des Tampons in der Wunde verursacht hat. Mag dies Verschulden den Arzt Dr. J. oder die Krankenschwester oder einen sonstigen bei der Operation mitwirkenden Angestellten treffen, sie alle sind Erfüllungsgehilfen der Beklagten in Ansehung ihrer Verbindlichkeit aus dem Vertrage mit dem Kläger, und für ihr Verschulden haftet die Beklagte nach § 278 BGB. Es liegt eine Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt vor. Bei Anwendung dieser Sorgfalt würde das Zurückbleiben des Tampons in der Wunde vermieden worden sein. Es mußte, sei es durch Verbindung der mehreren Sicherungsarten, sei es auf andere Weise, ein Mittel gefunden werden, wodurch das Hineinrutschen des Tampons verhindert und die Entfernung sämtlicher Tampons aus der Wunde gewährleistet wurde.“

Hatte das Reichsgericht in diesem Falle eine Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt angenommen, so hat es in dem, in RGZ. 97, 4 mitgeteilten Fall (Urteil des 3. Zivilsenats vom 17. Oktober 1919) ein Verschulden des operierenden Arztes verneint. Dieser hatte an der Klägerin eine Ovariectomie vorgenommen. Dabei war eine Gazeserviette in der Bauchhöhle der Klägerin zurückgeblieben und hatte Nachoperationen und Gesundheitsschädigung verursacht. Die auf Schadenersatz abzielende Klage wurde in allen Instanzen abgewiesen, vom Reichsgericht mit folgender Begründung:

„Der Berufungsrichter geht zutreffend davon aus, daß es besonderer Fachkunde und Facherfahrung bedürfe, um zu beurteilen, wie weit die Sorgfalt eines gewissenhaften Chirurgen und Operateurs bei einer derart komplizierten Operation zu gehen habe und gehen könne. Sodann legt er unter Erwähnung der mehreren von den Sachverständigen erörterten, von ihnen und sonst gehandhabten Maßnahmen deren Auffassung zugrunde, daß auch bei Anwendung dieser Maßnahmen und trotz aller Sorgfalt ein Zurückbleiben von Servietten, Tupfern u. dgl. in der Bauchhöhle versehentlich möglich sei. Nur gegenüber dieser, die Anwendung aller Sorgfalt voraussetzenden Auffassung fragt der Berufungsrichter, ob besondere Umstände auf ein Verschulden des Beklagten schließen lassen. Er prüft also, ob wirklich der Beklagte alle Sorgfalt angewendet hat, und bejaht dies, ohne die Beweislast irgend zu berühren, weil der immer sonst gewissenhafte und sorgfältige Beklagte die von ihm verwendeten Servietten, um deren Übersehen beim Schluß der Operation tunlichst unmöglich zu machen, mit einem Zipfel heraushängen ließ oder mit einem Instrumente festklemmte. Diese Maßnahme hält er in Übereinstimmung mit den 3 Sachverständigen für genügend, so daß der Beklagte alles getan habe, was auch vom Maßstab einer gesteigerten Sorgfalt aus irgend von ihm zu verlangen war. Die von der Revision betonte, vom Beklagten nicht getroffene Maßnahme einer vorherigen Abzählung der in einer Kassette bereit zu haltenden Servietten bietet nach den Gutachten keine größere Sicherheit als das Heraushängenlassen von Zipfeln oder eingeklemmten Instrumenten, — im Gegenteil: war nämlich etwa das Abzählen der in der Kassette zurückgebliebenen Servietten erst nach der Wiederschließung der Bauchhöhle möglich, so konnte das Suchen nach den fehlenden Servietten nur mittels nochmaliger Öffnung der Bauchhöhle erfolgen, also mit einer oft noch größeren Gesundheits- und Lebensgefahr für den Patienten, als das Verbleiben der Serviette in der Bauchhöhle bildete. — Eine solche nochmalige Eröffnung der Bauchhöhle wegen einer Fehlzahl in dem vorher abgezählten Serviettenbestande hatte in anderen Fällen stattgefunden, war jedoch vergeblich geblieben, weil in Wirklichkeit nichts in der Bauchhöhle zurückgeblieben war; diese Fälle kennzeichnen die Unzuverlässigkeit auch des vorherigen Abzählens als schlagende Beispiele. Die Revision würdigt nicht genügend, daß — und gerade hierdurch unterscheidet sich der vorliegende Fall von dem RGZ. 83, 75 behandelten — während der Operation eine dreifache, nicht voraussehbare und nicht vorausgesehene Komplikation eintrat. Wenn bei solchen so plötzlich auftauchenden und so schnell zu erledigenden Operationsaufgaben die Serviette vollständig, auch mit dem zum Heraushängen bestimmten Zipfel, in die Bauchhöhle geriet und darum übersehen wurde, so war das einer der nach der übereinstimmenden, vom Berufungsrichter für richtig erachteten Meinung der 3 Sachverständigen unvermeidlichen, auch durch die größte Sorgfalt nicht auszuschließenden Zufälle. Mit Recht bemerkt der Sachverständige S. in fast wörtlicher Übereinstimmung mit der Darlegung des erkennenden Senats in RGZ. 78, 435, daß auch die gewissenhaftesten Menschen nicht immer mit der Präzision einer Maschine arbeiten.“

In ähnlicher Richtung bewegen sich die Ausführungen des 3. Zivilsenats des Reichsgerichts in dem Urteil vom 6. Januar 1928 (III 126/27). Bei der Resektion einer Rippe infolge eitriger Rippenfellentzündung war ein Stück der Operationsschere abgesprungen und im Körper der Kranken zurückgeblieben. In der Folge wurden noch zwei Operationen an der Kranken vorgenommen, ohne daß das Scherenstück sich fand. Erst 1½ Jahre später wurde mittels Röntgendurchleuchtung das Stück in der Brustwand der Kranken festgestellt und entfernt. Die gegen den Arzt gerichtete Schadenersatzklage wurde abgewiesen. Das Reichsgericht führt u. a. aus:

„Daß bei der ersten Operation vom 30. Januar 1923 ein Scherenstück abgesprungen ist, rechnet auch die Klägerin dem Beklagten nicht zum Verschulden an. Nun hat der Beklagte das Abspringen sofort bemerkt und in der Wunde nach dem Stück gesucht. Aber er hat es nicht gefunden und mußte wegen der bestehenden Lebensgefahr die Operation mit tunlichster Beschleunigung beenden. War dergestalt das abgesprungene Stück einmal im Körper der Klägerin zurückgeblieben, so machte sich eine spätere Operation zu dessen Entfernung — 1½ Jahre später — unbedingt nötig. Diese Operation ist also nicht auf ein Verschulden des Beklagten zurückzuführen. Die beiden anderen Eingriffe, die der Beklagte noch an der Klägerin vorgenommen hatte, sind nicht infolge des zurückgebliebenen Fremdkörpers, sondern infolge einer Wiederaufflackerns der ursprünglichen Krankheit notwendig geworden, wie diese Eingriffe denn auch an einer anderen Stelle des Körpers stattgefunden haben als da, wo sich das Scherenstück befand.“

Alle diese Urteile stehen auf dem durchaus zu billigenden Standpunkt, daß *eine raschen Entschluß und tatkräftiges Handeln erfordernde Zwangslage des Arztes zu seinen Gunsten zu berücksichtigen ist, zumal bei einer Operation unvorhergesehene Zwischenfälle eintreten können, die die Aufmerksamkeit des Arztes in bestimmter Richtung vollkommen in Anspruch nehmen.* Es sind bei Beantwortung der Frage, ob die versehentliche Zurücklassung von Fremdkörpern in der Operationswunde dem Arzt als Verschulden anzurechnen ist, alle Umstände des einzelnen Falles zu berücksichtigen; es muß in jedem einzelnen Falle festgestellt werden, ob der eingetretene Schaden ausschließlich oder doch im wesentlichen auf Fahrlässigkeit des Arztes beruht, oder ob noch andere, vom Arzt nicht zu vertretende, ihn möglicherweise gerade entlastende Umstände bei der Entstehung des Schadens, insbesondere beim Zurückbleiben von Fremdkörpern in der Operationswunde, mitgewirkt haben.

Ein Verschulden des Arztes kann aber nicht bloß in dem versehentlichen Zurücklassen von Fremdkörpern in der Operationswunde gefunden werden. Ein solches liegt vielmehr unter Umständen auch vor, wenn der Arzt, der mit der Möglichkeit des Zurückbleibens eines Fremdkörpers in der Wunde rechnen muß, nicht alle Mittel zur Erforschung des Sachverhalts erschöpft, insbesondere keine Röntgenuntersuchung vornimmt. In dieser Beziehung ist eine Entscheidung des 3. Zivilsenats des Reichsgerichts vom 20. Juni 1930 (WARNEYERS Rechtsprechung 1930, Nr 208) von weittragender Bedeutung.

Der Arzt, der den Kläger wegen einer tuberkulösen Entzündung am Schultergelenk operiert hatte, hatte bei der Nachbehandlung zwei Gummiröhrchen in die Wunde eingelegt, um den Eiter abfließen zu lassen. Bei einem Verbandwechsel wurde nur ein Gummiröhrchen gefunden, obwohl die Wunde mit Instrumenten nach dem zweiten Röhrchen durchsucht wurde. Der Arzt beruhigte sich und den Kläger mit der Vermutung, das zweite Röhrchen müsse aus dem Verbands herausgerutscht sein. Die Wunde heilte lange Zeit nicht. Erst nach 1½ Jahren, nachdem ein anderer Arzt die Wundbehandlung übernommen und das sog. FRIEDMANNsche Mittel eingespritzt hatte, kam das zweite Gummiröhrchen aus der Wunde zum Vorschein, und diese heilte nunmehr nach etwa einer Woche zu. Der Kläger nimmt den ersten Arzt in Anspruch, weil er fahrlässigerweise das zweite Gummiröhrchen in der Wunde gelassen habe; er hätte sofort eine Röntgenuntersuchung vornehmen müssen; hätte er das getan, dann wäre das Röhrchen gefunden worden; weil er die Röntgenuntersuchung unterlassen habe, sei die Wunde so lange offen geblieben und seien beim Kläger wirtschaftliche Nachteile und heftige Schmerzen die Folge gewesen. Der auf Schadenersatz und Schmerzensgeld gerichteten Klage wurde vom Landgericht und Oberlandesgericht stattgegeben. Die Revision des Beklagten wurde vom Reichsgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen:

Nach dem Tatbestand, den das Berufungsgericht seiner Beurteilung zugrunde legt, hat der Beklagte, ein Facharzt auf dem Gebiete der Chirurgie, den Kläger am 22. Februar 1924 am Schultergelenk operiert und die dadurch entstandene offene Wunde in der Folgezeit behandelt. Er hat dabei, um den sich bildenden Eiter zu entfernen, zwei Gummiröhrchen in die Wunde eingelegt und den darüber gebreiteten Verband in bestimmten Zwischenräumen gewechselt. Bei einem solchen Verbandwechsel in der zweiten Hälfte Mai 1924 fand der Beklagte in der Wunde zunächst nur ein Gummiröhrchen, obwohl er selbst keinen Zweifel hatte, daß bei der Anlegung des letzten Verbandes zwei Gummiröhrchen eingelegt worden waren. Als der Kläger ihn hierauf noch besonders aufmerksam machte, hat der Beklagte die Wunde mit Instrumenten untersucht und auch mit der Hand ausgedrückt. Als hierbei das Röhrchen nicht zum Vorschein kam, hat er dem Kläger gegenüber seine Überzeugung dahin ausgedrückt, daß sich nichts mehr in der Wunde befände, das Röhrchen müsse aus dem Verbands herausgerutscht sein. Kurze Zeit danach hat der Beklagte eingewilligt, daß die eiterige Wundbehandlung des Klägers von seinem früheren Assistenzarzte Dr. H. durchgeführt werde. Diesem hat er von dem Vorfall bei dem Verbandwechsel keine Mitteilung gemacht. Auch dem Kläger hat er hierüber keine Verhaltensmaßregeln gegeben. Tatsächlich ist dann später das Gummiröhrchen, das zunächst fehlte, in der Wunde noch vorgefunden worden.

Das Berufungsurteil kommt auf Grund dieses Sachverhalts zu der Überzeugung, daß der Beklagte unter den geschilderten Umständen sofort eine Röntgendurchleuchtung hätte vornehmen müssen und erblickt in der Unterlassung dieser einen Mangel der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt.

Das wurde vom Reichsgericht gebilligt, indem es ausführt:

„Das Berufungsurteil weist darauf hin, daß dem Beklagten bei seiner Annahme zwei Irrtümer unterlaufen seien: Einerseits habe sich erwiesen, daß das Röhrchen doch nicht aus dem Verbands herausgerutscht sei, wie er vermutet hätte, und andererseits habe er das Röhrchen in der Wunde nicht festgestellt, weil es hinter einer Biegung des Wundkanals gesessen hätte. Daß er in beiden Richtungen nicht die Möglichkeit eines Irrtums seinerseits in Betracht gezogen hat, wird ihm zum Verschulden beigemessen. Hierin liegt keine Überspannung der Sorgfaltspflicht des Arztes. Ein gewissenhafter Arzt, der im Laufe seiner Praxis wiederholt Gelegentlich hat, die Fehlerquellen bei menschlichen Feststellungen rückwirkend zu

erkennen, hätte sich sagen müssen, daß das Herausrutschen des Gummiröhrchens aus dem Verbande und sein unbemerktes Verschwinden aus der Umgebung des Klägers eine Kette von Zufälligkeiten erforderte, die im allgemeinen nicht wahrscheinlich ist. Gewiß war eine Möglichkeit für diese Gestaltung gegeben, aber sie war doch eine entfernte. Eine weit größere Wahrscheinlichkeit sprach dafür, daß das Röhrchen noch in der Wunde verborgen lag. Nun ergab zwar eine Untersuchung mit Instrumenten auch hierfür nichts Positives. Aber auch hier hätte sich ein gewissenhafter Arzt sagen müssen, daß der negative Ausfall der Untersuchung seinen Grund in der eigentümlichen Gestaltung des Wundkanals haben könnte. Hätte sich der Beklagte auf Grund seiner Sorgfaltspflicht das vorgestellt, so wäre er ohne weiteres zu dem für solche Fälle gegebenen Untersuchungsmittel geführt worden, die Wunde zu durchleuchten.“

Diese Entscheidung steht mit einem früheren Urteil des Reichsgerichts (vom 22. Dezember 1922, Juristische Wschr. 1923, 603) im Einklang, worin ausgeführt wird, daß ein Arzt, der ohne besondere Schwierigkeiten eine Röntgenaufnahme zur Klarstellung einer Verletzung ermöglichen kann, auch verpflichtet ist, eine solche vorzunehmen. Wäre sie in dem betreffenden Falle erfolgt, so würde sich ergeben haben, daß die auf Schenkelhalsbruch lautende Diagnose objektiv unrichtig war und vielmehr lediglich eine Ausrenkung des Hüftgelenks vorlag.

In dem Urteil vom 16. Januar 1934 (III 181/33) wurde der Arzt wegen des Zurückbleibens eines Mulltuches in der Operationswunde für verantwortlich erklärt, weil es an der Kontrolle bei der Zählung des verwendeten Mulltuches gefehlt habe. Der Fall lag folgendermaßen:

Dem damals an Angina und Blinddarmentzündung erkrankten Kläger wurde auf Veranlassung des ihn behandelnden Arztes Dr. E. am 18. August 1929 von dem Beklagten in dessen chirurgischer Klinik auf operativem Wege der Wurmfortsatz entfernt. Der Beklagte wandte hierbei wegen der Angina und der ihm auch sonst schon bekannten Anfälligkeit des Klägers eine Chloroformnarkose an und ließ diese, da sie ihm nicht geläufig war, durch die damit vertraute Oberschwester W. besorgen. Die Operation selbst, die er unter Mitwirkung der Operationsschwester D. und seiner Ehefrau ausführte, verlief in verschiedener Hinsicht schwierig. Einmal befand sich der Blinddarm stark verwest an der Rückseite der Bauchhöhle und konnte deshalb nicht herausgehoben, sondern es mußte in der Tiefe der Bauchhöhle operiert werden. Sodann preßte der narkotisierte Kläger die Därme derart stark heraus, daß ihr ständiges Zurückschieben mit Mulltüchern oder Kompressen erforderlich und das Blickfeld unübersichtlich wurde. Außerdem trat eine Blutung ein, welche gestillt werden mußte. Nach beendeter Operation wurde die Bauchdecke geschlossen, und der Kläger verließ am 30. August fieberfrei die Klinik. Kurz darauf entstand an der Operationswunde zunächst ein Abszeß, den der damalige Vertreter des Dr. E., ein Dr. B., öffnete. Da sich jedoch eine Kotfistel bildete, auch wieder Fieber eintrat und sein Befinden sich erheblich verschlechterte, begab sich der Kläger am 11. September zur Beobachtung und Behandlung erneut in die Klinik und blieb dort bis zum Abklingen des Fiebers. Am 20. September kehrte er nach Hause zurück. Als sich dann eine weitere Verschlechterung seines Zustandes einstellte, suchte der Kläger auf Anraten seines Hausarztes am 7. Oktober das Städtische Krankenhaus in N. auf. Hier wurde er von dem leitenden Arzt Dr. W. mit dem Röntgenapparat durchleuchtet und am 9. Oktober abermals operiert. Bei dieser Operation fand Dr. W. in der Bauchhöhle des Klägers ein ungesäumtes,

ungesichertes, 97×45 cm großes Mulltuch und entfernte es. Am 26. Oktober wurde der Kläger als geheilt aus dem Krankenhaus entlassen. Der Kläger behauptet, das in seiner Bauchhöhle von Dr. W. vorgefundene Mulltuch sei dort bei der am 18. August durch den Beklagten vorgenommenen Blinddarmoperation zurückgelassen worden. Der Beklagte habe es schuldhaft unterlassen, durch *Zählung oder Sicherung der verwendeten Mulltücher* oder durch Hinzuziehung ausreichender Assistenz die zur Verhütung eines solchen Versehens erforderlichen Vorichtsmaßregeln zu treffen. Diese Nachlässigkeit habe nicht nur die Heilung des Klägers von der Blinddarmentzündung verhindert, sondern auch eine außerordentlich schwere und mit Fieber verbundene Entzündung der Bauchhöhle bewirkt und damit ein monatelanges schmerzhaftes und sein Leben ernstlich gefährdendes Leiden herbeigeführt. Auch hinsichtlich der Nachbehandlung falle dem Beklagten eine Nachlässigkeit zur Last, da er hierbei versäumt habe, durch eine Röntgenaufnahme oder durch eine sonstige Untersuchung die Ursache der weiteren Krankheitserscheinungen festzustellen. Das Landgericht hat die gegen den Arzt erhobene Klage abgewiesen. Das Kammergericht aber hat auf die Berufung des Klägers den geltend gemachten Schadenersatzanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt.

Die Revision des Beklagten wurde vom Reichsgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen: „Das Berufungsgericht legt dem Beklagten die Verwendung und das Vergessen des ungesicherten Mulltuches als Verschulden zur Last, gleichviel ob er oder eine seiner Assistentinnen dieses Tuch in die Bauchhöhle eingeführt habe. Trotz der an sich schwierigen Operation hätte der Beklagte es bei der Anwendung der erforderlichen Sorgfalt vermeiden können, daß das Tuch im Leibe des Klägers unauffindbar verschwand. Das Verschulden sei darin zu erblicken, daß die verwendeten Mulltücher vor Beginn und nach Beendigung der Operation nicht gezählt worden seien, und daß der Beklagte eine solche Nachprüfung nicht selbst kontrolliert habe. Wäre diese Kontrolle erfolgt, so hätte sich ergeben müssen, daß ein Mulltuch in der Operationswunde zurückgeblieben war, und gerade bei der von ihm von vornherein erkannten Schwierigkeit der Operation hätte der Beklagte, um den Kläger vor Schaden zu bewahren, die Durchzählung der zu verwendenden Mulltücher besonders anordnen und beaufsichtigen müssen; das habe er unterlassen. Die an sich nicht zu beanstandende Nachbehandlung aber habe das einmal geschehene Versehen nicht beseitigen können. Vielmehr habe das in der Bauchhöhle verbliebene Mulltuch auch die Heilung der späteren Komplikationen verhindert und zu ihrer Verschlimmerung beigetragen. Für die so durch sein Verschulden eingetretenen, über die normalerweise selbst mit einer schweren Operation verbundenen Nachteile weit hinausgehenden und empfindlichen Spätschäden aber hafte der Beklagte dem Kläger, auch wenn er ihm durch die Operation das Leben gerettet haben möge. Die Revision will demgegenüber in erster Linie das vorgekommene Verzeihen rechtlich nur als einen unglücklichen Zufall angesehen wissen. Auch vermißt sie eine nähere Feststellung und Berücksichtigung der ‚Erfahrungstatsache‘, daß Mullbinden, die in ausgebreitetem Zustand einen nicht unbeträchtlichen Raum ausfüllten, auf ganz kleine Bällchen zusammengeknüllt würden. Damit kann die Revision jedoch keinen Erfolg haben. Denn nach der tatsächlichen Feststellung des angefochtenen Urteils ist bei der fraglichen Operation nicht eine Mullbinde, sondern ein, und zwar recht umfangreiches Mulltuch in der Bauchhöhle des Klägers zurückgeblieben, welches erfahrungsgemäß auch in ‚zusammengeknültem‘ Zustand nicht als ‚ganzkleines Bällchen‘ gewertet werden kann.“

Ganz besonders *strenge Anforderungen an die Sorgfaltspflicht und die Aufmerksamkeit* des operierenden Chirurgen stellt das Reichsgericht in dem Urteil vom 12. November 1935 (III 76/35). Der Fall lag folgendermaßen:

Die Ehefrau des Klägers, die seit längerer Zeit an Unterleibsbeschwerden litt, begab sich im August 1929 in die Behandlung des beklagten Arztes. Diese dauerte mehrere Monate. Schließlich glaubte der Beklagte, eine chronische Entzündung der Gebärmutteranhänge feststellen zu können, und riet zu einem operativen Eingriff. Am 15. Juli 1930 führte er die Operation im M.-Hospital in W. aus. Dieses Hospital steht im Eigentum der Mitbeklagten, die den Beklagten als Chefarzt angestellt hatte. Bei der Operation wirkten 2 Operationsschwestern und der Assistenzarzt mit. Hierbei wurde die Bauchdecke geöffnet; die gesamten inneren Geschlechtsorgane wurden entfernt. Die Operationswunde verheilte zwar in etwa 10 Tagen, aus der Scheide entleerte sich aber in der Folgezeit noch immer reichlich Eiter. Die Ehefrau des Klägers blieb deshalb bis zum 6. Juni 1931 im M.-Hospital in Behandlung. Im August 1931 brach die Operationswunde unter starker Eiterabsonderung wieder auf. Am 7. März 1932 kamen aus ihr 2 Mulltücher heraus. Erst von da an besserte sich das Allgemeinbefinden der Kranken. Die Mulltücher waren Mulltupfer, d. h. zusammengefaltete Mullstücke in der Größe von etwa 20 : 25 cm.

Der Kläger macht den Beklagten für die nach der Operation aufgetretenen Krankheitserscheinungen verantwortlich, weil sie auf das pflichtwidrige Zurücklassen der Mulltupfer in der Operationswunde zurückzuführen seien.

Der Beklagte bestreitet jedes Verschulden. Wie er geltend machte, würden Mulltupfer bei einer so schweren Operation, wie es die an der Ehefrau des Klägers vorgenommene gewesen sei, in großer Zahl gebraucht. Ihre besondere Sicherung sei nicht möglich und auch nicht gebräuchlich. Vor Schließung der Wunde habe der Beklagte die Bauchhöhle der Operierten sorgfältig nach etwa zurückgebliebenem Operationsmaterial durchsucht, aber nichts gefunden. In dem Übersehen der beiden Tupfer liege kein Verschulden, und zwar besonders deshalb nicht, weil die Operation der Ehefrau des Klägers außerordentlich schwierig gewesen sei. Während nach dem Untersuchungsbefund anzunehmen gewesen sei, daß eine chronische Entzündung der Gebärmutteranhänge vorliege, habe sich bei der Operation selbst eine tuberkulöse Erkrankung der gesamten inneren Geschlechtsorgane gezeigt. Diese habe eine völlig andersartige operativ-technische Entscheidung verlangt, nämlich die gänzliche Entfernung der erkrankten Organe. Außerdem sei es im Verlaufe der Operation bei der Loslösung von Verwachsungen plötzlich unerwartet zur Entleerung von Eiter gekommen. Das habe wegen der damit verbundenen großen Gefahr einer lebensgefährlichen Bauchfellentzündung zur beschleunigten Beendigung der Operation geführt. So stelle das Zurückbleiben der beiden kleinen Tupfer, die, blutdurchtränkt, vom Körpergewebe kaum zu unterscheiden gewesen seien, einen unglück-

lichen Zufall dar, für den niemand verantwortlich gemacht werden könne. Die Beklagten bestreiten auch, daß die zurückgebliebenen Mulltupfer das spätere Befinden der Ehefrau des Klägers irgendwie wesentlich beeinflußt hätten. Ihr Siechtum, insbesondere auch das Auftreten einer Kotfistel, sei eine Folge ihrer tuberkulösen Erkrankung, für deren Verlauf das Zurückbleiben der Tupfer nur untergeordnete Bedeutung besitze.

Die Vorinstanzen haben die Klage abgewiesen. Auf die Revision des Klägers wurde das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache in die Vorinstanz zurückgewiesen. Zur Begründung seines von den Vorinstanzen abweichenden Standpunktes führt das *Reichsgericht* aus: „Das Zurückbleiben der Mulltupfer hat, wie das Berufungsgericht annimmt, den Heilungsprozeß ungünstig beeinflußt; er wäre sonst kürzer und weniger schmerzhaft gewesen. Für diese Folgen der vorgekommenen Regelwidrigkeit den Beklagten verantwortlich zu machen, lehnt das Berufungsgericht aber deshalb ab, weil ihn kein Verschulden treffe. Diese Auffassung wird im Anschluß an das Gutachten des Sachverständigen Professor Dr. Y. folgendermaßen begründet: Bei einer Operation, wie sie hier vorgenommen worden sei, würden mehrere hundert Mulltupfer gebraucht. Sie könnten nicht, wie das bei den verwendeten Mullschürzen üblich und bei diesen auch während der Operation der Ehefrau des Klägers geschehen sei, durch lange Bänder gesichert oder durch Zählen kontrolliert werden. Sie würden in der Regel nur vorübergehend in das Operationsfeld geführt, aber gelegentlich aus der Hand gelegt, um blutende Adern zusammenzudrücken und dadurch die Blutung zu stillen. Seien die Tupfer aber vollgeblutet, so seien sie von den Eingeweiden und dem sonstigen Gewebe kaum noch zu unterscheiden. *Daher könne es auch dem sorgfältigsten Operateur begegnen, daß er einen Tupfer zurücklasse, zumal bei Operationen in der Tiefe der Bauchhöhle, die besonders reich an Verstecken sei, und bei der großen Schnelligkeit, mit der bei solchen Eingriffen gearbeitet werden müsse.* Als ausschlaggebend komme hier hinzu, daß es sich bei der Operation der Ehefrau des Klägers um einen besonders schwierigen Eingriff gehandelt habe. Nach dem Operationsbefund seien die linken Anhangteile der Gebärmutter zu einer faustgroßen vereiterten Geschwulst verwachsen gewesen. Am unteren Teile des Bauchfells seien schwere tuberkulöse Veränderungen sichtbar gewesen; zwischen Blase und vorderer Bauchwand habe sich eine walnußgroße Granulationshöhle befunden. Auch die untere Dickdarmschlinge sei verwachsen gewesen und habe nach ihrer Ablösung große Granulationsflächen gezeigt. Aus diesem Befund habe der Beklagte die richtige Folgerung gezogen, die gesamten inneren Geschlechtsorgane zu entfernen. Dieser Umstand habe aber eine völlige Änderung des Operationsplanes bedingt und somit für die Operierte wie für den

Arzt einen großen und ernsten Zwischenfall (Komplikation) bedeutet. Der Sachverständige Professor Dr. Y. weise ausdrücklich darauf hin, daß die Herauspräparierung tuberkulöser Gewebeteile, wie sie hier erforderlich geworden sei, außerordentlich schwierig sei. Als erschwerender Umstand komme endlich hinzu, daß sich bei der Ablösung der ver eiterten Gebärmutteranhänge mehrfach Eiter entleert habe, dessen Einfließen in die Bauchhöhle wegen der damit verbundenen Gefahr einer Bauchfellentzündung unter allen Umständen habe vermieden werden müssen. Sei nun schon die vollständige Entfernung der inneren Geschlechtsorgane an sich als ganz großer operativer Eingriff anzusehen, so habe *das Auftreten der Eiterherde eine Sachlage geschaffen, die geeignet gewesen sei, die Aufmerksamkeit des Operateurs einschließlich der mitwirkenden Personen völlig nach dieser einen Richtung zu fesseln*. Alle diese Umstände, mit denen in dieser Form vor der Operation nicht zu rechnen gewesen sei, hätten den Beklagten in eine solche Zwangslage versetzt, daß selbst das Zurücklassen von 2 Mulltupfern keine Außerachtlassung der von einem ordentlichen Arzt anzuwendenden Sorgfalt darstelle. Das Zurücklassen der offenbar vollgebluteten und nicht mehr erkennbaren Tupfer sei unter Berücksichtigung aller Einzelheiten der Operation ein unglücklicher Zufall, für den der Beklagte nicht verantwortlich gemacht werden könne. Da die Hilfspersonen durch das plötzliche Auftreten des Eiters in gleicher Weise wie der Beklagte abgelenkt worden seien, hätte auch eine Mitwirkung weiterer Hilfspersonen das Zurückbleiben der Tupfer nicht mit Sicherheit verhüten können. Somit sei auch der Vorwurf der mangelnden Assistenz unbegründet, und zwar um so mehr, als bei der Operation 2 Schwestern und 1 Assistenzarzt zugegen gewesen seien.

Diese Ausführungen des Berufungsgerichts entsprechen im allgemeinen den in der Rechtsprechung des erkennenden Senats entwickelten Grundsätzen, wonach es von den Umständen des Einzelfalls abhängt, ob das Zurücklassen von Gegenständen im Körper des Operierten dem operierenden Arzt als Verschulden anzurechnen ist. *Wenn nicht-vorausgesehene und nichtvoraussehbare Zwischenfälle den Arzt plötzlich vor neu und schnell zu erledigende Operationsaufgaben stellen, die seine ganze Aufmerksamkeit beanspruchen, so ist das eine Sachlage, die ganz besonders geeignet ist, das Übersehen von Gegenständen beim Schließen der Operationswunde als entschuldbar erscheinen zu lassen*. Freilich hat es sich in den Fällen, die durch die genannten Urteile entschieden worden sind, stets um das Zurückbleiben nur eines Gegenstandes in dem Körper des Kranken gehandelt, während hier der Beklagte sogar zwei Tupfer nicht entfernt hat. Indessen hat das Berufungsgericht diesem Umstand durchaus die gebührende Beachtung geschenkt. Es hat aber angenommen, daß die bei der Operierten aufgetretenen Zwischenfälle

den Beklagten in eine solche Zwangslage versetzt hätten, daß selbst das Zurücklassen von 2 Mulltupfern keine Außerachtlassung der von einem ordentlichen Arzt anzuwendenden Sorgfalt darstelle. Gegen diese im wesentlichen tatsächliche Erwägung sind durchgreifende rechtliche Bedenken nicht zu erheben.

Eine Lücke weist die Urteilsbegründung dagegen insofern auf, als folgender Punkt nicht, wenigstens nicht ausdrücklich, behandelt worden ist: Während die Mulltupfer regelmäßig nur vorübergehend in das Operationsfeld eingeführt werden, werden sie doch gelegentlich auch aus der Hand gelegt, um blutende Adern zusammenzudrücken und dadurch die Blutung zu stillen. Es könnte in Frage kommen, ob nicht wenigstens hierzu Tupfer verwendet werden müßten, deren leichtere Auffindbarkeit in besonderer Weise gesichert wäre. Dieser Gedanke liegt um so näher, als nach den getroffenen Feststellungen gerade solche Tupfer, wenn sie sich voll Blut gesogen haben, von dem Körpergewebe kaum zu unterscheiden und daher schwer wiederzufinden sind. Auch der Sachverständige Dr. Y. sagt in seinem Gutachten, daß die Mulltupfer in vielen Fällen, wenn auch nicht immer, an lange zangenartige Halter angeklemt würden. Eine ausdrückliche Stellungnahme dazu wäre zweckmäßig gewesen.

Zur Ablehnung eines Verschuldens des Beklagten ist das Berufungsgericht durch die Annahme bestimmt worden, daß bei der Operation der Ehefrau des Klägers unerwartete Ereignisse eingetreten seien, welche die Aufmerksamkeit des Beklagten so sehr in Anspruch genommen hätten, daß er das Verbleiben der Mulltupfer nicht mehr genügend habe beachten können. Es handelt sich dabei um 2 Ereignisse: zunächst darum, daß sich nach Öffnung der Bauchdecke die Unrichtigkeit der Anschauung herausstellte, die der Beklagte bei der Vorbehandlung von der Krankheit der Ehefrau des Klägers gewonnen hatte. Es lag nicht, wie er vermutete, eine bloße Entzündung der Anhänge der Gebärmutter vor, sondern eine weitgehende tuberkulöse Erkrankung innerer Organe. Sie zwang den Beklagten dazu, seinen ursprünglichen Operationsplan vollständig umzustoßen und sich zur sofortigen Entfernung der inneren Geschlechtsorgane der Kranken zu entschließen. Bei der Ausführung dieser umfassenden Operation trat dann das zweite, die Aufgabe des Beklagten erheblich erschwerende Ereignis ein. Eiterherde zeigten sich, und es mußte nun wegen der Gefahr einer Bauchfellentzündung alles aufgeboten werden, um ein Einfließen von Eiter in die Bauchhöhle zu vermeiden. Beide Umstände — die Entdeckung der andersartigen, einen viel größeren Eingriff als ursprünglich geplant gewesen gebietenden Natur der Krankheit und das Auftreten von Eiteransammlungen — vermögen den Beklagten indessen nur dann zu entlasten, wenn er sie vor Inangriffnahme der Operation auch bei Anwendung der gebotenen

Sorgfalt nicht hätte voraussehen können. Waren sie dagegen voraussehbar, oder mußte wenigstens mit der Möglichkeit ihres Eintretens von vornherein gerechnet werden, dann allerdings war der Beklagte verpflichtet, seinen Operationsplan von Anfang an einer solchen, wenn auch vielleicht nur möglichen Sachgestaltung anzupassen. Er mußte die für den Fall des Eintretens derartiger Verwicklungen anzuwendenden Maßnahmen rechtzeitig vorbereiten. Darauf, daß er durch sie überrascht worden sei, könnte er sich dann nicht berufen.

In dieser Hinsicht hat denn auch der Kläger in der Vorinstanz ganz bestimmte Vorwürfe gegen den Beklagten erhoben. Er hat insbesondere geltend gemacht, der Beklagte habe bei der fast 1 Jahr währenden Behandlung der Ehefrau des Klägers deren Erkrankung an Tuberkulose, falls solche überhaupt vorgelegen habe, erkennen müssen. Er habe es aber schuldhaft unterlassen, von den ihm zu Gebote stehenden Untersuchungsmitteln (Röntgenaufnahme, Blutuntersuchung, Bauchpunktion) Gebrauch zu machen. Hätte er das getan, so würde er die Tuberkulose rechtzeitig erkannt haben. Dann hätte er aber von vornherein die Vornahme einer weitergehenden Operation ins Auge fassen und auch mit dem Vorhandensein von Eiterherden rechnen müssen. Darauf habe er sich schon bei der Vorbereitung der Operation einrichten können und müssen. Insbesondere sei unter solchen Umständen die Heranziehung eines zweiten Assistenzarztes geboten gewesen. Hierzu hat das Berufungsgericht nur folgendes gesagt: Das Vorbringen des Klägers sei nicht geeignet, eine Fahrlässigkeit des Beklagten darzutun. Denn selbst wenn er die Tuberkulose schon vor der Operation erkannt hätte, dann hätte doch erst die Operation selbst ein genaues Bild von dem Umfang der Erkrankung und damit die Möglichkeit gegeben, eine endgültige operativ-technische Entschliebung zu fassen. Eine Beweisaufnahme in dieser Hinsicht erübrige sich demnach.

Die Urteilsbegründung ist in dem zur Erörterung stehenden Punkt nicht ausreichend. Vielmehr entbehrt die Annahme des Berufungsgerichts, der Beklagte sei durch Ereignisse entschuldigt, die ihn während der Operation überrascht hätten, und die er auch nicht hätte vorhersehen können, der genügenden Begründung.

Der Kläger hat aber dem Beklagten nicht bloß schuldhaftes Verhalten bei der anfänglichen Behandlung seiner Ehefrau und bei Vornahme der Operation vorgeworfen; nach seiner Behauptung soll sich der Beklagte auch bei der Nachbehandlung einer Säumnis schuldig gemacht haben. In dieser Beziehung hat er geltend gemacht: Wenn es richtig sei, daß bei derartigen Operationen sehr leicht Mulltupfer in der Bauchhöhle zurückblieben, dann hätte der Beklagte nach der Operation eine Röntgenaufnahme machen müssen. Hierbei hätte sich herausgestellt, daß sich noch Fremdkörper in der Bauchhöhle befänden, ins-

besondere aber auch, daß Eiterungen vorlägen. Auf diesen Teil der Klagebegründung ist das Berufungsgericht überhaupt nicht eingegangen.“

Dreierlei ist es also, *was das Reichsgericht in diesem Urteil von dem operierenden Arzt* außer den schon früher von der Rechtsprechung als erforderlich erklärten Maßregeln *zur Vermeidung von Zurückbleiben von Fremdkörpern in der Operationswunde verlangt*. Einmal die besondere Sicherung derjenigen Mulltupfer, die gelegentlich aus der Hand gelegt werden, um blutende Adern zusammenzudrücken. Sodann eine solche Vorbereitung der Operation, daß auch bei Feststellung von besonderen Komplikationen während des Eingriffs ein veränderter Operationsplan rasch und sicher ausgeführt werden kann. Endlich die Vornahme einer Röntgenuntersuchung nach der Operation, um festzustellen, ob etwa Fremdkörper zurückgeblieben sind.

Das Urteil geht über das Maß dessen, was bisher von einem sorgfältigen Operateur verlangt wurde, weit hinaus und *stellt ganz besonders strenge Anforderungen an die Sorgfalt und Umsicht eines Chirurgen*.

Das Urteil hat denn auch in Ärztekreisen großes Befremden erregt und zu scharfen Kritiken Anlaß gegeben. So schreibt Prof. KIRSCHNER¹:

„Das Urteil des Reichsgerichts ist ein offensichtliches Beispiel dafür, daß es den bestellten Sachverständigen oft nicht gelingt, dem Richter auf einem ihm fremden Gebiete eine richtige und lebendige Vorstellung von der gesamten Situation zu verschaffen. Es muß stets Bedenken erwecken, wenn ein Kläger, und es muß noch nachdenklicher stimmen, wenn ein Gericht einem Arzt, von dem a priori und nach dem Akteninhalt angenommen werden kann, daß er sich redlich bemüht hat, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln, nicht nur einen, sondern gleich mehrere ‚Kunstfehler‘ unterstellt. In dem vorliegenden Falle sind es 3 Kunstfehler. Es ist doch ein höchst eigenartiger Zufall, daß ein Operateur, der seit vielen Jahren Tausende von Kranken einwandfrei operiert und behandelt hat, nun auf einmal bei einem Kranken in Massen sündigt. — Im einzelnen ist zu den Ausführungen des Reichsgerichtes folgendes zu sagen:

1. Nach der Ansicht des Gerichts müssen diejenigen Mulltupfer, die bei einer Operation dazu benutzt werden, blutende Adern zusammenzudrücken und hierdurch die Blutung zu stillen, in einer besonderen Weise zwecks leichter Auffindbarkeit kenntlich gemacht werden. Die Unterlassung dieser Maßnahme gilt beim Zurücklassen eines derartigen Tupfers als Verschulden. Das Gericht erkennt hierdurch an, daß die Hunderte von gewöhnlichen Tupfern, die bei einer großen Operation lediglich zum Tupfen benutzt werden, nicht alle in dieser Weise kenntlich gemacht werden können, und verlangt nur die besondere Kennzeichnung der wenigen, ausnahmsweise zur Blutstillung benutzten Tupfer. — Das Gericht läßt hierbei jedoch außer acht, daß der Arzt nicht vorher wissen kann, wenn er einen solchen Tupfer ausnahmsweise gerade für die Blutstillung benötigt, und daß es gerade beim Auftreten einer Blutung an Zeit fehlt, statt einen der üblichen Tupfer einen derartig besonders gekennzeichneten Tupfer zu erfassen oder zu fordern. Wollte der Arzt, wenn die Blutung auftritt, an seine Operationsschwester erst die Aufforderung richten, ihm jetzt ausnahmsweise im Gegensatz zu den üblichen

¹ Der Chirurg 1936, 794.

Tupfern einen für die Blutstillung besonders gekennzeichneten Tupfer zu geben, so würde dieser Zeitverlust für den Kranken zumeist einen erheblichen Blutverlust bedingen, und die Summierung dieser Schädigung könnte unter Umständen den Tod herbeiführen. — Die Eigenart des operativen Vorganges verlangt es, daß dem Operateur die Freiheit zuerkannt wird, in einer derartig kritischen Situation unter mehreren Wegen, die sämtlich mit einem Risiko verbunden sind, denjenigen zu wählen, der ihm im Augenblick als der am wenigsten gefährliche erscheint. Bei der gekennzeichneten Situation ist die Stillung der Blutung mit dem ersten besten erreichbaren Mullstück derjenige Weg, der der im Augenblick besonders großen Gefahr der Blutung am besten begegnet, und dieser Weg muß zunächst unbedenklich gewählt werden, auch wenn er im Hintergrunde mit der Gefahr belastet ist, daß der verwendete, nicht besonders gekennzeichnete Tupfer möglicherweise zurückbleiben könnte. Man kann einem Arzte nicht daraus ein schuldhaftes Verhalten konstruieren, daß sich die Gefahr eines derjenigen Wege, den er zur Abwendung einer augenblicklichen Gefahr beschreiten muß, später in Form einer positiven Schädigung manifestiert. — Gegen den Einwand, daß der Operateur einen der üblichen, ausnahmsweise aber zur Blutstillung verwendeten Tupfer nachträglich, z. B. durch Anbringung einer Klemme, besonders kenntlich machen müsse, ist zu sagen, daß alle derartigen Maßnahmen, im besonderen das Anlegen einer Klemme, den Zugang zum Operationsgebiet in unzulässiger Weise behindern können und sich daher nicht anwenden lassen.

2. Dem Beklagten wird die Entlastung durch das Überraschungsmoment der unvorhergesehenen Größe des operativen Eingriffes abgesprochen, da er die richtige Diagnose vor der Operation hätte stellen müssen. Es wird also letzten Endes ein schuldhaftes Verhalten des Beklagten darin erblickt, daß er nicht die richtige Diagnose der Tuberkulose der Geschlechtsorgane vor der Operation stellte. Das Gericht führt auch gleich eine Anzahl von Untersuchungsmitteln an, die schuldhafterweise nicht angewendet wurden: Röntgenaufnahme, Blutuntersuchung, Bauchpunktion. Das Gericht muß also die Überzeugung haben, daß diese Untersuchungsmittel die Diagnose ermöglicht hätten. Läßt sich aber die Diagnose der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane durch eine Röntgenuntersuchung stellen? Die Antwort auf die in dieser Fassung gestellten Frage kann nur ‚nein‘ lauten. Läßt sich die geforderte Diagnose durch eine Blutuntersuchung stellen? Die Antwort kann wiederum nur ‚nein‘ lauten. Läßt sich die geforderte Diagnose durch eine Bauchpunktion stellen? Die Antwort muß hier lauten, daß die moderne Chirurgie vor einem derartigen mittelalterlichen Untersuchungsverfahren nur eindringlich warnen kann, da es in hohem Grade gefährlich ist. Ein Arzt, der dieses von dem Reichsgericht empfohlene Untersuchungsverfahren anwenden und hierdurch eine Schädigung oder den Tod einer Kranken herbeiführen würde, müßte nach dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft als fahrlässig verurteilt werden. Das Unterlassen einer derartig fahrlässigen Handlung kann dem Arzte unmöglich als Verschulden angerechnet werden. Im übrigen gibt es eben Diagnosen, die nicht gestellt werden, ohne daß hierin eine Fahrlässigkeit liegt: Einmal, weil die Schwierigkeiten trotz Röntgenuntersuchung, Blutuntersuchung und Bauchpunktion über den derzeitigen Stand der medizinischen Diagnostik hinausgehen, und das andere Mal, weil der sonst im Rechtsleben gültige Grundsatz: *Ultra posse nemo obligatur*, zunächst auch dem Arzte zugebilligt werden muß. Immer wieder wird also der Operateur von einer unerwarteten Situation nach Eröffnung der Leibeshöhle überrascht werden. — Bisher war es Grundsatz, daß dem Beklagten ein schuldhaftes Verhalten nachgewiesen werden mußte, nicht aber, daß der Beklagte den Beweis seiner Schuldlosigkeit erbringen mußte. Man gewinnt nicht den Eindruck, als wenn hier bei der Frage, ob die Diagnose der Tuberkulose vor der Operation gestellt werden konnte, richterlicherseits nach diesem Grundsatz

verfahren worden wäre, und daß der klägerischen Seite der Nachweis von Krankheitszeichen gelungen wäre, deren Übersehen bei der Stellung der Diagnose eine Fahrlässigkeit bedeutet hätte.

3. Verblüffend wirkt die letzte Forderung des Gerichtes, der Beklagte hätte nach der Operation ein Röntgenbild anfertigen müssen, aus dem er ja das Vorhandensein der beiden Tupfer oder einer Eiterung in der Bauchhöhle hätte feststellen können. Das Gericht vergißt nur, die medizinische Welt darüber zu belehren, wie man auf den Röntgenaufnahmen das Vorhandensein von Tupfern oder Eiterungen in der Bauchhöhle feststellen kann. Offenbar spielt bei dieser Vorstellung der Richter der Umstand eine Rolle, daß man Mull vorher derartig präparieren kann, daß er strahlenundurchlässig wird. Daß dieses Verfahren aus hier nicht zu erörternden Gründen aber nicht auf alle Tupfer ausgedehnt werden kann, und daß es in der Praxis ganz allgemein nicht angewendet wird, dürfte doch bekannt sein.“

In ähnlicher Weise äußern sich abfällig über das Urteil die Professoren KONJETZNY, A. W. FISCHER, v. REDWITZ, ENDERLEN und GULEKE¹. Sie stellen vom ärztlichen und chirurgischen Standpunkt fest, daß die Stellungnahme des Reichsgerichts in allen Punkten „offenbar von einer irrtümlichen und jedenfalls dem ärztlichen Sachverständigen nicht faßbaren Vorstellung ausgeht“.

Prof. GULEKE weist darauf hin, daß das Reichsgericht zwar in den besprochenen 3 Punkten kein Urteil gefällt, sondern nur die gerichtliche Nachprüfung dieser Fragen angeordnet hat, und es abzuwarten sei, wie das Gericht weiterhin entscheide. Trotzdem sei das Urteil geeignet, Beunruhigung in den Kreisen der Ärzte, und besonders der operativ tätigen Ärzte, hervorzurufen, da es deutlich die Tendenz erkennen lasse, die Grenzen der vom Richter geforderten Sorgfaltspflicht des Arztes immer weiter zu stecken. Damit werde aber die Gefahr heraufbeschworen, daß die durch solche Urteilsprüche erzwungenen, immer weiter gesteigerten Sicherungs- und Vorbeugungsmaßnahmen den Operateur in seinen Entschlüssen und seinem Handeln so beschränken, daß der Erfolg des Eingriffes schließlich in Frage gestellt werde, zumal in vielen Notlagen nur die Schnelligkeit des Handelns einen Erfolg bringen könne. Damit würde den Kranken, um deren Wohl es sich doch in erster Linie handelt, nicht genutzt, sondern geschadet werden.

Die gegen das Urteil gerichteten Angriffe sind nicht ohne Erfolg geblieben. Das Oberlandesgericht X., an das die Sache vom Reichsgericht zur nochmaligen Verhandlung und Entscheidung, insbesondere über die vom Reichsgericht beanstandeten Punkte, zurückverwiesen worden war, hat von dem bereits im ersten Berufungsverfahren als Sachverständigen vernommenen Professor Y. ein Nachtragsgutachten eingefordert und im Anschluß an dieses Gutachten die Berufung des Klägers gegen das die Klage abweisende Urteil des Landgerichts wiederum zurückgewiesen. In den Entscheidungsgründen des zweiten Berufungsurteils vom 22. Februar 1936 wird ausgeführt:

„Die Berufung des Klägers erscheint auch bei erneuter Prüfung unbegründet. Der Senat hat sich den Ausführungen des früheren Berufungsurteils, soweit dieselben vom Reichsgericht nicht beanstandet sind, in vollem Umfange angeschlossen. Im übrigen hat Professor Y. in seinem

¹ Der Chirurg 1936, S. 795, 834, 873, 913, 954.

Nachtragsgutachten vom 20. Januar 1936, auf dessen Ausführungen im einzelnen verwiesen wird, zu den im Urteil des Reichsgerichts aufgeworfenen Zweifelsfragen Stellung genommen und ist zu dem überzeugenden Ergebnis gelangt, daß dem Beklagten ein Verschulden nicht zur Last fällt. Wenn der Kläger ausführt, daß allein die von Prof. Y. festgestellte Tatsache, daß der Beklagte nicht daran gedacht hat, daß es sich um Tuberkulose handeln könnte, eine grobe Fahrlässigkeit darstellt, so ist demgegenüber zu betonen, daß Prof. Y. eine ‚Tatsache‘ in diesem Sinne überhaupt nicht hat feststellen können und auch nicht hat feststellen wollen. In der von dem Beklagten vor der Operation der Ehefrau des Klägers niedergelegten Krankengeschichte steht unstreitig: ‚Keine Tuberkulose in der Familie.‘ Daraus ergibt sich zur Genüge, daß der Beklagte schon vor der Operation die Möglichkeit des Vorhandenseins einer tuberkulösen Erkrankung in den Kreis seiner Erwägungen aufgenommen hat, daß er aber — wie der Sachverständige sich ausdrückt — richtig verstanden, nach gewissenhafter Prüfung zu dem Ergebnis gelangt ist und ohne Verschulden auch hat gelangen können, daß mit einer tuberkulösen Erkrankung nicht zu rechnen sei.

Der Sachverständige hat die Frage, ob der Beklagte bei der fast 1 Jahr währenden Behandlung der Ehefrau des Klägers deren Erkrankung an Tuberkulose hätte erkennen müssen, mit Bestimmtheit verneint. Bei der Vorbildung und beruflichen Stellung des Sachverständigen hat das Berufungsgericht angenommen, daß er insbesondere auch die Frage, ob durch eine Röntgenaufnahme eine Diagnostizierung der Tuberkulose hätte erfolgen können, hat verneinen wollen und verneint hat, wenn er dies auch in seinem Gutachten nicht ausdrücklich zum Ausdruck gebracht hat.“ Das Berufungsgericht hat deshalb die von dem Kläger beantragte Vernehmung eines anderen Sachverständigen abgelehnt, da ein Verschulden des Beklagten im Hinblick auf die Auffassung der Autorität des Professor Y. nicht festgestellt werden könne.

Dieses zweite Berufungsurteil ist rechtskräftig geworden. Der Kläger hatte zwar um das Armenrecht zwecks Einlegung der Revision nachgesucht. Der III. Zivilsenat des Reichsgerichts hat aber das Armenrecht wegen Aussichtslosigkeit der beabsichtigten weiteren Rechtsverfolgung verweigert, und die Einlegung der Revision ist daraufhin unterblieben. Das Reichsgericht hat damit zu erkennen gegeben, daß es den neuerlichen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Y., die dem zweiten Berufungsurteil zugrunde liegen, aus Rechtsgründen nicht entgegentreten und an seinen im Urteil vom 12. November 1935 aufgestellten Anforderungen nicht festhalten könne. *Der III. Zivilsenat des Reichsgerichts hat sich damit auf den Standpunkt des im Prozeß vernommenen Sachverständigen und der oben angegebenen, um ihre Stellungnahme ersuchten anderen Autoritäten gestellt.*

Damit ist der vom Reichsgericht zunächst zuungunsten des verklagten Arztes entschiedene Fall endgültig zu seinen Gunsten erledigt. Daß das Reichsgericht aber auch weiterhin sehr strenge Anforderungen an den operierenden Chirurgen bezüglich der sorgfältigen Handhabung mit verwendeten Mulltupfern stellt, beweist das Urteil vom 9. Oktober 1936. Hier handelte es sich um folgendes:

Der Beklagte zu 1 ist Arzt an dem der Beklagten zu 2 gehörenden Krankenhaus. Er wurde am 19. September 1931 zu der Ehefrau des Klägers gerufen, die über Schmerzen im Unterleib klagte. Da er bei der Frau eine Blinddarmentzündung feststellte, riet er zu einer sofortigen Operation, die dann auch noch an demselben Tage in dem Krankenhaus der Beklagten zu 2 ausgeführt wurde. Während der Operation stellte der Beklagte zu 1 bei Prüfung der Beckenorgane eine Eierstockcyste fest, die er durch einen weiteren Eingriff auch sofort entfernte. Bei der Operation wurden zum Abstopfen der Bauchorgane Mulltücher in Größe von 45×45 cm benutzt. Der Kläger behauptet, ein solches Mulltuch sei bei der Operation durch Verschulden des Beklagten zu 1 in der Bauchhöhle zurückgeblieben und später (1933) nach langwierigen Leiden und Beschwerden, die seine Frau habe durchmachen müssen, in zwei Teilen durch den Darm abgegangen. Das Berufungsgericht hat der auf Zahlung von Schadenersatz und Schmerzensgeld gerichteten Klage gegenüber dem Beklagten 1 entsprochen. Das Reichsgericht hat dessen Revision mit folgender Begründung zurückgewiesen:

„Das Berufungsgericht stellt in einwandfreier Weise fest, daß das der Ehefrau des Klägers durch den Darm abgegangene Mulltuch von den bei der Operation verwendeten Tüchern stammt und bei der Operation versehentlich in der Bauchhöhle der Frau zurückgeblieben ist. Es stellt ferner fest, daß das Zurückbleiben des Mulltuches in der Bauchhöhle der Frau Schädigungen verursacht hat und weiteren Schaden voraussichtlich auch noch verursachen wird. Für alle diese Schäden erklärt es zunächst den Beklagten zu 1 aus dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung verantwortlich, indem es dazu folgendes ausführt: Nach dem nächsten Anschein sei in derartigen Fällen immer anzunehmen, daß ein Verschulden des operierenden Arztes vorliege. Zwar gebe es gewiß auch Fälle, in denen ein Zurückbleiben von Fremdkörpern in dem Körper des Operierten nur einem unglücklichen Zufall zuzuschreiben sei. Zunächst spreche jedoch eine tatsächliche Vermutung für ein Verschulden des Arztes, dem es dann unbenommen sei, darzulegen und nötigenfalls zu beweisen, aus welchen Gründen ihn im Einzelfalle kein Verschulden treffe. Im vorliegenden Fall reichten die diesbezüglichen Behauptungen des Beklagten zu 1 zu seiner Entlastung nicht aus. Ein Verschulden liege schon darin, daß er die allgemeine Anordnung des leitenden Arztes, die bei der Operation benutzten Tücher in bestimmter Weise zählen zu lassen, unbeachtet gelassen habe. Es könne ihn auch nicht entlasten, daß er unerwartet die vom ärztlichen Standpunkt aus notwendige Entfernung der erst bei der Blinddarmentoperation festgestellten Eierstockcyste habe mit vornehmen müssen, weil mit irgendwelchen Komplikationen bei einer Operation immer zu rechnen sei. Damit könne das Unterlassen jeglicher Sicherheitsmaßnahme, wie es hier der Fall gewesen sei, nicht entschuldigt werden.

Die Revision greift die Ausführungen des Berufungsgerichts zunächst in ihrem Ausgangspunkt an, wo dieses sagt, nach dem ersten Anschein sei in solchen Fällen anzunehmen, daß den operierenden Arzt ein Verschulden treffe. Der Revision ist darin zuzustimmen, daß hier ein sog. typischer Geschehensablauf, der die Anwendung des Anscheinbeweises rechtfertigen könnte, nicht vorliegt. Nach den vom erkennenden Senat entwickelten Grundsätzen hängt es ganz von den Umständen

des Einzelfalles ab, ob das Zurücklassen von Gegenständen im Körper des Operierten dem operierenden Arzt als Verschulden anzurechnen ist. Das angefochtene Urteil beruht insoweit aber gar nicht auf einer Verkennung vom Wesen des Anscheinsbeweises. Es sagt auch weiter nur, daß hier eine Vermutung für ein Verschulden des Beklagten zu 1 spreche, und trifft sodann noch tatsächliche Feststellungen, aus denen es das Verschulden herleitet, nämlich das Unterlassen jeglicher Sicherheitsmaßnahme zur Verhütung des Zurückbleibens von Fremdkörpern in der Bauchhöhle der Operierten. Dabei ist eine Verletzung des § 286 ZPO. oder sonstiger Gesetzesvorschriften nicht ersichtlich. Bekanntlich gibt es zur Verhütung solcher Vorkommnisse, wie sie hier in Rede stehen, verschiedene Methoden, so das vorherige und nachherige Zählen der für die Operation vorgesehenen und dabei benutzten Mulltücher — wie es hier von dem leitenden Arzt des Krankenhauses angeordnet worden war — oder das Anbringen von Bändern oder Klammern an den Tüchern oder dergleichen mehr. Jede Methode hat ihre Anhänger und Gegner. Das Berufungsgericht erkennt an, daß keine der sonst angewandten Methoden eine absolut sichere Gewähr dafür bietet, daß nicht doch einmal ein Tuch in der Wunde verbleibt. Damit ist aber nicht gesagt, daß nun ärztlicherseits jede Sicherheitsmaßnahme beiseitegesetzt werden darf. *Von einem gewissenhaften Arzt muß verlangt werden, daß er der Gefahr eines Zurückbleibens von Fremdkörpern in der Operationswunde irgendwie durch besondere Maßnahmen entgegenarbeitet.* Daß hier nichts dergleichen geschehen ist, hat das Berufungsgericht einwandfrei festgestellt. Dabei war dem Beklagten zu 1 die allgemeine Anordnung des leitenden Arztes zur Anwendung der Zählmethode bekannt. Der Beklagte zu 1 hat das auch nicht bestritten, er hat im Gegenteil zunächst sogar behauptet, die angeordnete Zählmethode sei auch im vorliegenden Fall angewendet worden. Danach hat das Berufungsgericht mit Recht ein Verschulden des Beklagten zu 1 festgestellt. Es hat dabei auch zutreffend darauf hingewiesen, daß auch das Gutachten der Universitätsklinik das Zurückbleiben eines Fremdkörpers in der Bauchhöhle als einen ‚unglücklichen Zufall‘ nur unter der — hier nicht gegebenen — Voraussetzung ansieht, ‚daß wirklich Sicherheitsmaßnahmen zur Vermeidung dieses unglücklichen Ereignisses getroffen worden sind‘. Es kann den Beklagten zu 1 auch nicht entlasten, daß die Operation durch die zunächst nicht vorgesehene Entfernung der Eierstockscyste kompliziert wurde. Mit irgendwelchen Komplikationen mußte der Beklagte zu 1 bei einer Bauchoperation, wie schon das Berufungsgericht zutreffend sagt, von vornherein rechnen. Die Unterlassung jeder Sicherheitsmaßnahme wird dadurch also nicht entschuldigt.“

In dem Urteil vom 30. Oktober 1936 (III 35/36) hatte sich das Reichsgericht mit dem *Zurücklassen von Tamponresten in der Wundhöhle und eine dadurch verursachte Darmfistel* gelegentlich der Operation einer Bauchhöhlenschwangerschaft zu befassen. Die Entscheidung zeigt, daß das Reichsgericht an seiner bisherigen Rechtsprechung bezüglich der Haftung des operierenden Arztes festhält.

Das Berufungsgericht bejahte einen fahrlässigen Kunstfehler des Beklagten. Es nimmt an, daß beim Entfernen der Tampons, die bei der Operation in der infizierten Wundhöhle zurückgelassen worden waren, um diese offen zu halten, dort ein Tamponrest von etwa 50 cm zurückgeblieben sei. Das Fehlen eines solchen Stückes hätte beim Ziehen der Tampons dem Beklagten, wenn er mit der gebotenen Sorgfalt vorgegangen wäre, um so weniger entgehen dürfen, als er nach seinem eigenen Vorbringen beobachtet hatte, daß Verbandgaze durch die Sterilisation mürbe geworden sei, und er deswegen bei der Entfernung der Tampons ganz besonders sorgfältig habe darauf achten müssen, ob nicht vielleicht ein Rest

der in der Wunde zurückgelassenen Tampons abriß und in der Wundhöhle zurückblieb. Die Revision bekämpft diesen Standpunkt des Berufungsgerichts. Sie rügt, daß das Berufungsgericht einen ärztlichen Kunstfehler im Gegensatz zu sämtlichen im Rechtsstreit als Sachverständige und Zeugen gehörten Ärzten angenommen habe, und meint, das Berufungsgericht könne zu seiner Auffassung nur infolge einer Überspannung des Begriffes der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt gelangt sein. Ein Rechtsfehler ist in dieser Hinsicht jedoch nicht ersichtlich. Das Berufungsgericht ist an die Gutachten der Sachverständigen, was die zur Frage des Verschuldens daraus zu ziehenden Folgerungen anlangt, keineswegs gebunden. Es hat sich im vorliegenden Falle mit den Gutachten, soweit es in seinen Folgerungen davon abweicht, auseinandergesetzt und seinen eigenen abweichenden Standpunkt ausreichend begründet. Seine Ausführungen sind durchweg zu billigen und lassen keine Überspannung der an den Sorgfaltsbegriff zu stellenden Anforderungen erkennen. Insbesondere ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn das Berufungsgericht gegenüber dem Ausgangspunkt des Sachverständigen Prof. X. annimmt, daß ein versehentliches Miteinlegen eines dritten Tampons in die Wundhöhle oder eines anderen Gazestückes nicht schlechthin, sondern nur unter besonderen — hier auch vom Beklagten nicht behaupteten — Umständen, wie sie etwa eine unmittelbar drohende Lebensgefahr und die dadurch hervorgerufene Eilbedürftigkeit der Operation begründen könnten, hätte entschuldigt werden können.

Das Urteil erscheint insofern nicht unbedenklich, als es bei der Bejahung eines Verschuldens des Arztes sich im Gegensatz zu den im Prozeß vernommenen Sachverständigen setzt.

VI. Physikalische Behandlung.

30. Röntgenbestrahlung.

Die Strahlenbehandlung hat eine große praktische Bedeutung gewonnen. Bei dem gegenwärtigen Stand der Technik und Erfahrung sind Schädigungen mit Sicherheit zu vermeiden, jedoch ist eine strenge Kontrolle durch den verantwortlichen Arzt unerläßlich. Es ist nun bei eingetretener Schädigung nicht ohne weiteres ein Verschulden des Arztes anzunehmen; es muß vielmehr ein bestimmter Anhalt für Vorliegen eines Kunstfehlers gegeben sein. Die Entscheidung ist im Einzelfalle häufig schwierig, und als Gutachter sollten nur Ärzte betraut werden, die über genaue Kenntnis der Strahlenwirkungen und der klinischen Krankheitsbilder verfügen.

Die im Vordergrund stehenden Röntgenverbrennungen werden aus Gründen der allgemeinen Übersicht bei dem Abschnitt „Verbrennungen“ (S. 146 ff.) behandelt.

Von einigen Röntgenologen wird hervorgehoben, daß manche Menschen eine besondere Empfindlichkeit für Strahlenwirkung am Unterkiefer haben. So wird über Entstehung von Unterkiefernekrose berichtet im Anschluß an eine Bestrahlung zur Beseitigung abnormen Haarwuchses (RYFELL, ESSER u. a.). Ebenso kann es nach Röntgenbestrahlung am Kopfe zu unvorhergesehenem *Haarausfall* kommen. Es liegen

uns zwei einschlägige Fälle vor, wo die Bestrahlungen zur Beseitigung von Rhagaden erfolgten. Der Vorwurf richtete sich gegen die Unterlassung der Abdeckung der nicht zu bestrahlenden Flächen, in denen nachher der Haarausfall eintrat. In dem einen Fall konnte der sichere Nachweis eines Verschuldens nicht geführt werden, in dem anderen lag zweifellos eine Außerachtlassung der üblichen Regeln vor.

In einem Falle war nach Bestrahlung einer Bauchgeschwulst bei einer Frau *Sterilität* eingetreten. Hier ergab die eingehende Prüfung, daß ein Fehler der Bestrahlungstechnik nicht nachzuweisen war.

Es ist bekannt, daß eines der dankbarsten Behandlungsgebiete der Röntgenstrahlen die *Lymphdrüsentuberkulose* darstellt. Während z. B. früher die tuberkulösen Halsdrüsen operativ entfernt wurden, führt die jetzt allgemein geübte einfachere und ungefährlichere Behandlungsart zu völliger Ausheilung unter Vermeidung entstellender Narbenbildungen. Schädigungen wurden hierbei relativ selten beobachtet. In einem uns vorliegenden Fall wurde eine später eingetretene Kehlkopferkrankung auf die Halsdrüsenbestrahlung zurückgeführt; der Nachweis war jedoch nicht zu erbringen.

Im Anschluß an die Durchführung einer *Nachbestrahlung nach operierter Krebsgeschwulst der Brustdrüse* kam es zu einem Rechtsstreit, dessen Ergebnis auch im medizinischen Sinne beachtenswert ist. Das Kammergericht hat das die Klage abweisende Urteil des Landgerichts bestätigt, indem es ausführte:

Es ist mit dem Landgericht davon auszugehen, daß die bei der Ehefrau des Klägers aufgetretene Schrumpfung der rechten Brusthälfte und Lunge eine Folge der von Dr. X. vorgenommenen Röntgenbestrahlungen ist. Das ergibt sich aus den überzeugenden Ausführungen des Gutachters Prof. Y. und wird auch von Prof. Z. angenommen.

Es kann aber nicht festgestellt werden, daß in der Art der Bestrahlung mit Rücksicht auf das Leiden der Patientin, über das der Sektionsbefund erst volle Klarheit geschaffen hat, ein offener Verstoß gegen anerkannte medizinische Regeln liegt; nur wenn dies der Fall wäre, könnte aber von einem Verschulden des zum Schadenersatz Verpflichteten gesprochen werden. Der Senat ist dem überzeugenden Gutachten des Prof. Z. beigetreten. Nach ihm hat eine Radikalooperation nicht vorgelegen, wie der Sektionsbefund beweist. Es sind nicht alle krebsigen Gewebe entfernt worden. Der Sachverständige hält die Annahme, daß schon zur Zeit der Operation die Metastasen nach dem Gehirn und nach der Wirbelsäule unterwegs waren, für weniger wahrscheinlich als die Annahme, daß die bei der Operation noch zurückgelassenen Krebskeime zunächst noch in dem durch die Bestrahlung in Angriff genommenen Gebiet lagen, durch die Bestrahlung auch eine geraume Zeit beherrscht wurden, schließlich aber doch wieder auflebten und dann mobil wurden. War es aber so, dann hat die Bestrahlung in lebensverlängerndem Sinne gewirkt, allerdings mit einer Nebenbeschädigung der Lunge, und das Auftreten von sog. Spätmetastasen war mit keinerlei Behandlungsmethoden mehr aufzuhalten.

Wenn der Sachverständige den Schluß zieht, daß bei dieser Sachlage es nicht nur gerechtfertigt, sondern absolut notwendig war, eine möglichst hohe Strahlen-

dosis auf das Operationsgebiet einschließlich der sog. regionären Drüsen des unvollständig entfernten Brustkrebses zu geben (Axillar- und Supraclaviculardrüsen), so ist das völlig einleuchtend.

Es kann bei der Sachlage, wie sie der Sektionsbefund ergeben hat, dahingestellt bleiben, ob in einem Falle, bei dem eine sog. Radikaloperation stattgefunden hat, die Behandlung mit sehr starken Dosen als ein Kunstfehler zu betrachten ist, und ob Dr. X. nur prophylaktisch hat behandeln *wollen*. Hier hat die Art der Behandlung mit aller Wahrscheinlichkeit lebensverlängernd gewirkt und kann deshalb nicht als falsch angesehen werden. Die Lungenbeschädigung mußte mit in Kauf genommen werden, denn sie war das kleinere Übel und ließ sich ihrem Umfang und ihrer Stärke nach keineswegs vorausschauend nach der verabfolgten Strahlendosis berechnen.

Aus dem Gutachten des Prof. Z. ist im übrigen zu entnehmen, daß bestimmte, allgemeine Regeln, die für jeden Fall der Bekämpfung des Krebses mit Röntgenstrahlen Gültigkeit haben, nicht bestehen und daß den Fachärzten, die unbestreitbare Erfolge bei der Art ihrer Behandlung erzielt haben, wie es bei Dr. X. der Fall ist, das Recht eingeräumt werden muß, in jedem einzelnen Krankheitsfall das zu tun, was er mit bester Ausnutzung der von ihm beherrschten Technik und seiner Erfahrung glaubt verantworten zu können. Diesem Grundsatz muß zugestimmt werden, und auch aus dieser Erwägung heraus ist es nicht möglich, gegen Dr. X. den Vorwurf zu erheben, daß er in vorliegendem Falle einen Kunstfehler begangen hat, wenn er nach den von der einen Seite anerkannten, von einer anderen Seite aber bekämpften medizinischen Grundsätzen verfahren ist.

In ähnlichem Sinne hat sich das Reichsgericht in einem Urteil vom 18. Februar 1936 (III 162/35) ausgesprochen.

Es hat die Frage, ob der behandelnde Arzt für die Folgen einer Überdosierung auch dann haftbar ist, wenn eine geringere Bestrahlung das lebensgefährliche Leiden des Patienten (tuberkulöse Lymphdrüenschwellungen) nicht behoben haben würde, bei folgender Sachlage verneint.

Der Kläger, damals 16jährig, war Ende 1917 an einer auf Tuberkulose beruhenden Lymphdrüsenanschwellung auf beiden Seiten des Halses erkrankt. Die für ihn zuständige Betriebskrankenkasse überwies ihn zur Behandlung dem Beklagten, der als praktischer Arzt (Facharzt) ein ihm gehöriges Röntgeninstitut betrieb. Der Beklagte verordnete eine große Zahl von Bestrahlungen mit Röntgenlicht, die im wesentlichen von seiner als Röntgenassistentin in dem Institut tätigen Ehefrau selbständig verabfolgt wurden. Die Behandlung dauerte bis in den April 1920. In den folgenden Jahren zeigten sich beim Kläger zunächst keine Röntgenschädigungen. Im Jahre 1928 traten Heiserkeit und Schluckbeschwerden auf. Am 7. November 1929 wurde er deshalb von dem ihn behandelnden Arzt (Dr. A.) in das Städtische Krankenhaus überwiesen, wo am 29. November 1929, weil große Atemnot mit Erstickungsgefahr bestand, der Luftröhrenschnitt ausgeführt wurde. Am 13. Dezember 1929 kam er in die Universitätsklinik, wo sich eine weitgehende Zerstörung des Kehlkopfes ergab, und der Prof. H. im März und im August 1930 die zerstörten Knorpelteile des Kehlkopfes entfernte.

Das Berufungsgericht hat auf Grund des Gutachtens des Prof. B., das durch das Gutachten des Prof. H. und das des Oberarztes Dr. J. unterstützt wurde, festgestellt, daß die Veränderung des Kehlkopfes beim Kläger eine Spätfolge der vom Beklagten vorgenommenen Röntgenbehandlung sei und daß dieser Spätschaden nicht eingetreten wäre, wenn der Beklagte geringere Dosen Röntgenlicht verabfolgt, größere Pausen eingelegt und die Behandlung nicht so lange ausgedehnt hätte. Es hat die vom Landgericht ausgesprochene Verurteilung des Beklagten bestätigt.

Die Revision des Beklagten vermißt eine Feststellung nach der Richtung, ob bei einer andersgestalteten, diese Spätfolgen vermeidenden **Bestrahlungsbehandlung** das damals bekämpfte Leiden, die tuberkulösen **Lymphdrüsenanschwellungen** des Klägers, hätten geheilt werden können, oder ob nicht vielmehr **dann der Kläger**, wie der Beklagte behauptet hatte, in kurzer Zeit an der Tuberkulose **zugrunde** gegangen wäre. Der Beklagte hatte geltend gemacht, die **Lymphdrüsenkrankung** des Klägers sei so schwer und so hartnäckig gewesen, daß sie eine besonders **eindringliche Bestrahlung** erfordert habe; wenn auch damit die Gefahr geringerer oder größerer Röntgenschädigungen verbunden gewesen sei, so habe das eben gewagt werden müssen, um die dem Kläger von der Tuberkulose drohende Lebensgefahr zu beseitigen. Von der Tuberkulose sei er geheilt; *die Beschädigung des Kehlkopfes müsse er in Kauf nehmen, wie etwa ein wegen Lebensgefahr Amputierter den Verlust des abgesetzten Gliedes.*

Diese Rüge erachtet das Reichsgericht für begründet. Weder der Sachverständige noch das Berufungsgericht haben sich darüber ausgesprochen, ob bei der von ihnen geforderten Beschränkung der Strahlenanwendung eine Heilung der, wie behauptet, „monströsen“ und besonders hartnäckigen Lymphome verbürgt gewesen wäre. Sei sonach für die Revision zu unterstellen, daß bei geringeren Lichtgaben das Leben des Klägers nicht hätte erhalten werden können, so könne dem Beklagten kein Vorwurf daraus gemacht werden, daß er so, wie geschehen, gehandelt habe, selbst auf die Gefahr hin, daß Röntgenschäden entstehen würden, die, wenn auch schwer, doch nicht lebensgefährdend seien.

Die vom Reichsgericht noch nicht entschiedene Frage, ob der Arzt auch für *Nebenerscheinungen bei Anwendung der Röntgenstrahlen* verantwortlich gemacht werden kann, dürfte zu verneinen sein.¹

Wie von uns an anderer Stelle² ausgeführt ist, handelt es sich hier im wesentlichen um Gewebsschädigungen infolge einer intravenösen Einspritzung. (S. a. S. 55). Die Einspritzung eines Kontrastmittels pflegen die Kranken zur Darstellung der Nieren und der Gallenblase zwecks Erzielung einer sicheren Diagnose zu erhalten. Es kann nun vorkommen, daß sich in der Vene, in die das Mittel hineingespritzt wurde, eine Blutstockung (Thrombose) bildet, oder daß die Venen sehr brüchig sind, und daß sich etwas von der Flüssigkeit in das umgebende Gewebe ergießt. In beiden Fällen entsteht eine schmerzhaftige Schwellung in der betreffenden Ellenbeuge, die meistens durch feuchte Verbände, Hochlagerung usw. nach einigen Tagen zurückgeht. Es gibt aber auch Fälle, in denen die bedeckende Haut abstirbt, und ein Geschwür entsteht, wenn ein Teil des Mittels in das Gewebe ausgetreten ist. Bei Beantwortung der Frage nach der Verantwortlichkeit des Arztes ist von folgenden Erwägungen auszugehen: Die Methode der intravenösen Injektion ist eine außerordentlich häufig ausgeübte technische Maßnahme. Die Verwendung des *Tetragnosts* hat sich insbesondere in der Gallenblasendiagnose eingebürgert, weil die Röntgenaufnahmen viel sicherere Schlüsse zulassen als bei Anwendung von Mitteln, die durch den Magen-Darmkanal

¹ Obwohl es sich um Röntgenuntersuchung handelt, wird der Fall aus Gründen der Übersicht an dieser Stelle behandelt.

² Der Chirurg 1936, 334.

gegeben werden. Es ist nun bei jeder intravenösen Injektion zu berücksichtigen, daß kleinere oder größere Schäden entstehen können. Der Grund hierfür beruht nicht allein in technischer Schwierigkeit, besonders wenn es sich um enge Venen handelt, sondern auch darin, daß chemisch sehr aktive Medikamente verwendet werden. Wenn diese in die Umgebung der Vene (paravenös) injiziert werden, so können mehr oder weniger schwere Gewebsschädigungen (Nekrosen) entstehen. Es entsteht nun die Frage, ob eine derartige Reaktion des betroffenen Gewebes zu vermeiden ist. Nach den reichen Erfahrungen in der praktischen Heilkunde mit intravenösen Injektionen wird allgemein der Standpunkt vertreten, daß auch bei größter Vorsicht eine Injektion der Flüssigkeit in das paravenöse Gewebe unter Umständen nicht zu vermeiden ist. Und es dürfte wohl kaum einen Arzt geben, dem eine derartige Komplikation noch nie passiert ist. Abgesehen davon, daß das Auffinden der Vene häufig schon schwierig ist, besteht eine weitere Schwierigkeit darin, die in die Blutbahn eingeführte Kanüle so zu halten, daß auch eine nachträgliche Verletzung der Venenwand vermieden wird. Sonach kann dem Arzt, der bei der intravenösen Injektion alle erforderlichen Vorsichtsmaßregeln anwendet, kein Vorwurf gemacht werden, wenn die oben angegebenen Gewebstörungen auftreten. Voraussetzung ist allerdings, daß der Arzt sich vor der Vornahme der Injektion der Zustimmung des Patienten versichert hat. Es wird in dieser Beziehung als genügend angesehen werden können, wenn der Arzt dem Kranken eröffnet, daß eine Einspritzung zwecks Röntgenologie erforderlich sei, und der Kranke dem nicht widerspricht. Zwar muß der Arzt den Patienten auf die gewöhnlichen Folgen einer Röntgenbehandlung aufmerksam machen. Aber es würde zu weit gehen, wenn man verlangen wollte, daß der Arzt den Patienten auch auf die möglichen Folgen der zum allgemeinen Rüstzeug der Diagnostik gehörenden intravenösen Injektion hinweise. Der Arzt kann für Gewebsschädigungen, die auch bei aller Vorsicht dem geschicktesten Arzt passieren können, um so weniger haftbar gemacht werden, als er ja in vielen Fällen eine Durchleuchtung des Patienten vornehmen muß und für den Schaden verantwortlich ist, der infolge unterlassener oder mangelhafter Durchleuchtung entstanden ist. Die Notwendigkeit einer einwandfreien Röntgenuntersuchung zwingt den Arzt gegebenenfalls — soll die Durchleuchtung nicht unvollständig oder ungenau bleiben — zur intravenösen Einspritzung. Es wäre nicht bloß eine Überspannung der Haftungsgrundsätze, sondern sogar eine Unbilligkeit, wenn der Arzt für die bei der notwendigen Injektion an sich nicht vermeidbaren Gewebstörungen haftbar gemacht würde. Nur wenn er fahrlässig handelt, z. B. wenn er den Austritt der eingespritzten Flüssigkeit in das umgebende Gewebe während der Injektion bemerkt und diese daraufhin nicht abbricht, ist

ihm die Störung zur Last zu legen. In einem solchen Falle haftet neben dem fahrlässig handelnden Arzt, der die Einspritzung vornimmt, gegebenenfalls der Chefarzt oder das Krankenhaus, als dessen Erfüllungsgelhilfe der einspritzende Arzt anzusehen ist.

31. Höhensonnebestrahlung.

Bei dieser Bestrahlungsart, die naturgemäß weit geringere Gefahrenquellen in sich birgt, kommen auch Verbrennungen vor, die ebenso später (S. 148) erörtert werden sollen. Andere Schädigungen sind nicht bekannt. Trotzdem kann es vorkommen, daß Regreßansprüche gestellt werden wegen angeblichen Zusammenhanges von Erkrankungen mit einer früher stattgefundenen Höhensonnenbestrahlung. Wir verfügen über einen Fall, wo der Eintritt von Lungenblutung im Verlauf einer Tuberkulose der Höhensonne zur Last gelegt wurde. Es erforderte eine gerichtliche Entscheidung, um die Ansprüche abzulehnen.

VII. Apparate, Verbände.

32. Prothese. Gipsverband.

Die Anwendung apparativer Hilfsmittel bedarf ärztlicher Kontrolle, um das Eintreten von Druckschädigung auszuschließen. Krücken sollten ganz aus dem ärztlichen Rüstzeug verschwinden. Es wurden hierbei Fälle von Fingergangrän infolge Druckschädigung von Nerven und Gefäßen beobachtet, ebenso in einem Falle Thrombose der großen Armarterie und Gangrän des gesamten Unterarmes. Gehapparate und -bügel bieten einen ausreichenden Ersatz.

Bei den Fortschritten der Prothesentechnik bieten sich bei Erkrankungen und Verletzungen genügend Möglichkeiten, um den Ersatzapparat den funktionellen Erfordernissen anzupassen. Schädigungen durch das Tragen einer *Prothese* werden fast ausschließlich in der Entstehung von Druckgeschwüren beobachtet, was bei dem gegenwärtigen Stand der Technik selten vorkommt. Bei Abnahme der neu angefertigten Prothese ist es daher angezeigt, dem Träger genaue Vorschriften zu geben, sich beim Auftreten leisester Druckwirkung zu melden; ferner sind gelegentliche Kontrolluntersuchungen anzuraten. Eine Haftpflicht für den Arzt, der die Prothese verordnete, kann aus der Entstehung von Druckgeschwüren nicht abgeleitet werden.

Daß auch von Patienten gegen die Verordnung einer Entlastungsprothese an sich Vorwürfe wegen Kunstfehler erhoben werden, lehrt ein von uns beobachteter Fall. Es handelte sich um einen schweren Grad von chronisch entartender Hüftgelenksentzündung mit teilweiser Versteifung, auch die anderen großen Gelenke zeigten ähnliche Veränderungen. Dem behandelnden Arzt wurde vorgeworfen, daß die von ihm

verordnete Prothese einen falschen Sitz hätte und dadurch das Bein in eine falsche Lage gebracht und lahmgelegt sei. Der Gutachter kam zu folgender Beurteilung:

„Für die Behandlung einer derartigen Gelenkentzündung ist das Tragen einer entlastenden Prothese durchaus angezeigt. Es wird dadurch bisweilen eine Verminderung der Schmerzen erreicht und auch gelegentlich eine Verzögerung der weiteren Ausbreitung . . . Es wird nun Dr. X. der Vorwurf gemacht, daß die Prothese einen falschen Sitz gehabt habe, und daß er die notwendige Nachprüfung unterlassen habe. Es liegen jedoch mehrere Zeugenaussagen vor, daß Dr. X. den Sitz der Prothese mehrfach prüfte. Er hat ferner, als über fortschreitende Schmerzen geklagt wurde, einen Facharzt für Orthopädie zugezogen, der mehrfach eine Änderung an der Prothese veranlaßte. Damit hat Dr. X. seine Sorgfaltspflicht erfüllt . . . Außerdem kann durch eine Prothese niemals eine Wirkung auf den Schenkelhals bzw. das Hüftgelenk in dem Sinne ausgelöst werden, daß eine Verbiegung des Knochens eintreten könnte . . .“

Im Zusammenhang mit einer *Gipsverbandbehandlung* kommt es häufiger zu Haftpflichtansprüchen gegen den behandelnden Arzt, die sich meist auf Druckschädigung beziehen. In einem Falle erfolgte zur Beseitigung eines angeborenen Spitzhohlfußes eine redressierende Operation mit anschließendem Gipsverband. Es kam zu schweren Ernährungsstörungen, die dem abschnürenden Verband zur Last gelegt wurden.

Seitens der Gutachter wurde eine mangelhafte Nachbehandlung darin gesehen, daß der Operateur am folgenden Tage keine Kontrolluntersuchung vornahm. „Nach einer Redression ist immer mit einem Auftreten von Blutergüssen zu rechnen. Deshalb ist es von größter Wichtigkeit, den angelegten Gipsverband, der das erzielte Redressionsergebnis festhalten soll, auf das genaueste zu kontrollieren. Auch der bei größter Vorsicht und technischer Vollkommenheit angelegte Verband kann zu eng werden . . . Durch die Zirkulationsstörung ist ein erheblicher Schaden am Unterschenkel entstanden, der ursächlich auf die nicht rechtzeitige Abnahme des Gipsverbandes zurückzuführen ist.“

In einem Fall von *Schenkelhalsbruch* waren im Gipsverband 2 Druckgeschwüre am äußeren Fußrand und an der Ferse entstanden. Dies wurde dem Arzt zum Vorwurf gemacht. Später wurde noch die Frage aufgeworfen, ob in höherem Lebensalter die Anwendung eines Gipsverbandes überhaupt sachgemäß sei.

Im Gutachten wurde darauf hingewiesen, daß sich die *Gipsverbandbehandlung* besonders bei älteren Leuten bewährt hat, die ja für diese Verletzungsart disponiert sind. Nach einer Statistik der Baseler Klinik (Schirmer) hatten 61% der so behandelten Patienten das 60. Lebensjahr überschritten, 4 Fälle sogar das achtzigste. — Es kommt naturgemäß auf den Allgemeinzustand an. Dieser stellte in dem vorliegenden Falle keine Gegenanzeige dar . . . Die *Entstehung eines Druckgeschwürs* ist bei jedem Gipsverband möglich und nicht auf eine fehlerhafte Technik zurückzuführen, sondern in manchen Fällen unvermeidbar. Die Angabe, daß Dr. X. nicht sogleich bei Auftreten von Schmerzen den Gipsverband entfernte, kann ihm nicht als ein Verschulden zur Last gelegt werden, da naturgemäß mit der Verbandentfernung auch die erfolgte Einrichtung der Bruchstücke gefährdet ist . . . Es ist zu berücksichtigen, daß die Art der Schmerzen, solange der Gipsverband liegt, meist so verschieden angegeben wird, daß man die Diagnose eines Druckgeschwürs überhaupt nicht stellen kann . . .

Die Frage, ob die Anlegung eines *ungepolsterten Gipsverbandes* be-
rechtigt ist, kam in einem weiteren Fall zur Erörterung. Es liegt nicht
im Rahmen dieses Buches, auf den wissenschaftlichen Meinungsstreit
hierüber näher einzugehen. Es genügt die Feststellung, daß viele Chir-
urgen nach dem Vorgang von BÖHLER den ungepolsterten Gipsverband
anlegen, weil die Erhaltung der Reposition des Knochenbruches und
die Entlastung sich besser durchführen lassen. Von den Anhängern
dieser Methode wird hervorgehoben, daß Druckschädigungen durch
exaktes Anmodellieren vermieden werden. — Gegenüber dem weiteren
Einwand, daß bei dem Bestehen einer Weichteilwunde der Gipsverband
nicht sogleich hätte angelegt werden dürfen, weist der Gutachter darauf
hin, daß nach Bedecken des oberflächlichen Weichteildefektes mit
Salbenlappen das Anlegen des Gipsverbandes statthaft war. Mit diesem
konnte nicht länger gewartet werden, da es sich um einen schweren
Zertrümmerungsbruch des Fersenbeins und Mittelfußknochenbruch
handelte, und somit wertvolle Zeit für die Behandlung verloren wäre.

„Es konnte nicht damit gerechnet werden, daß es später zu einer *Nekrose* kam.
Ihre Entstehung ist aber keinesfalls auf Belastung des Fußes im Gehgipsverband
zurückzuführen, sondern vielmehr auf unzureichende Ernährung dieses Bezirkes.
Sie kann ebensogut eintreten bei völliger Bettruhe.“

Die Entstehung von ekzematösen Hautveränderungen oder *Furunkulose*
unter dem Gipsverband wird gelegentlich beobachtet. Ein Ver-
schulden des behandelnden Arztes wurde in einem einschlägigen Falle
zurückgewiesen.

In zwei Fällen wurden Regreßansprüche gestellt wegen Weichteil-
verletzung beim *Aufschneiden eines Gipsverbandes*. In dem einen handelte
es sich nur um eine geringfügige Hautverletzung; aber in dem zweiten
Fall war bei Benutzung einer elektrisch betriebenen Kreissäge eine
Schnittverletzung entstanden, zu der eine eitrige Infektion hinzutrat;
nach längerem Krankenlager blieb eine Fußgelenksversteifung zurück.
Hier wurden die Ersatzansprüche vom Gericht für gerechtfertigt er-
klärt.

In einem vom Schweizer Bundesgericht als letzter Instanz ent-
schiedenen Haftpflichtprozeß wurde ein Arzt wegen verspäteter Spaltung eines
Gipsverbandes für haftbar erklärt. Der Fall lag folgendermaßen:

Beim Skifahren verunglückte am 9. März 1935 im Kanton Glarus ein 13jähriger
Knabe, wobei er einen Unterschenkelbruch erlitt. Der sofort herbeigerufene, im
Dorfe praktizierende Arzt verwendete zur Fixierung der Bruchstelle einen sog.
BÖHLERSchen Gipsverband, der bis zum Knie reichte und die Zehen frei ließ; es
ist das ein starrer, *ungepolsterter Verband*, der als modernes Verfahren empfohlen
wird, und der die bisher verwendeten weniger festen, gepolsterten Bruchverbände
vielerorts zu verdrängen vermochte. Im vorliegenden Falle stellten sich beim
Patienten schon wenige Stunden nach der Anlegung des Verbandes unerklärlich
heftige Schmerzen ein; die Zehen wurden violett und geschwollen. Gleichwohl
wurde der Verband nach einer Röntgenaufnahme, welche die richtige Einstellung

des Bruches ergab, unverändert belassen und erst am 11. März an einigen Stellen geöffnet, nachdem sich auch hohes Fieber und Schüttelfröste eingestellt hatten. In der Folge kam dann der Knabe wiederholt in Spitalbehandlung, aber ohne Heilerfolg; am 15. Juli 1936 mußte ihm zuerst ein Teil des Fußes, am 11. Juli 1937 der linke Unterschenkel amputiert werden. Die Ursache dieses notwendig gewordenen chirurgischen Eingriffs erblickte der Patient in der unangezeigten und fehlerhaften Anlegung des BÖHLERSchen Gipsverbandes durch den erstbehandelnden Arzt und reichte daher gegen ihn eine Schadenersatz- und Genugtuungsklage im Gesamtbetrage von 30000 Franken ein. Von den zuständigen kantonalen Instanzen ist dem Kläger unter Annahme eines Invaliditätsgrades von 45° und einem künftigen durchschnittlichen Monatsverdienst von 250 Franken für materiellen Schaden ein Betrag von 22500 Franken zugesprochen worden, wozu noch rund 2500 Franken als Genugtuungsleistung kamen.

Die vom beklagten Arzt eingelegte Berufung hatte keinen Erfolg. Das Bundesgericht nahm an, daß die Anlegung eines sog. BÖHLERSchen starren, ungepolsterten Gipsverbandes für einen Knochenbruch, wie ihn der Kläger erlitten hatte, an und für sich keineswegs fehlerhaft war. Es handelt sich hier, wenn auch nicht um eine ganz neue, so doch um eine moderne Methode, die bei Knochenbrüchen schon vielfach angewendet wird. Ein solcher Verband muß aber nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft unter allen Umständen *sofort nach der Anlegung seiner ganzen Länge nach aufgeschnitten werden*, da sonst die von der Knochenbruchstelle ausgehende Blutung in den vom Gipsverband unnachgiebig umschlossenen Geweben, in Venen und Arterien Zirkulationsstörungen eintreten, die gewebezerstörende Wirkungen zur Folge haben müssen. Mit der Spaltung des Verbandes hat aber der beklagte Arzt *zwei volle Tage zugewartet*, und darin liegt eine objektiv fehlerhafte Behandlung, welche die Amputation verursacht hat. Diese Verspätung muß aber als fahrlässig und damit als schuldhaft bezeichnet werden. Gewiß kann es dem Beklagten entgangen sein, daß der Erstvertreter dieses Verbandes in seiner Wiener Klinik diese Spaltungen empfiehlt. Wissen mußte er aber, daß man sich auch in der Schweiz in medizinischen Fachkreisen schon wiederholt mit dem Erfordernis der Aufspaltung starrer Knochenbruchverbände befaßt hat. Auf der Tagung der Schweizerischen Unfallärzte im Jahre 1927 in Luzern wurde das Thema eingehend behandelt, und dort ist auch von namhaften Gutachtern auf die Gefahren des BÖHLERSchen Verbandes hingewiesen worden, der zwar in der Hand des Meisters und in Spitälern mit der Möglichkeit ununterbrochener Kontrolle des Patienten Vorzügliches leistete, von dessen Verwendung dem frei und allgemein praktizierenden, nicht spezialisierten Arzt aber eher abzuraten sei. Solche Äußerungen namhafter schweizerischer Wissenschaftler und Praktiker dürfen einem in der Praxis stehenden Arzt vor allem dann nicht entgehen, wenn er sich zur Anwendung eines neueren Verfahrens entschließt. Das verpflichtet ihn, sich dann auch auf der Höhe der Wissenschaft zu halten und sich mit den Erfahrungen vertraut zu machen, die mit der neuen Methode gemacht werden. Das hat der Beklagte entweder unterlassen oder mißachtet; beides gereicht ihm zum Verschulden, so daß seine Haftung für den eingetretenen Schaden zu bejahen ist.

VIII. Besondere Erkrankungs- und Verletzungsformen.

33. Auge.

Unter den in der augenärztlichen Praxis vorkommenden Fällen, die gelegentlich zu Regreßansprüchen führen, steht im Vordergrund das nichtdiagnostizierte *Glaukom*. In zwei Fällen unseres Beobachtungs-

materials wurde wegen der besonderen Schwierigkeiten der Diagnosestellung ein Verschulden des behandelnden Arztes zurückgewiesen.

Schwieriger lagen die Zusammenhänge, wo die Augenerkrankung bei einem Patienten zum Ausbruch kam, der wegen einer akuten Bauch-erkrankung sich in stationärer Behandlung befand. Die Erscheinungen am Auge wurden zuerst als Regenbogenhautentzündung gedeutet und mit Atropin behandelt. Nach der Feststellung, daß es sich um grünen Star handelte, war der Verlust der Sehkraft nicht mehr aufzuhalten. Es wurde nun dem Arzte vorgeworfen, daß er durch Verabreichung druck-erhöhender Mittel die Erblindung verschuldet habe. Nach Einholung verschiedener Gutachten, die übereinstimmend den atypischen Krankheitsverlauf und die damit verbundenen Schwierigkeiten der Diagnose hervorhoben, kam das Gericht zur Ablehnung der Ansprüche.

Im vierten Fall wurde einem Augenarzt, der vor 4 Jahren eine Behandlung wegen Fremdkörpers im Auge durchgeführt hatte, das Nicht-erkennen eines grünen Stars vorgeworfen. Diese Anschuldigung wurde gestützt auf die angebliche Äußerung eines anderen Arztes, der jetzt wegen Glaukom behandelte, daß diese Krankheitsform schon vor 4 Jahren vorgelegen habe.

Zwei weitere Fälle betrafen *Splitterschläge* des Auges. Nach Entfernung von Holzsplintern trat eine Entzündung des anderen Auges ein. Zur Vorbeugung einer sympathischen Ophthalmie mußte das verletzte Auge operativ entfernt werden. Die Regreßansprüche wurden unter Ablehnung einer unsachgemäßen Behandlung zurückgewiesen.

In einem weiteren Fall war ein Metallsplitter von der Hornhaut entfernt worden. Nach einer Woche traten erneute Beschwerden auf, so daß der Verdacht auf weitere Splitter im Auge bestand. Nach Klinik-einweisung mußte wegen zunehmender Entzündungserscheinungen das Auge entfernt werden. Das Gericht kam zu der Überzeugung, daß der Arzt bei der ersten Behandlung und durch sofortige Zuziehung eines Augenfacharztes bei den ersten Anzeichen einer Verschlimmerung sach-gemäß verfahren ist.

In einem Fall von *Blenorrhoe* bei einem Säugling wurde der Verlust eines Auges der prophylaktischen Einträufelung zugeschrieben. In einem anderen wurden als Entstehungsursache eines Glaukoms die früher wegen Hornhautentzündung angewendeten Umschläge angegeben.

Bei einer im Anschluß an eine Verletzung aufgetretenen Infektion, die mit hinzugetretener symp. Ophthalmie zu einem Verlust beider Augen führte, wurde der Arzt zum Schadenersatz verurteilt, weil er nur Kratzwunden in der Umgebung beider Augenhöhlen festgestellt, dabei aber unterlassen habe, die Augen zu untersuchen.

Bei einer *Schußverletzung* des Auges wurde der Verlust der Sehkraft auf nicht kunstgerechte Operation zurückgeführt. Dieser Vorwurf

wurde durch das Gutachten entkräftet, wonach das Projektil in der Augenhöhle hinter dem Augapfel saß, und der Patient in die vorgeschlagene operative Entfernung nicht eingewilligt hatte.

Zwei weitere Fälle schließen sich an *Tränensackoperationen* an. Einmal wurde gegen den Operateur die Anschuldigung erhoben, nach Behandlung einer Tränensackphlegmone eine spätere Stirnhöhleneiterung verursacht zu haben. Im anderen Fall trat nach operativer Tränensackentfernung dadurch eine Komplikation auf, daß ein von einem benutzten Glasstab zurückgebliebenes Glassplitterchen eine Hornhautentzündung hervorrief, die zur Erblindung führte. Es erfolgte eine vergleichsweise Abfindung.

Von besonderer praktischer Bedeutung ist der letzte Fall, der eine bei Behandlung einer *Trigeminusneuralgie* entstandene Augenkomplikation beleuchtet. Das Landgericht hielt den Schadenersatzanspruch für gegeben, da eine ordnungsmäßige Nachbehandlung nicht erfolgt sei. In dieser Beziehung wurde im Urteil ausgeführt:

Wenn nun auch der Oberarzt Dr. X. den Eingriff selbst fehlerfrei vorgenommen hat, so hat er doch die ausnahmslos erforderliche Nachbehandlung nicht mit der nötigen Sorgfalt betrieben. Denn aus dem Gutachten des Prof. Dr. Y. ergibt sich, daß es der Regel widerspricht, wenn der Kläger nach der Einspritzung nach Hause entlassen wurde. Vielmehr ist es zur Vermeidung einer nach dem Eingriff in manchen Fällen auftretenden Hornhautentzündung erforderlich, das betroffene Auge mit einem Schutzverband zu versehen und mit einer Salbe zu behandeln.

Dies hat der Oberarzt Dr. X. unstreitig unterlassen.

Aus dem Gutachten des Dr. J. ergibt sich nun weiterhin, daß die zarte Hornhautnarbe, die er bei seiner Untersuchung an dem rechten Auge des Klägers festgestellt hat, eine Folge der nach der Alkoholeinspritzung aufgetretenen Hornhautentzündung ist. Diese Entzündung hätte aber durch eine sachgemäße Nachbehandlung verhindert werden können, oder zum mindesten hätte der Versuch gemacht werden müssen, sie zu verhindern.

34. Ohr.

Auf ohrenärztlichem Gebiete liegen 2 Fälle von Trommelfellverletzung vor, die sich bei Ausspülung des äußeren Gehörganges ereigneten. In dem einen war infolge Abbrechens des metallenen Haltergriffs die Metallspitze eingedrungen; der entstandene Trommelfellriß heilte folgenlos aus. Es erfolgte eine Regelung auf Vergleichsweg. — In dem anderen Fall schloß sich eine Mittelohrentzündung an; ein Verschulden des behandelnden Arztes konnte nicht nachgewiesen werden.

In einem weiteren Falle wurde nach Operation der Stirnhöhle der Arzt beschuldigt, eine Verletzung des Tränensacks verursacht zu haben. Auch hier wurde der Zusammenhang von dem Gutachter nicht anerkannt.

35. Hernien.

Nach der operativen Behandlung von Leistenbrüchen mit dem üblichen Verfahren nach BASSINI, das von NORDMANN als bestes und nicht zu übertreffendes bezeichnet wird, treten gelegentlich Schädigungen am Hoden auf, die sich in Entartungserscheinungen geltend machen. Diese *Hodenatrophie* bringt naturgemäß eine körperliche und psychische Beeinträchtigung für den Operierten mit sich, und es kommt daher auch nicht selten zu Anschuldigungen gegen den Arzt und Regreßansprüchen. Es liegen uns 5 Fälle aus verschiedenen Krankenhäusern vor, die alle das gleiche Merkmal bieten: der Hoden der operierten Seite ist bis zu Bohnengröße geschrumpft.

Über das Vorkommen dieser Hodenveränderung, die auch bei ungestörtem Wundverlauf eintreten kann, liegen im chirurgischen Schrifttum Mitteilungen mehrerer Universitätskliniken vor: Bonn = 3,25% bei Erwachsenen, 13% bei Kindern (WACHSMUTH), Frankfurt a. M. = 4,5% (NIESSEN), Heidelberg = 1,7% (ZUKSCHWERDT), Würzburg = 4,7% (STURM). Über die Ursachen sind die Ansichten noch geteilt. Es ist besonders nicht zu erklären, weshalb in einer großen Zahl von Fällen, die ebenso operiert wurden, die Hodenatrophie nicht eintritt. Deshalb kann die Unterbindung der Samenstranggefäße ebenso wenig auslösend sein wie die Gefäßwandschädigungen, die beim Abschieben des Samenstranges eintreten sollen. Es ist ebenso noch ungeklärt, ob Nervenschädigungen die Hodenatrophie hervorrufen können. Für diese Annahme würde eine Beobachtung von SOMMER sprechen, der auch nach einer Mastdarmoperation Hodenatrophie beobachtete und diese auf eine Verletzung des sacralen Grenzstranges bei Auslösung des Mastdarmes aus dem Kreuzbein zurückführt.

Aus der feststehenden Tatsache, daß Hodenatrophie vorkommen kann, ohne daß es bisher eine wissenschaftliche Erklärung für die Ursache gibt, muß der praktische Schluß gezogen werden, daß diese nicht der Operationsmethode oder -technik zur Last gelegt werden kann. Dieser Standpunkt spiegelt sich auch in einem Rechtsfall wieder, in dem das vom Patienten nachgesuchte Armenrecht versagt wurde, da nicht dargetan sei, daß der Arzt bei der ausgeführten Leistenbruchoperation fahrlässigerweise einen ärztlichen Kunstfehler begangen habe, als dessen Folge die Hodenschrumpfung eingetreten sei.

Von Regreßfällen, die eine Anschuldigung wegen unzulänglicher Operationstechnik zum Inhalt haben, liegen uns 2 Fälle vor. In dem einen war ein Schenkelhalsbruch einige Zeit nach der Operation wieder ausgetreten. — Über die Ursachen, die zu einem *Rezidiv nach Hernienoperation* führen, liegt eine ausführliche Darstellung von NORDMANN¹

¹ Der Chirurg 1939, 257.

vor. Aus seinen Ergebnissen ist abzuleiten, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ein Verschulden des Operateurs nicht anzunehmen ist.

In einem anderen Fall wurde dem Chirurgen vorgeworfen, einen Schenkelbruch übersehen zu haben. Dieser hatte unter der Annahme eines Leistenbruchs operiert, dabei aber nur eine Fettgewebsgeschwulst festgestellt und abgetragen. — Der Gutachter nahm als wahrscheinlich an, daß der Schenkelbruch durch das Lipom verdeckt wurde, und daß das Übersehen kein Verschulden darstellt.

36. Gynäkologie und Geburtshilfe.

Aus dem Gebiete der Frauenheilkunde liegen 40 Beobachtungen vor, von denen die überwiegende Zahl mit geburtshilflicher Tätigkeit zusammenhängt.

Unter den *gynäkologischen* Fällen wurden zweimal Regreßansprüche erhoben wegen *Harnleiterverletzung* bei Operationen. In dem einen handelte es sich um einen Scheidenvorfall; es trat Wundstörung ein, und wegen der festgestellten Harnleiterschädigung wurde die Entfernung der betreffenden Niere erforderlich. Der zweite Fall ereignete sich bei Entfernung einer Gebärmuttergeschwulst (intra-ligamentäres Myom). Ein Kunstfehler wurde in beiden Fällen nicht angenommen.

Es ist grundsätzlich darauf hinzuweisen, daß die Zahl der zufälligen Harnleiterverletzungen bei gynäkologischen Operationen größer ist, als nach den Veröffentlichungen anzunehmen wäre. Die Schädigung kann durch schneidende Instrumente erfolgen, ebenso wie durch Abklemmung oder Unterbindung. Dies sind jedoch die selteneren Fälle. Dagegen liegen auch Berichte vor, daß durch Zerrung und weitgehendes Freipräparieren eine Schädigung dieses Hohlorganes ausgelöst wird, die die Urinpassage aufhebt; auch benachbarte Ligaturen können eine Verziehung oder Stenosierung auslösen. Bei allen größeren Eingriffen an den Beckenorganen, zumal wenn ausgedehnte entzündliche Veränderungen vorliegen, besteht die Gefahr, daß der Harnleiter in Mitleidenschaft gezogen wird. Auch dem besten Operateur kann ein solches Mißgeschick unterlaufen.

Eine Beschuldigung des Arztes, daß durch seine Behandlung *Sterilität* eingetreten sei, erfolgte in 2 Fällen — nach einer Myomoperation und nach Strahlenbehandlung wegen Schleimhautwucherungen der Gebärmutter. Auf Grund der Gutachten erfolgte Ablehnung der erhobenen Ansprüche.

Die bisweilen schwierige Unterscheidung zwischen *Gebärmuttergeschwulst* und *Schwangerschaft* hat gelegentlich zu Fehldiagnosen geführt, die zu Regreßansprüchen Anlaß gaben. In unserem Falle wurde

bei Operation des vermeintlichen Uterusmyoms festgestellt, daß es sich um eine Schwangerschaft im zweiten Monat handelte. Es kam später zur normalen Geburt; ein Kunstfehler wurde abgelehnt.

Im Verlauf einer Gonorrhöebehandlung wurde dem Arzte der Ausbruch einer Gebärmutter- und Bauchfellentzündung zur Last gelegt. — In einem anderen Falle war eine durchgeführte temporäre Sterilisation ohne Erfolg, so daß Schwangerschaft eintrat. Es erfolgte eine vergleichsweise Regelung.

Eine zahlenmäßig größere praktische Bedeutung haben die dem *geburtshilflichen Gebiet* angehörenden Fälle.

Soweit diagnostische Fehler zugrunde liegen, handelt es sich hauptsächlich um Nichterkennung einer *Bauchhöhlenschwangerschaft*. Über die in manchen Fällen auftretenden Schwierigkeiten dieser Diagnose wurde in den Fachschriften häufig berichtet. Auch dem erfahrensten Frauenarzt kann die Diagnose zuweilen Schwierigkeiten bereiten. Sie treten am häufigsten auf bei atypischen Erscheinungen bezüglich der Blutungen. Bei diesem ungewöhnlichen Verlauf lassen sich diagnostisch Schlüsse gewinnen aus dem mikroskopischen Befund der durch Curettement aus dem Uterus gewonnenen Gewebsteile und durch biologische Schwangerschaftsreaktionen. Die Verkennung einer Bauchhöhlenschwangerschaft und damit verbundene Einleitung falscher therapeutischer Maßnahmen kann schwerwiegende Folgen mit sich bringen. Deshalb ist jedem Arzt dringend zu raten, bei unklaren Fällen stets an die Möglichkeit ihres Bestehens zu denken.

Von den uns vorliegenden 4 Fällen wurde wegen der nachgewiesenen diagnostischen Schwierigkeiten zweimal die Klage abgewiesen. Der dritte Fall wurde dadurch kompliziert, daß auf Grund des Diagnoseirrtums eine Douglas-Incision vorgenommen wurde, die eine Bauchfellinfektion nach sich zog. In dem letzten Fall wurde infolge Verkennung des Krankheitszustandes eine Bauchoperation erst vorgenommen, als Anzeichen von Darmlähmung eintraten. Auch in den beiden letzten Fällen konnte ein Verschulden des Arztes nicht nachgewiesen werden.

Eine größere Anzahl von Fällen schließt sich an Behandlung wegen *Abort* an. In zwei Fällen wurde wegen nachher aufgetretener Eierstocksentzündung gegen den Arzt der Vorwurf unsachgemäßer Behandlung erhoben, in einem weiteren Falle wegen fortgesetzter Blutungen. Ein vierter Fall betraf eine nach beendetem Abort aufgetretene septische Allgemeinerkrankung. Ein ärztliches Verschulden konnte niemals nachgewiesen werden.

In einem Fall ereignete sich bei Ausräumung der Gebärmutter eine *instrumentelle Perforation*. Mit dieser Verletzung ist gelegentlich zu rechnen, zumal der Uterus im Stadium des Abortes dazu disponiert. Es ist auch den Zusammenstellungen von gynäkologischer Seite zu ent-

nehmen, daß die Uterusperforation am häufigsten von ärztlicher Seite verschuldet wird. Ein ärztliches Verschulden ist aus der Entstehung der Verletzung nicht abzuleiten, die sich auch bei sorgsamster und technisch einwandfreier Durchführung der Ausräumung ereignen kann. „Auch der Fachgynäkologe wird gelegentlich einmal eine Uterusperforation zu verzeichnen haben“ (SIEGERT). — Anders zu beurteilen ist die Frage der Verantwortung, wenn die Verletzung nicht erkannt wird, und dann entsprechend die Curettage nicht sogleich abgebrochen wird. Hierbei entstehen dann im allgemeinen größere Verletzungen, während sonst ein Teil der Uterusperforationen auch durch konservative Behandlung zur Ausheilung kommt.

Als warnendes Beispiel sei ein letzter Fall erwähnt, wo im Anschluß an eine künstliche, durch Einlegung eines Laminariastiftes erfolgte Unterbrechung der Schwangerschaft eine septische Allgemeininfektion ausbrach, für die der Arzt regreßpflichtig gemacht werden sollte. Diesem wurde der Versicherungsschutz versagt, da im Strafverfahren vorsätzliche Abtreibung festgestellt wurde.

Das Zurückbleiben von *Nachgeburtsresten* wurde in 4 Fällen Gegenstand zur Nachprüfung, ob ein ärztliches Verschulden vorlag. Bekanntlich ist eine gründliche Revision der Placenta Vorbedingung, um eine Retention von Placentarresten zu verhüten. Es können aber auch besondere Umstände vorliegen, wobei die nicht vollständige Entleerung der Gebärmutter nicht der ärztlichen Betreuung zur Last gelegt werden kann. In drei Fällen konnte nachgewiesen werden, daß die Frau trotz Aufforderung nicht zur Nachuntersuchung erschienen war, in dem vierten Falle wurden die Ersatzansprüche vom Gericht abgewiesen.

Das Auftreten von *Infektionen* nach der Entbindung wird nicht selten einem Verschulden des Arztes oder Hilfspersonals zugeschrieben. Bei einem Todesfall an *Kindbettfieber* konnte einwandfrei nachgewiesen werden, daß die erforderlichen aseptischen und hygienischen Maßnahmen nach jeder Richtung erfüllt waren. — In einem anderen Falle von Puerperalinfection wurde dem Arzt vorgeworfen, eine innere Untersuchung unterlassen zu haben und außerdem die Patientin nicht sofort in die Klinik aufgenommen zu haben. Der Gutachter wies nach, daß die Nichtaufnahme einer Kreißenden vor Geburtsbeginn ein Versehen sei, das auch erfahrenen Geburtshelfern zustoße. Der Vorwurf einer ungenügenden Untersuchung wurde zurückgewiesen, da die äußere genüge. Bezüglich der Bemängelung der hygienischen Verhältnisse in der Klinik vertraten zwei Gutachter den Standpunkt, daß diese nicht Ursache des Kindbettfiebers sein könnten, dessen Übertragung vielmehr auf direktem Wege erfolge.

In einem weiteren Falle wurde das Auftreten einer *eitrigen Brustdrüsenentzündung* auf Unsauberkeit bei der Wochenpflege zurückgeführt.

Dieser Vorwurf war berechtigt, da die Pflegerin an einer Nagelbett-eiterung litt.

Als unberechtigt erwies sich dagegen die Anschuldigung gegen einen Arzt, durch nicht sorgfältige Beobachtung der Schwangerschaft Komplikationen bei der Geburt verursacht zu haben, die den Tod des Kindes zur Folge hatten. — In einem anderen Falle trat während der Schwangerschaft eine akute Appendicitis auf; durch die Operation wurde die Mutter gerettet, aber das Kind verloren.

Der Vorwurf gegen den Arzt, die angezeigten Maßnahmen zu spät ergriffen zu haben, wurde von dem Gutachter widerlegt durch die Schwierigkeit der Diagnose; der Wurmfortsatz wird normalerweise nach rechts oben verdrängt und liegt im 6. Monat etwa in Nabelhöhe. Bei der Operierten wurde aber festgestellt, daß der Wurmfortsatz im kleinen Becken fest verwachsen war und sich nicht vorziehen ließ.

Bei einem Neugeborenen, dem ein Auge fehlte, wurde die Behauptung aufgestellt, dieses sei bei der Geburt „ausgedrückt“ worden, was bei dem normalen Geburtsverlauf völlig unberechtigt war. — Ein anderer Geburtshelfer hatte sich gegen den Vorwurf zu verteidigen, vor der Entlassung keine Untersuchung vorgenommen und dadurch die später auftretenden Blutungen verschuldet zu haben. Die Klage wurde abgewiesen, da als Grund der Blutung ein Gebärmutterpolyp festgestellt wurde.

In einem anderen Fall von mit Erfolg durchgeführtem Kaiserschnitt wurde wegen „tiefer Schnitte“ (!) Anschuldigung erhoben.

Ein besonderes Interesse beansprucht ein Fall, bei dem erst 12 Jahre nach der Entbindung gegen den Geburtshelfer Ansprüche gestellt wurden¹, weil durch seine Maßnahmen eine Schädigung des Beckenbodens hervorgerufen sei. Das von der Frau nachgesuchte Armenrecht wurde allerdings vom Landgericht versagt und dieser Beschluß vom Kammergericht bestätigt, weil nach dem eingeholten Gutachten bei der Entbindung keinesfalls die Beschädigung der Beckenbodenmuskulatur verschuldet worden sei, diese vielmehr auch bei einem andern Verhalten nicht hätte vermieden werden können.

37. Gliedermaßen.

a) Gelenkversteifung.

Die Gelenkhöhle ist in höherem Maße für Infektionen disponiert als andere Körpergewebe. Sie erliegt gelegentlich blanden Infektionserregern, die sonst an der Widerstandsfähigkeit des Körpers scheitern. Es ist daher für alle Methoden, die eine Eröffnung der Gelenkhöhle mit sich bringen, das höchste Maß der Asepsis zu fordern.

¹ Daß noch nach so langer Zeit Schadenansprüche erhoben werden können, ergibt sich aus den Ausführungen über *Verjährung* X (S. 187).

Unter den diagnostischen Methoden wurde die *Röntgendarstellung des Kniegelenks* mit Einfüllung eines Kontrastmittels Gegenstand von Regreßansprüchen. Im Anschluß an die Füllung der Gelenkhöhle mit 4 ccm Uroselectan B war es zu einer Infektion gekommen und nach Ausheilung eine Versteifung dieses Gelenks zurückgeblieben.

Ein Zusammenhang der Infektion mit der 2 Tage vorher erfolgten Kontrastfüllung wurde von dem Gutachter als erwiesen angenommen, aber ein Verschulden des Dr. X. abgelehnt. Die angewandte Untersuchungsmethode des Kniegelenks ist üblich und nur mit einer geringen Gefahrenquelle verbunden. Auch die angewandte Technik entsprach den gültigen Vorschriften.

Wegen der *Behandlung* einer Kniegelenksentzündung mit zurückgebliebener Versteifung wurden Ansprüche gegen den Arzt gestellt: es handelte sich um eine schwer zu diagnostizierende Erkrankungsform, bei der zuerst eine Tuberkulose angenommen und Behandlung mit Röntgenbestrahlung und Gipsverband durchgeführt wurde. Späterhin wurde die Diagnose auf postanginöse Gelenkentzündung gestellt.

Der Gutachter wies darauf hin, daß die Ruhigstellung in jedem Falle richtig war. „Bei so schweren infektiösen Gelenkentzündungen ist eine Versteifung häufig nicht zu vermeiden; sie ist bisweilen noch das geringere Übel gegenüber der Gefahr einer Ausbreitung des infektiösen Prozesses.“

Der dritte Fall von Gelenkversteifung betraf einen *Riß der Knie-scheibenstrecksehne*. Nach der plastischen Operation trat eine Infektion ein mit Hautnekrose, Infektion und Versteifung des Gelenkes.

Die Frage, ob die durchgeführte Operation angezeigt war, wurde dahin beantwortet, daß es sich um eine schwere Verletzungsfolge handelte, die mit einer erheblichen Funktionsstörung des Kniegelenks verbunden ist. — „Die Kniescheibe wird nach oben gezogen, und wegen der fehlenden Verbindung mit dem oberen Schienbeinteil ist die Streckfähigkeit des Kniegelenks mehr oder weniger stark aufgehoben. Konservative Behandlungsmaßnahmen sind aussichtslos; dagegen führt die operative Behandlung, die in einem plastischen Ersatz der durchgerissenen Sehne besteht, in vielen Fällen zu einer Wiederherstellung der Streckfähigkeit. Gerade bei der Schwere der Funktionseinschränkung wird diese Operation von den Chirurgen angeraten.“

Die Frage, ob den Operateur an dem Mißerfolg ein Verschulden trifft, wird folgendermaßen beantwortet: „Auch bei technisch einwandfrei durchgeführter Operation am Knie kommt es gelegentlich aus unnachweisbaren Gründen zu einer Infektion. Dann ist die Gelenkversteifung die natürliche Folge. Es handelt sich um einen unglücklichen Zufall, wofür den Operateur kein Verschulden trifft.“

Anders zu beurteilen sind naturgemäß die *fortgeleiteten Infektionen* bei phlegmonösen Sehnenscheidenentzündungen. In einem einschlägigen Falle von Versteifung des Handgelenks wurde ein Fehler in der Behandlung abgelehnt.

b) Knochenbruch (Fraktur).

α) **Fehldiagnose.** In unserem Beobachtungsmaterial sind die an Knochenbrüche sich anschließenden Fälle weitaus in der Überzahl gegenüber allen anderen Erkrankungs- und Verletzungsformen. An erster Stelle steht die *Fehldiagnose*, wobei in diesem Zusammenhang auf die im Abschnitt „unterlassene Röntgenuntersuchung“ gegebene Darstellung verwiesen wird. Für die Begutachtung ist auch hier die Fragestellung maßgebend, ob eine andere Behandlungsmethode notwendig gewesen wäre, bzw. ob durch Nichterkennen der Verletzung ein Schaden entstanden ist.

Die Ursache von Fehldiagnosen ist meist darin zu sehen, daß *kein Frakturverdacht* besteht. So erklären sich drei unserer Fälle: Wadenbeinbruch, Nasenbeinbruch und Knochenabsprengung am Ellbogen; nur in letzterem Fall konnte eine Schädigung durch Funktionsausfall des Gelenks nachgewiesen werden, so daß eine vergleichsweise Abfindung erfolgte.

Eine weitere Fehlerquelle tritt dann auf, wenn beim Vorliegen anderer Verletzungsfolgen die Fraktur übersehen wird. So bestanden in einem Falle ausgedehnte Weichteilverletzungen an beiden Armen, wobei das gleichzeitige Bestehen eines Speichenbruches nicht erkannt wurde. In einem anderen Fall wurde einem Arzt vorgeworfen, nur den Oberarmbruch erkannt und behandelt, aber den ebenfalls vorhandenen Ellbogengelenkbruch übersehen zu haben. Hier wurde auch für die letztere Verletzung die durchgeführte Behandlung als zweckmäßig erkannt und die Klage abgewiesen.

Zur Vermeidung einer falschen Deutung des Röntgenbildes über Vorliegen eines Knochenbruchs ist jedem Arzt dringend zu raten, eine *Kontrollaufnahme* der anderen Seite zum Vergleich heranzuziehen. In einem unserer Fälle entstand eine lebhafte Erörterung über die Röntgendiagnose bei einem eingekeilten Schenkelhalsbruch. Diese war zweifellos sehr schwierig, aber durch Vergleich mit einer Röntgenaufnahme des anderen Hüftgelenkes in positivem Sinne zu entscheiden.

Bei den weiteren Fällen handelte es sich einmal um einen nicht diagnostizierten *Kahnbeinbruch* an der Hand. Die Beurteilung, ob die spezifische Behandlung mit Ruhigstellung im Gipsverband zur knöchernen Verheilung geführt hätte, ist im Hinblick auf die häufig beobachteten Pseudarthrosen immer schwierig. Es ist aber aus den Erfahrungen der Praxis abzuleiten, daß im allgemeinen bei Fehlen der üblichen Behandlung ungünstige Ergebnisse beobachtet werden. — Bei einem nicht erkannten *Fersenbeinbruch* wurde ein Verschulden des Arztes abgelehnt, weil die durchgeführte Behandlung mit Ruhigstellung, fixierenden Verbänden und späterer Heißluft und Massageanwendung sachgemäß und nicht geeignet war, eine Verschlechterung des Heilungsergebnisses herbeizuführen.

Die Diagnose eines eingekeilten *Schenkelhalsbruches* ist häufig schwierig. In zwei Fällen kam es zu einer Fehldiagnose, weil die klinischen Erscheinungen geringfügig waren. Der eine Verletzte konnte schon wenige Tage nach dem Unfall das verletzte Bein wieder belasten; auch ein zugezogener Facharzt hatte keinen Verdacht auf Fraktur. Der andere Fall war dadurch kompliziert, daß an dem verletzten Bein noch Folgeerscheinungen einer diphtherischen Lähmung vorlagen. Die durchgeführte Behandlung war in beiden Fällen trotz nicht gestellter Diagnose zweckmäßig.

Anders waren zwei Fälle zu beurteilen, bei denen eine schwere Form von Schenkelhalsbruch (sog. mediale) vorlag mit weitem Bruchspalt und Verschiebung. Bei dem einen Verletzten wurde „Muskel- und Sehnenzerrung“ angenommen und frühzeitig belastet, mit sehr ungünstigem Heilungsergebnis. Es erfolgte vergleichsweise Abfindung. — In dem anderen Fall kam der Gutachter zu folgenden Erwägungen:

Aus dem Bericht des Dr. X. ist zu entnehmen, daß er eine sehr mäßige Außenrotation feststellte. Sein Einwand, daß er sonst eine viel stärkere Außenrotation bei Schenkelhalsbrüchen gesehen habe, erscheint nicht stichhaltig; denn es genügte ja lediglich die Feststellung, daß der Fuß in Außenrotation stand. Dieses Kennzeichen muß bei jedem Arzt sofort den Verdacht erwecken, daß eine Verletzung am Schenkelhals vorliegen kann. Ferner gibt Dr. X. an, daß starke Schmerzen beim Anheben des Kniegelenks ausgelöst wurden; er folgerte daraus, daß die Beschwerden hauptsächlich am Kniegelenk lokalisiert waren. Man muß aber berücksichtigen, daß bei Untersuchung im Liegen gleichzeitig eine Beugebewegung im Hüftgelenk ausgeübt wird, was naturgemäß starke Schmerzen verursachte . . .

In einem Falle wurde mit dem Nichterkennen eines *Mittelfußknochenbruchs* die Notwendigkeit späterer Amputation in Zusammenhang gebracht. Dieser wurde abgelehnt, da einwandfrei das Vorliegen einer arteriosklerotischen Gangrän festgestellt wurde, die die Operationsanzeige ergab.

Bei einem *Beckenringbruch* wurde erst 1 Jahr nach dem Unfall durch Röntgenaufnahme die Diagnose gestellt, was trotz völlig wiederhergestellter Gehfähigkeit zu Regreßansprüchen gegen den zuerst behandelnden Arzt führte. Da aber die durchgeführte Behandlung richtig war und ferner 2 weitere Ärzte, darunter ein Chirurg, ebenfalls nicht eine Röntgenaufnahme für erforderlich gehalten hatten, wurde die Klage abgewiesen.

Bei *pathologischen Frakturen* liegt es in der Natur des Leidens, daß eine Fraktur leicht übersehen werden kann. Bei einem an Tabes leidenden Patienten wurde „Muskelriß am Oberschenkel“ angenommen und eine Röntgenuntersuchung des Schenkelhalses unterlassen. — Dieselbe Verletzungsfolge lag bei einem anderen an organischem Nervenleiden Erkrankten vor; hier kam es zu einer gerichtlichen Entscheidung.

Die gegen den Arzt erhobene Klage wurde abgewiesen, weil es ihm, als praktischem Arzt, nicht zum Verschulden anzurechnen sei, daß er

eine unrichtige Diagnose gestellt und eine Röntgenaufnahme unterlassen habe. Es müsse berücksichtigt werden, daß er als praktischer Arzt nicht über die nötigen Hilfsmittel verfügte, um die Diagnose im gegebenen Falle richtig zu stellen. Er habe denn auch, sobald er bemerkte, daß seine Behandlung nicht zum Ziele führte, von einer Weiterbehandlung abgesehen und den Patienten dem Krankenhaus überwiesen. Es wurde aber ein Verschulden des Krankenhauses angenommen, weil auch dieses keine Röntgenaufnahme machte.

Das *Reichsgericht* hat in einem Falle der unrichtigen Diagnose auf Schenkelhalsbruch, während eine Verrenkung im Hüftgelenk mit gleichzeitigem Bruch des Pfannenrandes vorlag, den Arzt eines Krankenhauses für die Folgen der entsprechend der unrichtigen Diagnose angeordneten falschen Behandlung und das Unterlassen einer nochmaligen Röntgenuntersuchung in dem Urteil vom 3. März 1936 (III 159/35) für verantwortlich erklärt. Seine Ausführungen gehen dahin:

„Das Berufungsgericht ist bei seiner Beurteilung des Rechtsstreites davon ausgegangen, daß die bei der Aufnahme des Klägers in das Krankenhaus L. festgestellte Diagnose auf Schenkelhalsbruch falsch gewesen ist, vielmehr eine Verrenkung im Hüftgelenk mit gleichzeitigem Bruch des Pfannenrandes vorgelegen hat, und daß infolgedessen auch die entsprechend der gestellten Diagnose erfolgte Behandlung eine unrichtige gewesen ist. Im Anschluß an die dem Berufungsgericht von den Sachverständigen erstatteten Gutachten hat das Berufungsgericht eine fahrlässige Behandlung darin erblickt, daß der Beklagte nicht Veranlassung genommen hat, sich nach Verlauf von 8—10 Tagen durch Vornahme einer nochmaligen eingehenden klinischen Untersuchung oder durch Aufnahme eines neuen Röntgenbildes von der Richtigkeit seiner Diagnose zu überzeugen. Es hat hierzu erwogen, es sei allgemein davon auszugehen, daß Röntgenaufnahmen erfahrungsgemäß so wenig Sicherheit bieten, daß sie grundsätzlich nur als ein Teil der notwendigen Untersuchungsmaßnahmen angesehen werden könnten. Dazu sei das am 8. September 1928 aufgenommene Röntgenbild unscharf und schlecht gewesen. Außerdem sei dem Beklagten die von Dr. H. gestellte Diagnose auf Hüftverrenkung und sein vergeblicher Einrenkungsversuch bekannt gewesen. Weiterhin habe der gesamte klinische Befund, Anhalten der heftigen Schmerzen über 5 Tage hin trotz Anlegens des Streckverbandes, Bestreben des Klägers, durch Aufsitzen seine Beschwerden zu verringern, den Beklagten stutzig machen müssen. Dies treffe auch für die nach dem Gutachten der Sachverständigen Dr. B. und Dr. S. und nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. C. typischen Erscheinungen einer Hüftverrenkung zu, nämlich Beugung des Oberschenkels in der Hüfte, Innendrehung des Beines, Verkürzung des Beines und anormale Stellung des Oberschenkelkopfes. Den Verdacht einer Luxation hätten die bezeichneten Erscheinungen auch in der Form, wie sie zutage getreten seien, jedenfalls nahelegen und dem Beklagten Veranlassung geben müssen, seine Diagnose kritisch zu überprüfen, und zwar um so mehr, als er auf Grund seiner Kenntnis von dem vergeblichen Einrenkungsversuch des Dr. H. mit einer gewissen Verschleierung des Krankheitsbildes habe rechnen müssen. Im Anschluß an das Gutachten des Prof. Dr. A. hat das Berufungsgericht angenommen, daß die Lage des Oberschenkels im Streckverband nach Verlauf von 8—10 Tagen sich so wesentlich gebessert hatte, daß die Anfertigung eines völlig einwandfreien Röntgenbildes möglich gewesen wäre, daß zu dem gleichen Zeitpunkte aber auch eine erneute klinische Kontrolle

die richtige Diagnose jederzeit hätte erkennen lassen. Nach der Feststellung des Berufungsgerichtes hat der Beklagte beide Maßnahmen unterlassen und sich dadurch eines fahrlässigen Verhaltens schuldig gemacht.

Die Revision wendet hiergegen ein, das Berufungsgericht habe nicht berücksichtigt, daß Prof. Dr. A. in seinem Gutachten ausgeführt habe, das Röntgenbild sei stark irreführend gewesen und die sichtbaren abgesprengten Splitter neben dem Schenkelhals hätten einen Schenkelhalsbruch vorgetäuscht, erst nachher habe sich herausgestellt, daß diese Splitter vom Pfannenrand und nicht vom Oberschenkel stammten. Sie vermißt eine Auseinandersetzung des Berufungsgerichtes mit diesem die Beklagte entlastenden Umstände. Die Rüge ist unbegründet. Freilich hat sich Prof. Dr. A. in seinem Gutachten dahin geäußert, das am 8. September 1928 erhaltene Röntgenbild sei stark irreführend gewesen; man habe aus ihm die Diagnose Verrenkung nicht mit Sicherheit stellen können, im Gegenteil hätten diesichtbaren abgesprengten Splitter neben dem Schenkelhals einen Schenkelhalsbruch vorgetäuscht. Das hat das Berufungsgericht aber auch keineswegs übersehen. Gerade weil das Röntgenbild irreführend war und eine sichere Diagnose nicht zuließ, hat es mit Prof. Dr. A. dem Beklagten nicht zum Vorwurf gemacht, daß er zunächst eine unrichtige Diagnose gestellt hatte. Auf der anderen Seite steht Prof. Dr. A. aber auch nicht auf dem Standpunkt, die Röntgenaufnahme sei so irreführend gewesen, daß sie zu der sicheren Annahme eines Oberschenkelhalsbruches habe führen müssen; er ist im Gegenteil der Meinung, daß das Röntgenbild eine sichere Diagnose nicht zugelassen habe, und daß deshalb schon allein die Tatsache, daß der Kläger von Dr. H. mit der Diagnose Hüftverrenkung in das Krankenhaus geschickt worden sei, nachdem diesem die Wiedereinrenkung nicht gelungen sei, dem Beklagten Veranlassung habe geben müssen, entweder durch eine genaue klinische Untersuchung oder durch Aufnahme eines einwandfreien Röntgenbildes die bisherige Diagnose nachzuprüfen, sobald, was nach etwa 8 bis 10 Tagen der Fall gewesen sei, der Zustand des Patienten eine dieser Maßnahmen gestattet habe.

Danach ist das fahrlässige Verhalten des Beklagten darin zu erblicken, daß er es unterlassen hat, nach etwa 8—10 Tagen durch Vornahme einer genauen klinischen Untersuchung oder durch eine neue Röntgenaufnahme die bisherige Diagnose zu überprüfen. Hätte er eine dieser Maßnahmen getroffen, so würde nach der insoweit gleichfalls rechtlich einwandfrei getroffenen tatsächlichen Feststellung des Berufungsgerichtes die Unrichtigkeit der bisherigen Diagnose erkannt und die wirklich bestehende Verletzung festgestellt worden sein.“

β) Knochenbruchbehandlung. Je nach der Art der eingetretenen Knochenverletzung muß die Behandlung in verschiedenartiger Weise durchgeführt werden. Es lassen sich hierfür wohl allgemeine Grundsätze aufstellen, aber schematische Vorschriften sind abzulehnen; vielmehr muß im Einzelfall der Arzt jederzeit in der Lage sein, sich den besonderen Umständen anzupassen. Die Notwendigkeit, die erreichte Stellung der Bruchenden durch Röntgenaufnahmen fortlaufend zu kontrollieren, wurde schon erwähnt. Hierbei ist jedoch eine Einschränkung zu machen: es kann trotz schlechter Stellung der Fraktur eine gute Funktion bestehen, deshalb muß auch vor einer Überschätzung des Röntgenbefundes gewarnt werden.

Es muß jedoch mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß eine genaue Röntgenkontrolle in den Fällen ausgeübt wird, wo mit der

Fraktur noch eine Verrenkungsstellung eines oder mehrerer Knochen oder Knochenteile eingetreten war. Es liegen uns 2 Fälle einer schweren Verletzungsform vor, nämlich *Verrenkungsbruch des oberen Sprunggelenks*. In dem einen war die Verrenkung des Sprungbeins nicht erkannt, in dem anderen blieb nach durchgeführtem Einrichtungsversuch infolge falscher Deutung des Röntgenbildes die pathologische Stellung bestehen. Es ist bekannt, daß die Einrichtung bei dieser Verletzungsart außerordentlich schwierig ist und auch dem geschicktesten Arzt mißglücken kann, besonders wenn die Knöchelgabel völlig auseinandergewichen ist. Es ist aber zu fordern, daß dann dem Verletzten rechtzeitig die Möglichkeit geboten wird, durch Durchführung einer operativen Behandlung die Gehfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß eine Knochenbruchbehandlung von Patienten und ihren Angehörigen häufig als unsachgemäß bezeichnet wird, wenn auffällige Deformierungen zurückbleiben, nämlich Winkelstellung, Verkürzung und Einschränkung der Gelenkfunktion. Es liegen uns zwei Fälle vor, wo die Bruchheilung mit *winkliger Abknickung* erfolgte. In dem Falle eines Oberschenkelbruchs wurde der Vorwurf erhoben, daß der Verband nicht rechtzeitig kontrolliert wurde. In dem weiteren Falle eines Bruches beider Vorderarmknochen war die Ruhigstellung im Gipsverband zu kurze Zeit durchgeführt worden, so daß später eine Verschiebung an der Bruchstelle eintrat.

Eine *Verkürzung* des Beins war einmal bei einem Oberschenkelbruch, im anderen Falle bei einem Unterschenkelbruch Anlaß zu späteren Regreßansprüchen. In dem ersteren Falle erfolgte eine vergleichsweise Beilegung, wozu mehr die später durchgeführten 2 Operationen als eine unsachgemäße Behandlung beitrugen, der andere Fall wurde abgewiesen.

Von Gelenkbrüchen, bei denen eine mehr oder weniger erhebliche *Gelenkversteifung* zurückblieb, handelte es sich um vier Speichenbrüche an typischer Stelle. Zwei Fälle wurden wegen unterlassener Einrichtung trotz festgestellter Dislokation vergleichsweise erledigt. In den beiden anderen erfolgte Klageabweisung, da nach dem Gutachten ein Behandlungsfehler nicht nachgewiesen werden konnte.

„Der Speichenbruch an typischer Stelle gehört zu den häufigsten Bruchformen, und die Behandlungsmethode ist auf Grund der besonders umfangreichen Erfahrungsergebnisse genau festgelegt. Danach handelt es sich in erster Linie darum, eine eingetretene Verschiebung der Bruchstücke auszugleichen und eine Fixierung für etwa 3 Wochen durchzuführen; es erfolgt dann medikomechanische Nachbehandlung . . . Es ist nicht bestritten, daß Dr. X. die Einrichtung vorgenommen hat. Wenn diese nicht in dem erwünschten Ausmaße gelang, so ist dem Arzt kein Vorwurf zu machen. Ein solcher wäre nur berechtigt, wenn der Repositionsversuch überhaupt unterlassen wäre . . .“

In einem Falle kam es zur Erörterung der *Abgrenzung der Verantwortlichkeit zwischen behandelndem Arzt und Röntgenfacharzt*. Bei einem

Ellenbruch mit erheblicher Verschiebung der Bruchenden war die gleichzeitig bestehende Verrenkung des Speichenköpfchens, die bekanntlich einen häufigen Nebenfund darstellt, von dem behandelnden Arzt nicht erkannt und behandelt worden, so daß ein ungünstiges Heilergebnis zurückblieb. Das Gericht folgte bei Beurteilung der Schuldfrage der übereinstimmenden Stellungnahme mehrerer Gutachter, daß der Fehler beim Röntgenologen liege. Dieser habe die Verrenkung des Speichenköpfchens in seinem Befundbericht nicht erwähnt; dieser sei aber für den behandelnden Arzt maßgebend.

Wegen der durchgeführten *Behandlungsart* wurde in 2 Fällen gegen die Ärzte ein Vorwurf erhoben: einmal sei die blutige Reposition einer suprakondylären Oberschenkelfraktur unnötig gewesen, in dem anderen Falle wurde eine Thrombose darauf zurückgeführt, daß Behandlung mit Hackenbruchschen Klammern und späterer Drahtextension erfolgt war. Beide Anschuldigungen wurden naturgemäß zurückgewiesen.

Auf die Frage der Behandlung *offener Knochenbrüche* leitet der letzte Fall über. Im Anschluß an eine schwere komplizierte Vorderarmfraktur trat eine Streptokokkeninfektion ein, die eine Amputation erforderlich machte. Es wurde darauf gegen das Krankenhaus die Beschuldigung unsachgemäßer Behandlung erhoben, weil erst nach 3 Tagen der Gipsverband angelegt wurde. Der Gutachter kam zu folgenden Ausführungen:

„Der offene Knochenbruch bringt stets die Gefahr einer Infektion mit allen ihren Folgen mit sich. Daher hat die Behandlung nach allgemein-chirurgischen Regeln zu erfolgen . . . Da in dem vorliegenden Falle eine oberflächliche Infektion der Wunde festgestellt wurde, so war das 3 tägige Abwarten sachgemäß. Auch der weitere Verlauf erwies, daß die zu Beginn der Behandlung angewandte Vorsicht durchaus berechtigt war und auf eine gewaltsame Einrichtung des Bruches verzichtet wurde . . . In ähnlich gelagerten Fällen hat sich die schonende Ausgleichung und Lagerung der Extremität auf Schiene als durchaus zweckmäßig erwiesen. Hier handelte es sich um eine Infektion mit hochvirulenten Erregern . . .“

In weiteren 6 Fällen kam es zu gerichtlichen Entscheidungen; soweit deren Begründung von praktischer Bedeutung ist, soll auf sie eingegangen werden. Durch das Urteil des Landgerichts X. vom 27. Oktober 1937 wurde die gegen die Ärzte und das Krankenhaus gerichtete Klage abgewiesen, weil der Sachverständige darin keinen Kunstfehler erblickt hat, daß die Ärzte übersehen haben, daß nicht nur das Schienbein, sondern auch das Wadenbein gebrochen war. Dies hätten die Ärzte aus der Röntgenaufnahme nicht feststellen können, weil die Bruchstelle hoch oben dicht unterhalb des Köpfchens gelegen und sich nicht mehr auf der Röntgenplatte projiziert habe. Es habe, wie das Landgericht annimmt, ein Irrtum der Ärzte, aber kein Kunstfehler vorgelegen.

In einem vom Landgericht und vom Oberlandesgericht zuungunsten des Klägers entschiedenen Fall wurde ein Verschulden des Arztes verneint, der beim Bruch beider Knochen des rechten Unterarms des Pa-

tienten einen gepolsterten Gipsverband angelegt, eine fortschreitende, die Abnahme des Arms nötig machende Infektion aber nicht hatte verhindern können. In den Gründen des Berufungsurteils wird u. a. ausgeführt:

Der Kläger sieht ein Verschulden des Beklagten zunächst darin, daß dieser alsbald einen zirkulären, d. h. allseitigen Gipsverband angelegt habe. Er meint, der Beklagte hätte, der „besonderen Infektionsmöglichkeit“ wegen, und um eine Zirkulationsstörung zu vermeiden, nur eine Gipsschiene oder -schale anlegen dürfen. Eine „besondere Infektionsmöglichkeit“ lag nach Ansicht des Klägers deshalb vor, weil äußere Verletzungen in der Nähe der Bruchstelle vorhanden waren. Dem kann nicht beigetreten werden. Liegen nämlich äußere Verletzungen überhaupt nicht vor, dann kann von einer Infektionsmöglichkeit nicht die Rede sein. Sind aber Verletzungen vorhanden, dann wird zu unterscheiden sein, ob Knochensplitter von innen nach außen durchgedrungen sind, ob umgekehrt bei Quetschungs- und Zertrümmerungswunden die Keime unmittelbar von der Außenwelt an die Bruchstelle herangetragen werden, oder ob — wie im vorliegenden Falle — die Fleischverletzungen mit der Bruchstelle nicht in unmittelbarem Zusammenhange stehen. Es mag sein, daß in der ärztlichen Wissenschaft für alle drei Fälle der Ausdruck „komplizierter“ (offener) Bruch üblich ist. Das besagt aber nichts dafür, daß die Behandlung in allen Fällen die gleiche sein müßte. In einem Falle wie dem vorliegenden kann jedenfalls von einer *besonderen* Infektionsmöglichkeit *nicht* die Rede sein. Der Senat ist daher der Auffassung, daß der Beklagte nach ordnungsmäßiger Behandlung der Wunde — einen zirkulären Gipsverband anlegen durfte, und daß er seiner Sorgfaltspflicht genüge, wenn er zur weiteren Beobachtung der Wunden Fenster im Gipsverband anbringen ließ. Daß die Fenster genügend groß waren, steht nach der Aussage des Zeugen fest, wird auch vom Kläger nicht mehr in Zweifel gezogen. Der Kläger macht auch nicht mehr geltend, daß die eigentliche Wundbehandlung unsachgemäß gewesen sei. Mit den Universitätsgutachten ist im übrigen anzunehmen, daß auch insoweit der Beklagte seiner Sorgfaltspflicht genügt hat, indem er die wunden Stellen mit einem trockenen, sterilen Verband bedeckte.

Der allseitige Verband war auch nicht deshalb unsachgemäß, weil etwa die Möglichkeit bestand, daß eine Schwellung eintreten werde. Wäre diese Auffassung, der der Kläger offenbar zuneigt, zutreffend, dann könnte wohl nie ein zirkulärer Gipsverband angelegt werden. *Nach Ansicht des Senats wäre der zirkuläre Verband nur dann unzulässig gewesen, wenn von vornherein eine starke oder zunehmende Schwellung zu beobachten wäre.* Das wird vom Kläger nicht behauptet. Der Beklagte hat somit seiner Sorgfaltspflicht genügt, wenn er den Arm laufend beobachtete und den zirkulären Verband bei den ersten Anzeichen von Schwellung abnahm. Das hat er auch, als sich am 29. November eine gewisse Schwellung bemerkbar machte, nach dem Zeugnis der Schwester X. getan. *Auf die Dichte der Polsterung kommt es daher nicht entscheidend an.*

In einem vom Landgericht durch Klageabweisung entschiedenen Falle handelte es sich um einen Unterarmbruch. Durch den eng sitzenden Schienenverband waren an der Hand Zirkulationsstörungen aufgetreten, die zum Absterben von Gewebsteilen und zu Eiterungen führte. Der Beklagte nahm deshalb einen operativen Eingriff vor. Die linke Hand der Klägerin ist jetzt fast völlig versteift und gebrauchsunfähig. Das Urteil führt zur Begründung der Klageabweisung u. a. aus:

Die Entscheidung über den Grund des Anspruchs war von der Frage abhängig, ob dem Beklagten bei der Behandlung der Klägerin ein Kunstfehler unterlaufen ist. Diese Frage war an Hand des Gutachtens des Prof. Dr. S. zu verneinen.

Danach sind zunächst die Vorwürfe der Klägerin, daß der Beklagte ihre Behandlung nicht ambulant habe durchführen dürfen und daß er bei dem operativen Eingriffe Sehnen verletzt habe, unbegründet. Nach dem Gutachten des Sachverständigen werden derartige Brüche in der Regel von allen Ärzten ambulant behandelt und bieten keine Veranlassung zur Krankenhausbehandlung. Ebensowenig war nach seinem Gutachten später eine Veranlassung zur Krankenhausüberweisung gegeben. Hinsichtlich der Verletzung von Sehnen, Gelenk u. dgl. bei der vorgenommenen Operation spricht sich Prof. Dr. S. ebenso bestimmt dahin aus, daß von etwas Derartigem keine Rede sein könne. Was sodann das zu feste Anlegen der Schiene anlangt, so verneint Prof. Dr. S. auch insoweit das Vorliegen eines Kunstfehlers. Wenn er dabei in seinem Gutachten sagt, daß Dr. M. seines Erachtens insoweit ein Vorwurf gemacht werden könne, daß er die Schiene zu fest anlegte, und dann fortfährt, daß er gleichwohl einen Kunstfehler darin nicht erblicken möchte, zumal Dr. M. gezwungen gewesen sei, den schwierigen Bruch richtig zu stellen, die Schiene genügend gepolstert habe, die Patientin unterrichtet und den Verband beim Wiedererscheinen der Patientin sofort entfernt habe, und weiter den eingetretenen Erfolg der Druckschädigung als unglücklichen Zufall bezeichnet, so ist das offenbar dahin zu verstehen, daß die von dem Beklagten getroffene Maßnahme, obwohl sie die Gefahr von Druckschäden in sich trug, an sich durch die Sachlage gerechtfertigt war und die von dem Beklagten gegen diese Gefahr getroffene vorbeugende Maßnahme den Regeln der ärztlichen Kunst genügt. Der Beklagte hat eben auch insoweit den Regeln der ärztlichen Kunst genügt, und lediglich der weitere Verlauf hat dann gezeigt, daß der Verband doch zu fest angelegt gewesen ist. Hierdurch kann aber eben von einem Kunstfehler oder einer Fahrlässigkeit des Beklagten nicht gesprochen werden, der ja nicht *der Klägerin für einen günstigen Heilungsverlauf einzustehen hat*, sondern nur dafür, daß er bei ihrer Behandlung alle Regeln der ärztlichen Kunst sorgfältig befolgt hat.

Den Vorwurf unrichtiger Behandlung eines Oberschenkelbruches hat das Kammergericht in dem Urteil vom 30. Oktober 1934 zurückgewiesen. In den Entscheidungsgründen wird u. a. ausgeführt:

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist als erwiesen anzusehen, daß dem Kläger¹ kein Kunstfehler zur Last gelegt werden kann. Im einzelnen ist hierzu zu sagen, daß die Belastung bei der Anwendung des Nagelstreckverbandes mit einem Gewicht von nur 20—22 Pfund durchaus angemessen war. Auch in dem Gutachten des vom Beklagten befragten Prof. Dr. X. ist dies nicht als Kunstfehler gerügt worden und Dr. Y. und Prof. Dr. Z. haben diese Belastung sogar für durchaus sachgemäß bezeichnet, ebenso wie auch Prof. M. Von diesem Sachverständigen ist mit Recht darauf hingewiesen worden, daß sich aus den Röntgenbildern mit völliger Klarheit ergibt, daß die Stellung des gebrochenen Knochens nach Anwendung des Nagelstreckverbandes mit dieser Belastung richtig war, woraus sich ergibt, daß auch die Belastung nicht zu niedrig gewesen sein kann. Dem Kläger kann auch kein Vorwurf daraus gemacht werden, daß er am 4. Februar 1931, nachdem sich Entzündungsstellen gebildet hatten, den Nagelstreckverband durch einen Pflasterstreckverband ersetzte. Prof. Dr. X. und Prof. Dr. Z. haben hierin keinen Kunstfehler erblickt, Prof. Z. hat sogar diesen Wechsel der Behandlung für durchaus sachgemäß bezeichnet. Es kann auch nicht zutreffen,

¹ Es handelt sich um eine Honorarklage.

daß bei dem Ersatz des Nagelstreckverbandes durch einen Pflasterstreckverband am 4. Februar 1931 die Bruchstelle nochmals gebrochen sei. Alle befragten Sachverständigen, Prof. Dr. X., Prof. Dr. M. und Prof. Dr. Z. halten einen erneuten Bruch schon deshalb für ausgeschlossen, weil aus den Röntgenbildern ersichtlich ist, daß bis dahin der Bruch noch gar nicht geheilt war. Dies war aber zurückzuführen lediglich auf Gründe, für die den Kläger keine Verantwortlichkeit trifft, nämlich darauf, daß die Callusbildung bei dem gebrochenen Knochen des Beklagten nicht in wünschenswerter Weise einsetzte. Dafür, daß bei diesem Verbandwechsel eine Verschiebung der Bruchstellen eingetreten ist, fehlt jeder Beweis. Dem Kläger kann auch kein Vorwurf daraus gemacht werden, daß er nach dem 4. Februar 1931 nicht mehr die Bruchstelle ständig durch Röntgenaufnahmen kontrollierte. Prof. Dr. X. hat dies zwar für einen Fehler gehalten, der Senat hat sich aber dem Gutachten des Prof. Dr. Z., der auch insoweit keinen Kunstfehler gerügt hat, angeschlossen. Auch darin, daß der Kläger den Beklagten mit einem Schienenhülsenapparat hat gehen lassen, liegt kein Kunstfehler des Klägers. Die Sachverständigen Dr. M. und Prof. Dr. Z. haben ausdrücklich erklärt, daß bei der gegebenen Sachlage nur in Frage gekommen wäre, einen blutigen Eingriff vorzunehmen, oder aber zu versuchen, den Beklagten auf die Beine zu bringen. Den blutigen Eingriff hielt auch Prof. Dr. Z. bei dem Körperzustande des Beklagten für zu gefährlich und auch der Beklagte selbst hat, wie aus der Aussage des Dr. Y. zu entnehmen ist, mindestens zu der Zeit, als der blutige Eingriff in Frage kam, einen solchen ausdrücklich abgelehnt. Daher blieb nur übrig, den Beklagten mit Hilfe eines Schienenhülsenapparates auf die Beine zu stellen. Daß dieser Schienenhülsenapparat unsachgemäß konstruiert worden sei, kann der Senat nicht annehmen; sowohl Prof. Dr. M. als auch Prof. Dr. Z. haben den Schienenhülsenapparat, der sich am Hüftknochen abstützte und der durch den Beckengurt noch über die Hüfte hinaus fixiert war, für alle Anforderungen entsprechend erklärt. Gegenüber diesem Gutachten hat sich der Senat der abweichenden Ansicht des Prof. Dr. X. nicht anschließen können. Er sieht daher als erwiesen an, daß der Kläger bei Behandlung des Beklagten keinen Kunstfehler begangen hat und daß die schlechte Heilung nur darauf zurückzuführen ist, daß der Körper des Beklagten die zur Heilung erforderlichen Heilstoffe nicht hergab.

γ) **Schädigung bei Frakturbehandlung.** Bei jedem Knochenbruch ist auch den Verletzungen der Weichteile das Augenmerk zuzuwenden, durch Feststellung einer *Nervenschädigung* den späteren unliebsamen Anschuldigungen zu begegnen, daß die Ursache in der angewandten Behandlungsart zu sehen sei. Bei der Häufigkeit der Beteiligung des Speichen- und Ellenknerven ist diese Vorsicht bei Armbrüchen besonders geboten; auch die Möglichkeit einer Spätschädigung des Ellenknerven ist zu berücksichtigen. — In einem Falle konnte durch operative Freilegung des Ellenknerven festgestellt werden, daß die Lähmung auf Kompression durch Callus zurückzuführen war. Es erfolgte dann Abweisung der Klage wegen Kunstfehlers, für die von der ersten Instanz schon das Armenrecht bewilligt war.

Bei der weitverbreiteten Anwendung, die die *Drachtextension* gefunden hat, ist es erklärlich, daß auch gelegentlich diese Methode als Ursache einer Schädigung angeschuldigt wird. Hierzu rechnet besonders eine Infektion des Bohrkanals, die schon gelegentlich zu Knochenabsceß oder Osteomyelitis führte. Als Hauptursache der Infektion wird von KIRSCH-

NER das seitliche Gleiten des Drahtes betrachtet, gegen das die Ansteck-scheiben oder Kugeln nicht sicher schützen; diese können sogar Decubitus erzeugen. Durch genaueste Beachtung der technischen Vorschriften können die Fehler und Gefahren, die gemessen an der ungemein häufigen Anwendung der Methode nur selten in die Erscheinung treten, noch weiter herabgemindert werden. Tritt jedoch eine derartige Komplikation ein, so ist genau zu prüfen, ob ein Verstoß gegen die üblichen Regeln nachzuweisen ist. In einem unserer Fälle kam es bei Behandlung eines Spiralbruches des Schienbeins zu einer *Drucknekrose* an der Ferse. Es war für den Gutachter zu erörtern, ob wegen geäußerter Schmerzen der Zugverband sofort hätte entfernt werden müssen.

„Es ist für den Erfolg einer Knochenbruchbehandlung keineswegs gleichgültig, wenn ein Zugverband vorzeitig gelöst wird. Es treten leicht Verschiebungen der Bruchstücke ein, die nachher nicht mehr zu beseitigen sind. Es gilt deshalb allgemein als Regel, den einmal angelegten Extensionsverband nur zu lösen, wenn hierfür eine unbedingte Anzeige vorliegt, z. B. wenn Temperaturerhöhungen auf eine Infektion an der Durchbohrungsstelle schließen lassen. Daß dagegen bei geklagten Schmerzen, die teils in den Unterschenkel, teils in die Fersengegend lokalisiert wurden, sogleich der Verband gelöst werden muß, ist nicht gerechtfertigt. Ein gewisses Maß von Beschwerden ist immer mit dieser Verletzungsart verbunden . . . Daß es in dem vorliegenden Fall zur Bildung eines Druckgeschwürs gekommen ist, ist eine bedauerliche Komplikation, für deren Entstehung aber weder die Methode noch der behandelnde Arzt verantwortlich gemacht werden kann . . .“

Ähnliche Gesichtspunkte waren in einem anderen Falle maßgebend, wo ein Druckgeschwür durch einen Heftpflasterstreckverband hervorgerufen wurde. Auch hier sollte der geklagte Juckreiz als Anzeige zur Entfernung des Verbandes geltend gemacht werden, wofür jedoch nach Lage der näheren Umstände keine Veranlassung vorlag. — Wie richtig es ist, die erörterten Beziehungen zu prüfen, geht daraus hervor, daß ein anderer Fall von Druckgeschwür infolge Leukoplaststreifen zuungunsten des Arztes entschieden wurde, entgegen der Stellungnahme des Sachverständigen.

Die Frage, ob der behandelnde Arzt für die Entstehung einer *ischämischen Kontraktur* nach Ellbogen- und Vorderarmbrüchen verantwortlich gemacht werden kann, ist von jeher Gegenstand gutachtlicher und gerichtlicher Entscheidungen gewesen. Früher herrschte die Ansicht v. VOLKMANN'S vor, daß einschnürende Verbände, die den Blutzufuß beschränken, die Ursache seien, und dem Arzt, der einen zirkulären Gipsverband angelegt hatte, wurde die Schuld zugesprochen. Diese Auffassung war nach den neueren Forschungsergebnissen nicht mehr aufrechtzuerhalten. War es schon auffallend, daß die Erkrankung fast nur bei Oberarmfraktur oberhalb des Ellbogengelenkes vorkommt, so wurde die bisherige Annahme des zu fest angezogenen Verbandes als Ursache vollends erschüttert durch die Beobachtung von Erkrankungsfällen, wo überhaupt kein Verband angelegt war; ferner wies A. BIER

darauf hin, daß in Fällen, wo die Esmarchsche Blutleere über das erlaubte Maß durchgeführt wurde, wohl Lähmungen sämtlicher Nerven, gelegentlich auch Brand des Gliedes beobachtet wurden, kaum jemals sei aber eine ischämische Kontraktur vorgekommen. Für ihr Zustandekommen werden jetzt in erster Linie Störungen der arteriellen Blutversorgung angenommen, durch direkte Schädigung des Blutgefäßes oder Druck des Blutergusses innerhalb der straffen Fascie. Daneben werden auch neuromuskuläre Schädigungen als auslösende Faktoren angegeben. Eine restlose Klärung dieser mit narbiger Umwandlung eines Teils der Beugemuskulatur einhergehenden, den betroffenen Gliedabschnitt funktionell schwer schädigenden Erkrankungsart ist noch nicht erfolgt, und v. DANCKELMANN weist hin auf die „noch unbekanntten Vorgänge im neuromuskulären Apparat, die zur Kontraktur führen“.

Von zwei Fällen ischämischer Kontraktur, die zu Regreßansprüchen führten, betrifft der eine Fall einen Knaben, der sich einen hochsitzenden Ellenbruch mit gleichzeitiger Verrenkung des Speichenköpfchens zugezogen hatte. Über die Frage des Zusammenhanges der ischämischen Kontraktur mit der Verrenkung brachte das von einer Universitätsklinik erstattete Obergutachten bemerkenswerte Erörterungen:

„Die Vorwürfe gegen die behandelnden Ärzte beruhen auf der Auffassung, daß eine ischämische Kontraktur durch äußere Maßnahmen hervorgerufen und durch rechtzeitiges Eingreifen verhütet werden kann. Da die Entstehungsbedingungen noch nicht vollständig bekannt sind, ist die obige Auffassung an den ärztlichen Erfahrungen nachzuprüfen . . . In Anbetracht der häufigen kindlichen Armbrüche ist die i. K. eine seltene Komplikation . . . Wenn man den Verband als mitwirkende Ursache ansprechen will, so muß man nachweisen, daß tatsächlich eine Abschnürung vorgelegen hat. Die Verletzung der Ellbogenarterie und nicht einmal der Bluterguß sind unerläßliche Vorbedingungen. Es sind auch Fälle beobachtet nach einfachem Fall auf die Hand ohne Bruch und ohne sichtbare Verletzung . . . Eine Stauung oder örtlichen Druck auf die Weichteile kann man durch rechtzeitiges Aufschneiden des Verbandes beseitigen, nicht aber die weitgehenden Veränderungen, aus denen sich schließlich die Kontraktur entwickelt . . . Die im einzelnen noch unbekanntten Ursachen brauchen nur wenige Stunden zu wirken, um den Kontraktur erzeugenden Mechanismus in Gang zu setzen . . . Es wird als Fehler bezeichnet, daß überhaupt ein zirkulärer Gipsverband angelegt wurde, ein einfacher Schienenverband hätte genügt. Man muß aber dem behandelnden Facharzt die *Wahl der Verbandtechnik* überlassen, die er für angemessen hält; nur er allein kann nach dem Eindruck beim Einrichten des Bruches beurteilen, welcher Verband zur Vermeidung eines Abweichens der Bruchstücke notwendig ist . . . Die *Spannungsblasen* sind gewöhnliche Erscheinungen auch bei Brüchen, die überhaupt keinen ruhigstellenden Verband bekommen haben. Sie sind Wirkung der Stauung durch das Bruchhämatom, das zu übermäßiger Spannung und infolgedessen zur Ernährungsstörung bis zum Absterben der Haut führen kann . . . Es ist nicht anzunehmen, daß durch die nicht erkannte und deshalb nicht beseitigte *Verrenkung des Speichenköpfchens* die Kreislaufverhältnisse unter dem Gipsverband wesentlich verschlechtert sind. Die großen Gefäße der Ellenbeuge werden durch die Luxation nicht unmittelbar betroffen. Außerdem bleibt das Radiusköpfchen in der Gelenkhöhle des Ellbogengelenks, es verliert nur die Führung

durch das Ringband und folgt deshalb dem Muskelzug. Die Verhältnisse liegen hier anders als sonst bei Verrenkungen . . . Es läßt sich nicht beweisen, daß die Entstehung der ischämischen Kontraktur auf Fehler oder Unterlassungen in der Behandlung zurückzuführen ist, sie kann auch als Folge der Verletzung an sich eintreten.“

Bei dem anderen Fall, wo ebenfalls die Anlegung des Gipsverbandes bzw. nicht rechtzeitige Entfernung desselben als Kunstfehler angesehen wurde, erfolgte ebenfalls Klageabweisung.

δ) **Refraktur.** Einer der schwerwiegendsten Zwischenfälle in der Frakturbehandlung ist die *Refraktur*, d. h. die Entstehung eines erneuten Bruches an der Bruchstelle, bei der noch keine endgültige knöcherne Heilung eingetreten war. FRITZ KÖNIG hat für diese Form verzögerter Heilung den Begriff der „*Scheinheilung*“ aufgestellt und in aufschlußreichen Arbeiten die Frage behandelt, wann ein Bruch als geheilt angesehen werden kann. „Es gibt ungeheuer langsam vor sich gehende Prozesse bei der Knochenbruchheilung, und unter Umständen führen diese trotz scheinbarer klinischer Heilung überhaupt nicht zu einer anatomisch vollwertigen Wiederherstellung.“ Abgesehen von den zu Pseudarthrosen führenden Fällen kommt es in anderen zu scheinbarem Festwerden; aber die knöcherne Heilung ist nur vorgetäuscht. Bei Belastung kommt es dann zu einem Nachgeben bzw. Auseinanderweichen der Bruchstelle. — Zur Vermeidung dieser Komplikation ist stets neben dem klinischen auch das röntgenologische Prüfungsverfahren heranzuziehen. Der strahlenundurchlässige Teil des Callus ist für die Festigkeit des Knochens minderwertig. Auch GANGLER weist auf das unscharfe wolkige Aussehen des Callusgewebes hin, das zwar sehr reichhaltig sein kann, aber noch osteoide Beschaffenheit hat. — Die praktische Erfahrung lehrt, daß bisweilen trotz eingetretener Festigkeit der Bruchstelle die Heilung noch nicht zur Belastungsfähigkeit fortgeschritten ist, und daß ferner trotz röntgenologischer Feststellung von reichlichem Callusgewebe die Bruchstelle noch federnd sein kann.

Zur Vermeidung unliebsamer Überraschungen ist demnach die Heranziehung des maßgebenden röntgenologischen Befundes und die Kenntnis der für Scheinheilung sprechenden Anzeichen unerläßlich. Es ist noch die Feststellung von F. KÖNIG hervorzuheben, daß das Stadium der Scheinheilung lange Zeit bestehen bleiben kann.

Die mit einer Refraktur verbundenen Nebenumstände sind meist alarmierend, und die Entstehung wird daher nicht selten der Behandlung zur Last gelegt. So wurde in einem unserer Fälle, bei dem nach Röntgenkontrolle günstige, achsengerechte Heilung eines Oberschenkelbruches eingetreten war, durch Ausgleiten bei den Gehübungen eine Lockerung der Bruchstelle mit Abweichen des körperfernen Bruchstückes festgestellt; nach der erneuten Fixationsbehandlung war eine Versteifung

des Kniegelenks zurückgeblieben, die Anlaß gab zu Haftpflichtansprüchen gegen das Krankenhaus.

Im Gutachten wurde nachgewiesen, daß die Gelenkversteifung schon vor der Refraktur bestand, und auf die Lokalisation des Bruches nahe dem Kniegelenk zurückzuführen sei. Die Art der durchgeführten Gehübungen entsprach den allgemeinen Anforderungen, und der erneute Einbruch ist als ein Mißgeschick aufzufassen, aber nicht auf Verschulden des Krankenhauses zurückzuführen.

In einem anderen Fall von Oberschenkelbruch war ebenfalls eine Versteifung des Kniegelenks zurückgeblieben, die durch gewaltsame Bewegung in Narkose (*brisement forcé*) beseitigt werden sollte. Hierbei kam es zu einer Refraktur.

Der Gutachter bezeichnete diese als einen unglücklichen Zufall, der zum Risiko jeder Operation gehört. Dagegen war das Unterlassen rechtzeitiger sachgemäßer Maßnahmen, um den Schaden der Refraktur zu beheben, ein schuldhafter Fehler. — Der röntgenologische Sachverständige bemängelte die Unterlassung einer zureichenden Röntgenuntersuchung, d. h. Aufnahme in mindestens 2 Ebenen. „Die Notwendigkeit, in solchen Fällen mindestens 2 Aufnahmen zu machen, muß nicht nur dem Fachröntgenologen, sondern auch dem Fachchirurgen bekannt sein.“ — Das Gericht folgte der Ansicht des Gutachters und wies den Einwand wegen vorheriger Einverständniserklärung zur gewaltsamen Mobilisation des Kniegelenks zurück. „Die Berufung des Beklagten auf das *Einverständnis des Klägers* mit der gewaltsamen Lösung des Kniegelenks geht fehl. Mag der Kläger sich mit dieser Behandlungsart einverstanden erklärt haben, so hat er damit doch nicht auf Ansprüche verzichtet, die ihm infolge einer Schädigung durch Kunstfehler bei dieser Behandlung oder in ihrer Folge entstehen konnten.“ —

Auch der dritte Fall betrifft einen Oberschenkelbruch und führte zu einer beachtenswerten Entscheidung.

ε) **Behandlung in der Allgemeinpraxis.** Der letzte Fall liefert neben der uns beschäftigenden Fragestellung auch einen allgemeinen Beitrag über die *Zuziehung eines Facharztes durch den Allgemeinpraktiker*. Es wurden seitens eines Verletzten gegen den Arzt Regreßansprüche erhoben, weil er bei Behandlung des Knöchelbruchs keinen Facharzt zugezogen hatte.

Es ist nicht zu verkennen, daß der Praktiker bei der Behandlung von Knochenbrüchen zurückgedrängt ist. Verschiedene Gesichtspunkte sind hierfür maßgebend, unter denen hervorzuheben sind eine gelegentlich hervortretende Übersteigerung des Spezialistentums und ferner die zunehmende Neigung des Publikums, den Arzt für Mißerfolge haftbar zu machen. Andererseits sind auch die Anforderungen auf immer bessere Leistungen in der Frakturbehandlung, nicht zuletzt durch die Wirksamkeit der Berufsgenossenschaften, erheblich gestiegen. Es spricht im allgemeinen die Zuziehung eines Facharztes nicht für Unsicherheit, sondern vielmehr für Sorgfalt des behandelnden Arztes. Wenn man aber bedenkt, unter wie schwierigen äußeren Umständen die Praktiker vielfach arbeiten müssen, und wie sie auf Hilfsmittel verzichten müssen, die im klinischen Betriebe zu dem selbstverständlichen

Bedarf gehören, so kann man ihnen wohl zutrauen, die Grenzen ihrer eigenen Leistungsfähigkeit bei Behandlung von Knochenbrüchen zu kennen und danach eine Entscheidung zu treffen. *Allgemein gültige Regeln, wie der praktische Arzt sich im Einzelfalle verhalten soll, lassen sich nicht aufstellen.* Der mit allen Hilfsmitteln moderner Technik durchzuführenden Behandlung im Krankenhaus steht gegenüber, daß der Verletzte seinem häuslichen und beruflichen Kreis entzogen wird, und daß erfahrungsgemäß gerade bei leichteren Verletzungsformen eine neurotische Veranlagung sich leichter im Krankenhaus manifestiert als bei der streng individuellen Behandlung durch den Hausarzt.

c) Verrenkung.

Überprüft man das Beobachtungsergebnis bei einer großen Serie von Verrenkungsfällen, so ergibt sich als Fazit der dringende Rat, bei allen Quetschungen und Zerrungen eines Gelenkes eine ausreichende röntgenologische Untersuchung vorzunehmen. Es kann natürlich die klinische Diagnose einer Luxation sehr einfach sein; aber bei muskelstarken oder fetten Menschen, ebenso bei Vorliegen eines starken Blutergusses können auch für den erfahrenen Facharzt Schwierigkeiten entstehen, die nur mit Hilfe des Röntgenbildes zu klären sind. Die Erfahrung lehrt, daß bei gleichzeitigem Vorhandensein von Verletzungen, die mehr in die Augen fallen, eine Verrenkung leicht übersehen wird, z. B. eine Hüftluxation bei Oberschenkel- oder Beckenbruch, eine Schulterluxation bei ausgedehnter Weichteilverletzung der Schultergegend. Die häufige Fehldiagnose einer Sprungbeinverrenkung bei Knöchelbruch wurde bereits erwähnt.

Da das Nichterkennen einer Verrenkung einen folgenschweren Irrtum darstellt, so gehört es zur ärztlichen Sorgfaltspflicht, die Gefahrenquellen zu umgehen. Zur Erreichung dieses Zieles ergibt sich für die Ärzte die Pflicht, die *Röntgendiagnostik* auf ein Höchstmaß von Übung und Erfahrung zu stellen. Die technisch besten Aufnahmen sind zwecklos, wenn der Arzt nicht zu einer einwandfreien Beurteilung und Ausschaltung von Fehlerquellen imstande ist. Röntgenbilder in ungünstiger Projektion lassen keine eindeutige Beurteilung zu. Bei dem Verdacht einer Luxation ist Grundsatz, stets eine Aufnahme in 2 Ebenen vorzunehmen. Auch die Kontrollaufnahme des nicht verletzten Gliedabschnittes gibt wertvolle Aufschlüsse. Es ist weiterhin zu fordern, eine *Röntgenkontrolle nach* der Einrenkung vorzunehmen, auch wenn man des Behandlungserfolges noch so sicher zu sein glaubt. Wie häufig sind schon Täuschungen oder Relaxationen bei ausgedehntem Kapselriß vorgekommen; überdies sichert man sich auch gegen spätere Behauptungen von Nebenverletzungen, die auf die Einrenkung zurückgeführt werden.

Entsprechend der Häufigkeit einer *Verrenkung des Schultergelenks* liegen uns 7 Fälle vor, wo wegen nicht gestellter Diagnose Regreßansprüche gestellt wurden. Die Endergebnisse waren teilweise sehr ungünstige, so daß erhebliche Abfindungen eintreten mußten. Die Tatsache, daß bei der ersten Untersuchung der Arm fremdtätig erhoben werden konnte, spricht durchaus nicht gegen das Vorliegen einer Verrenkung. Sicher wäre bei genauer Prüfung die federnde Fixation festzustellen gewesen. — Es ist zu hoffen, daß bei Beherrzigung der Mahnung zur Röntgenuntersuchung derartige Fälle in Zukunft ausgeschaltet werden.

In einem Fall von leichter Verrenkungsstellung des Mittelgliedes der zweiten Zehe (Subluxation) wurde der Nachweis geführt, daß die röntgenologischen Anzeichen so geringfügig waren, daß durchaus Zweifel über die Diagnose bestehen konnten. Es war auch zu berücksichtigen die Seltenheit dieser Verletzungsform und das gleichzeitige Vorhandensein einer Deformierung im Sinne einer Hammerzehe.

Nach einer *Ellbogengelenksverrenkung* sollte der Arzt, der die Einrichtung vorgenommen hatte, späterhin für eine zurückgebliebene Streckbehinderung verantwortlich gemacht werden. Es erfolgte naturgemäß Klageabweisung, zumal der Arzt Röntgenbilder vorlegen konnte.

38. Nervenlähmung.

Die bei Injektionen und Narkose auftretenden Nervenschädigungen wurden in diesen Abschnitten (S. 42, 55) dargestellt. Es seien noch 4 weitere Fälle kurz angeführt, die einen weiteren Beitrag liefern, um Gefahrenquellen auszuschalten:

1. Nach Blutleere am Arm trat eine Lähmung des Speichennerven auf.
2. Nach Unterleibsoperation blieb eine Lähmung der Hand- und Fingerstreckmuskulatur zurück, die entstanden war durch Plexusschädigung infolge unsachgemäßen Haltens des Armes während der Operation.
3. Vollständige Armlähmung wurde hervorgerufen durch unzureichend angelegte Verbände bei schwerer Schulterverletzung. Dieser Fall wurde durch Vergleich beigelegt.
4. Im Anschluß an eine in Blutleere vorgenommene Operation einer chronischen Osteomyelitis trat eine leichte Lähmung des Peroneusnerven ein. Eine Entscheidung, ob der abschnürende Schlauch bei der Operation oder Schienendruck bei der Nachbehandlung die Ursache waren, war nicht möglich.

39. Verbrennungen.

Bei der großen Bedeutung, die Bestrahlung und Wärmeanwendung in verschiedensten Formen im ärztlichen therapeutischen Rüstzeug einnehmen, ist es erklärlich, daß Verbrennungsschäden nicht selten An-

laß zu Haftpflichtansprüchen werden. Dabei ist es von Interesse, daß in unserem Beobachtungsmaterial die *Diathermieverbrennungen* zahlenmäßig an der Spitze stehen. Über die Entstehung ist allgemein zu sagen, daß bei Beachtung der erforderlichen Vorschriften derartige Komplikationen zu vermeiden sind. Diese gehen dahin, daß die Platten vor jeder Behandlung glatt gewalzt werden, ferner daß sie fest an den betreffenden Körperteil angelegt und mit Sandsäcken beschwert werden müssen. Trotz zweckmäßiger Anbringung der Elektroden können an einzelnen Stellen stärkere Erwärmungen auftreten. Zur Abwendung eines Schadens muß daher grundsätzlich verlangt werden, daß die ausübende Assistentin oder eine Hilfsperson den Patienten unter dauernder Kontrolle hat. Es ist daher zweckmäßig, daß sie den Bestrahlungsraum nicht verläßt; wenn es vorübergehend geschieht, so muß vorgesorgt sein, daß der Patient bei stärkerer Hitzeempfindung sich durch Rufen oder Klingeln bemerkbar machen kann.

Bei der Entstehung ungünstiger Nebenwirkungen ist stets zu prüfen, ob der Patient bei auftretendem starkem Hitzegefühl den behandelten Körperteil, wenn auch nur in geringem Maße, von der Platte erhoben hat; der kleinste Luftzwischenraum genügt zur Entstehung einer Verbrennung. Auf diese Weise war in einem unserer Fälle eine Verbrennung dritten Grades am Gesäß zustande gekommen.

Eine Überempfindlichkeit der Haut gegen Wärmeeinwirkung wurde niemals beobachtet. Dagegen besteht eine erhöhte Gefahr bei *Herabsetzung der subjektiven Schmerzempfindlichkeit*, die bei organischen Nervenerkrankungen vorkommt. In diesen Fällen muß von Anwendung dieser Behandlungsmethode überhaupt Abstand genommen werden, oder es muß von vornherein die Stromstärke gering eingestellt werden. Bei zwei unserer Fälle handelte es sich um Tabiker, die ausgedehnte Verbrennungswunden an der vorderen Bauchwand bzw. am Knie erlitten.

In einem weiteren Fall wurde als Ursache der Diathermieverbrennung eine starke *Schweißentwicklung* an der Bestrahlungsstelle festgestellt. Es ist daher geraten, zwischen Haut und Elektrode eine Zellstofflage einzuschalten. — In einem anderen Fall wurde ein Versagen der Genauigkeit der Apparatur festgestellt. Dieser wurde vergleichsweise abgefunden, ebenso wie ein anderer, bei dem der Patient längere Zeit unbeaufsichtigt geblieben war. — In den übrigen 5 Fällen konnte ein Verschulden des Arztes bzw. seiner Hilfsperson nicht nachgewiesen werden.

Bei der Beurteilung von *Röntgenverbrennungen* sind *Spätfolgen*, die nach dem früheren Stand der Wissenschaft nicht voraussehbar waren, nicht auf fehlerhafte Maßnahmen zurückzuführen. Dagegen ist bei den sog. akuten Röntgenschäden ein strenger Maßstab anzulegen, besonders

auch im Hinblick auf die Entstehung schwer oder nicht heilender Röntgengeschwüre. — In einem Fall wurde als Ursache der Röntgenverbrennung festgestellt, daß an dem Apparat tags zuvor zu Lehrzwecken ein anderer Filter eingesetzt, und seine Auswechslung vergessen wurde. In einem anderen Falle war es wegen Überdosierung zu einer schweren Verbrennung der linken Bauchseite gekommen. Es erfolgte beidemal eine vergleichsweise Abfindung.

Bei Tiefenbestrahlung einer Bauchgeschwulst und ferner bei einer Röntgenkastration waren Verbrennungsgeschwüre entstanden, die ebenfalls auf technischen Fehler zurückgeführt wurden. — Besonders schwerwiegend gestalten sich die Fälle, bei denen noch ein kosmetischer Schaden hervorgerufen wird. In einem unserer Fälle kam es bei Röntgenbehandlung zur Beseitigung der Behaarung an der Oberlippe zu einer Verbrennung (s. a. S. 160) und in 2 anderen Fällen bei Behandlung tuberkulöser Halslymphdrüsen ebenfalls zu Verbrennungsgeschwüren.

Die nächste Beobachtungsreihe umfaßt *Verbrennungen durch Wärmflasche* und ist zu den schwerwiegendsten Nebenwirkungen von Behandlungsmaßnahmen zu rechnen. Es ist daher verständlich, daß alle Fälle zu entsprechenden Abfindungen führten. Es liegen 7 Fälle von Verbrennungswunden an den Füßen nach erfolgter Operation vor, deren Zustandekommen naturgemäß darauf zurückzuführen ist, daß der Zustand der Narkose noch nicht abgeklungen und die Schmerzempfindung entsprechend herabgesetzt ist. Durch strenge Anweisung an das Pflegepersonal müssen derartige Unfälle ausgeschaltet werden.

In einem anderen Falle kam es nach Auflegen einer nicht geschützten Wärmflasche wegen Eierstocksentzündung zu einer Verbrennung an der Bauchhaut, die eine Hautübertragung erforderlich machte, und in einem weiteren Falle zu einer Verbrennung bei einem Neugeborenen infolge Nachlässigkeit der Pflegerin.

In einem anderen Falle kam es zu einer Verbrennung eines Säuglings durch die völlig unverständliche Anwendung eines *Heizkissens*; auch hier erfolgte naturgemäß eine angemessene vergleichsweise Abfindung.

Anders zu beurteilen sind Verbrennungen, die bei Anwendung eines *Heißluftkastens* eintreten. In einem Falle mußte eine Absetzung des Vordergliedes der Großzehe erfolgen; es konnte aber eigenes Verschulden des Patienten durch Berühren der Kohlenfadenlampe nachgewiesen werden. In einem ähnlich gelagerten Falle wurde das Armenrecht versagt und dazu ausgeführt:

Bei der vorgetragenen Sachlage muß davon ausgegangen werden, daß die Verbrennungen des Klägers dadurch entstanden sind, daß er durch Bewegung des Beines mit den Lampen des Lichtbügels unmittelbar in Berührung gekommen ist. Da andere Stellen des Beines keine Brandverletzungen aufweisen, kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Verbrennungen durch eine auf Grund eines unsachgemäßen Zustandes des Lichtbügels hervorgerufene starke Überhitzung entstanden

sind. Bei dieser Sachlage aber wird sich nicht beweisen lassen, daß der Kläger durch indirekten Zwang dazu gekommen ist, die Bewegungen des Beines auszuführen.

Eine wegen Schädigung durch *Höhensonne* erhobene Klage wurde mit folgender Begründung abgewiesen:

Die Klägerin hat nicht nachweisen können, daß die Höhensonnenverbrennungen in ihren beiden Gesichtshälften von dem Beklagten in schuldhafter Weise verursacht sind, d. h. ob der Beklagte sich bei der Behandlung der Klägerin der Verletzung seiner ärztlichen Berufspflicht und der Grundsätze der medizinischen Wissenschaft schuldig gemacht hat. Durch das überzeugende und ausführliche Gutachten des Sachverständigen steht vielmehr fest, daß der vom Beklagten eingeschlagene Weg zur Heilung der Acne der Klägerin mit Höhensonne durchaus zweckentsprechend war. Die letzten Röntgenbestrahlungen der Klägerin haben am 23. Juli 1934 in B. durch Dr. M. stattgefunden, wie dieser glaubhaft bekundet. Erst am 31. August 1934 ging der Beklagte zur Behandlung der Klägerin mit Höhensonne über. Dieser zwischen den Bestrahlungen eingehaltene Abstand von gut 5 Wochen genügt, wie das Gutachten des Sachverständigen Dr. X. ergibt, den heutigen medizinischen Grundsätzen. Die Wirkung der vorhergegangenen Röntgenbestrahlung war in den 5 Wochen vollkommen abgeklungen. Die Bestrahlungen der Klägerin am 31. August 1934 und den folgenden Tagen stelle sich nicht als ärztlicher Kunstfehler des Beklagten dar, ebenso sind nach diesem Gutachten auch die Dauer und die Stärke der vorgenommenen Höhensonnenbestrahlungen nicht zu beanstanden. Den Beklagten trifft daher kein Verschulden an dem Entstehen der Brandwunden. Diese können vielmehr, wie der Sachverständige ausführt, andere Ursachen haben, wie z. B. natürliche Sonnenstrahlen. Diese Schlußfolgerung wird auch durch die Tatsache unterstützt, daß die Verbrennungserscheinungen bei der Klägerin erst nach der letzten Bestrahlung am 8. September 1934 auftraten, während Bestrahlungen schon am 31. August, am 2. September, 4. September und am 6. September 1934 von gleicher Dauer und Stärke keine Verbrennungserscheinungen hinterlassen haben. Die Bestrahlungen hätten daher schon, falls sie überhaupt ursächlich sind, in den vorhergehenden Tagen Verbrennungserscheinungen verursachen müssen. Auch die Behandlung der Klägerin mit Brandbinden und Salben ist nach dem Gutachten des Sachverständigen ebenfalls nicht zu beanstanden und ist in keiner Weise schuldhaft. Die Narbenbildung stellt sich nach dem Gutachten als gewöhnlicher Ausgang der schweren Acne der Klägerin dar, da diese in der Mehrzahl der Fälle derartige Narben zurükläßt. Diese Ansicht bestätigt jetzt auch der Zeuge Dr. Z., der als Facharzt zu einem solchen Urteil durchaus in der Lage ist. Auch der Zeuge Dr. Y. berichtet seine früheren Atteste der Klägerin bei seiner Vernehmung. Er hat sich inzwischen bei Fachärzten über den regelmäßigen Verlauf einer solchen Akne erkundigt und berichtet auf Grund dessen seine in den Attesten geäußerte Ansicht im Sinne des Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. X. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht eindeutig fest, daß den Beklagten bei der Behandlung der Klägerin, bei der Entstehung der Brandwunden und der Acnenarben kein Verschulden trifft.

Über Verbrennungen durch *Solluxlampe* an der Wange liegen 2 Fälle vor, bei denen einmal ein Verschulden abgewiesen wurde, im andern Fall erfolgte vergleichsweise Erledigung wegen zu langer Bestrahlungszeit und zu geringen Abstandes der Lampe vom Bestrahlungsfeld.

In weiteren Fällen kam es zu Brandwunden durch zu geringe Entfernung des *Heizofens*. Ein Säugling erlitt eine Verbrennung an der

Hand dadurch, daß das Bett zu nahe an ein Heizrohr geschoben wurde. In einem anderen Fall erfolgte bei einer gynäkologischen Untersuchung eine Verbrennung dritten Grades durch einen in unmittelbarer Nähe des Untersuchungsstuhls aufgestellten Heizofen. Beide Fälle wurden auf dem Vergleichswege abgefunden.

Bei dem letzten Falle handelte es sich um einen Unglücksfall gelegentlich einer Kieferröntgenaufnahme; durch Funkenüberschlag kam es zu Verbrennungen an Hand und Fuß.

Einen breiten Raum in der Rechtsprechung des *Reichsgerichts* nehmen die Schadenprozesse wegen *Röntgenverbrennung* ein. Die die Haftung des Arztes begründende Fahrlässigkeit bei der Durchleuchtung oder der Bestrahlung kann in der Überschreitung der Durchleuchtungszeit, in einer Überdosierung, in Bedienungsfehlern bei der Handhabung des Apparates u. a. bestehen.

Die grundlegende Entscheidung zu der Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Arzt für die Folgen einer durch die Durchleuchtung herbeigeführten Verbrennung haftet, ist das in der Amtl. Samml. 118, 41 abgedruckte Urteil des Reichsgerichts vom 16. September 1927. In dem betreffenden Falle fragte es sich, ob die Ursache der schweren Röntgenverbrennung der durchleuchteten Patientin in der zu lange ausgedehnten Durchleuchtung oder in einer fehlerhaften Bedienung des Apparates durch die Röntgenschwester zu suchen war. Wie das Reichsgericht ausführt, ist die *Haftung des Arztes zweifellos dann gegeben, wenn eine Überschreitung der nach den ärztlichen Erfahrungen zulässigen Durchleuchtungszeit nachweisbar ist*; denn die Dauer der Durchleuchtung hängt allein von den Weisungen des Arztes ab. Hat der Arzt die Ein- und Ausschaltung des Apparates angeordnet, und ist diesen Anordnungen Folge geleistet worden, so haftet er, wenn die zulässige Zeitgrenze überschritten und dadurch die Verbrennung herbeigeführt worden ist, sowohl wegen fahrlässiger Verletzung seiner aus dem Arztvertrag sich ergebenden Sorgfaltpflichten als auch aus unerlaubter Handlung.

Die gleiche Haftung tritt aber nicht ohne weiteres auch dann ein, wenn die Verletzung eine Folge von Mißgriffen der Krankenschwester bei Handhabung des Röntgenapparates gewesen ist. Vgl. hierüber unten unter IX, 44 und 45.

Ein weiteres Reichsgerichtsurteil von grundlegender Bedeutung ist das vom 19. Januar 1933 (RGZ. 139, 255). Der hier entschiedene Fall unterscheidet sich von dem oben erörterten dadurch, daß hier nicht eine Durchleuchtung, sondern eine Bestrahlung vorgenommen worden ist. Während die erstere die Anwesenheit und Mitwirkung des Arztes voraussetzt, der auch während der Durchleuchtung Anordnungen zu geben pflegt, ist die Bestrahlung ein Heilmittel, dessen Art und Weise wohl der

Arzt bestimmt, dessen Anwendung aber in Fällen der vorliegenden Art durch einen anderen erfolgt, nicht durch ihn. Diese Verschiedenheit hat zur Folge, daß der Arzt für die rein technische Durchführung der Bestrahlung durch die Röntgenschwester in der Regel nicht aufzukommen hat. Das gilt insbesondere, wenn die Bedienungsfehler sich auf die technische Seite der Anwendung der Röntgenanlage beziehen, wie die Befestigung der Abdeckungsplatten, und nicht die Befolgung der besonderen ärztlichen Anordnungen, besonders bezüglich der Bestrahlungsdauer betreffen.

Der Fall lag folgendermaßen: Im Jahre 1926 litt die Klägerin an einem Myom (Muskelgeschwulst) im Unterleib. Dr. B. behandelte sie und zog den als Chirurg und Frauenarzt in T. tätigen Beklagten zu. Auf Rat des letzteren, der wegen des starken Blutverlustes eine Operation für unmöglich hielt, unterzog sich die Klägerin zur Beseitigung der lebensgefährlichen Erkrankung einer Behandlung mit Röntgenstrahlen in dem Krankenhaus in T. Nach den Anweisungen des Beklagten, der die zu bestrahlenden Körperteile sowie die Zeit und Art der Bestrahlung bezeichnete, führte die in dem Krankenhaus seit dem 15. Januar 1927 tätige Schwester W. am 17., 19., 23., 25. und 31. Januar 1927 die Bestrahlung mit dem Röntgenapparat des Krankenhauses durch. An jedem dieser Tage wurde die teilweise wechselnde Körperstelle eine bestimmte Zeit hindurch einmal bestrahlt; nur am 25. Januar wurden 2 Bestrahlungen ausgeführt. Am 31. Januar wurde der rechte Unterleib bestrahlt. Bei der ersten Bestrahlung war der Beklagte zugegen; die Klägerin bezahlte die Bestrahlung an das Krankenhaus gemäß dessen Erfordern. Etwa 2 Wochen nach der letzten Bestrahlung zeigte sich vorn rechts am Unterleib der Klägerin eine Wunde, die sich trotz der Behandlung durch Dr. B. allmählich weiter ausbreitete und vertiefte. Sie war durch Verbrennung mit Röntgenstrahlen entstanden. Die Klägerin begab sich deshalb am 12. Mai 1927 in die Behandlung des Prof. Dr. X. in Z. und am folgenden Tage in die dortige von X. geleitete Universitätshautklinik, wo sie bis zum 23. September 1927 verblieb. Dort wurde die Infektion der Wunde mit Diphtheriebacillen festgestellt. Am 26. November 1927 stellte Prof. Dr. X. bei einer Nachuntersuchung fest, daß die Wunde verheilt war. Das Myom soll nach der Angabe des Beklagten fast ausgeheilt sein. Die Klägerin hat geltend gemacht, die Verbrennung sei auf die falsche Anweisung und Behandlung des Beklagten sowie auf Versehen der Schwester bei der Bestrahlung zurückzuführen. Sie habe für sie schwere gesundheitliche Folgen gehabt, und es seien solche auch für ihre ganze Lebenszeit zu erwarten. Dafür sei der Beklagte sowohl aus Vertrag als auch aus unerlaubter Handlung verantwortlich. Insbesondere hafte er auch für die Schwester, da diese seine Erfüllungsgehilfin sei.

Während das Oberlandesgericht den Zahlungsanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärte, hat das Reichsgericht das Urteil aufgehoben und die Sache an das Oberlandesgericht zurückverwiesen.

In den Gründen wird ausgeführt: Nach der Feststellung des Berufungsgerichtes ist die Verbrennung, die den schädigenden Gesundheitszustand herbeigeführt hat, auf folgende Weise entstanden: Entweder am 23. oder am 25. Januar 1927 verschoben sich während der Bestrahlung die aus Bleigummi bestehenden Abdeckungsplatten, welche die nicht zu bestrahlenden, aber den Einwirkungen der Strahlen an sich ausgesetzten Körperteile gegen diese schützen sollten, nach der Seite. Dadurch wurde im Verlaufe der weiteren Bestrahlung, insbesondere am 31. Januar, dem Bestrahlungsfelde auf dem rechten Unterleib eine größere Dosis Strahlen

zugeführt, als sie von dem Beklagten vorgesehen war und von dem Körper getragen werden konnte. Diese nicht vorgesehene Bestrahlung ist dadurch hervorgerufen worden, daß die mit der Vornahme der Bestrahlung beauftragte Schwester entweder die Abdeckungsplatten von vornherein nicht genügend befestigt hat, so daß diese sich ohne Zutun der Klägerin verschoben, oder daß die Klägerin unwillkürlich Bewegungen machte, die eine Verschiebung der Platten zur Folge hatten. In beiden Fällen hat die Schwester die Strahlenwirkung verschuldet. Denn es war ihre Pflicht, die Platten ordnungsmäßig zu befestigen. In jedem Falle mußte sie aber auch nach der besonderen Lage des Falles öfters die Bestrahlung unterbrechen und feststellen, ob die Platten noch ihre ordnungsmäßige Lage hatten. Hätte sie das getan, so hätte sie nach kurzer Zeit die Verschiebung bemerkt, die Platten in die richtige Lage gebracht und so eine längere, unzulässige Strahlenwirkung verhindert, die im Zusammenhang mit der späteren Bestrahlung des rechten Unterleibes die Verbrennung hervorgerufen hat.

Das Berufungsgericht nimmt weiter an, daß der Beklagte gleichfalls für die Durchführung der Bestrahlung, jedenfalls in gewissem Umfange, verantwortlich gewesen sei, da die W. auch seine Erfüllungsgehilfin gewesen sei. Dem trat das Reichsgericht mit folgender Begründung entgegen: „Mit der in RGZ. 118, 41f. veröffentlichten Entscheidung des 3. Zivilsenats ist davon auszugehen, daß der Arzt nur dann, wenn er den Röntgenapparat und die Bedienungsschwester zur Verfügung stellt und durch sie die Bestrahlung vornehmen läßt, sei es, daß es sich um seinen Apparat und seine Angestellte handelt, sei es, daß ihm von dritter Seite, hier also von dem Krankenhaus, Apparat und Schwester zu seinem Gebrauch überlassen sind, für Mängel des Apparates und Versehen der Schwester bei der Bestrahlung nach § 278 BGB. einzustehen hat.

Handelte es sich im vorigen Falle um eine Verbrennung infolge Verschiebens der Abdeckungsplatte, so betraf der vom Reichsgericht am 14. Juli 1927 entschiedene eine Verbrennung, die ihren Grund darin hatte, daß die Röntgenschwester vergessen hatte, den Filter einzulegen. Auch hier führt das Reichsgericht aus, das Einlegen des Filters als technischer Handgriff dürfe dem hierfür geschulten Personal überlassen werden; das Einlegen gehöre nicht zu den schwierigen Einstellungen, welche nach den vom 15. Röntgenkongreß am 27. April 1924 aufgestellten Leitsätzen der Facharzt zu überwachen habe. Trotzdem habe der Arzt nicht ohne weiteres darauf vertrauen dürfen, daß die Röntgenschwester den wichtigen Handgriff des Filtereinlegens auch tatsächlich ausführen werde, ehe sie den Strom einschaltete.

Ähnliche Ausführungen macht das Reichsgericht in einem Urteil vom 21. März 1935, wo ebenfalls das Nichteinlegen des Filters die Verbrennung der durchleuchteten Patientin verursacht oder mindestens mitverursacht hatte.

Die Nichtbeachtung des 1924 von der Deutschen Röntengesellschaft herausgegebenen Merkblattes über die Maßnahmen zur Vermeidung einer *Überdosierung bei Magenuntersuchungen* wurde auch in dem Urteil vom 3. September 1935 (II 325/34) dem Chefarzt eines Krankenhauses zum Verschulden angerechnet. Seiner Verurteilung lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Kläger war als Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse in M. am 12. Februar 1926 wegen eines Magenleidens in das dortige Städtische Krankenhaus aufgenommen worden. Der Beklagte war der Chefarzt des Krankenhauses. Es wurden beim Kläger im Krankenhaus 3 Röntgenuntersuchungen des Magens vorgenommen, die erste am 13. Februar durch den Vertreter des damals erkrankten Beklagten, die beiden anderen am 21. April und am 5. Mai 1926 durch den Beklagten selbst unter Assistenz der Röntgenschwester H. Diese bediente den Röntgenapparat. Am 10. Mai 1926 wurde der Kläger aus dem Krankenhaus entlassen. Bald danach wurde beim Kläger eine Röntgenverbrennung des Rückens festgestellt. Als Folge davon bildete sich ein Geschwür am Rücken des Klägers, das bisher nicht verheilt ist. Er behauptet, bei den letzten beiden Untersuchungen sei die Verbrennung am Rücken erfolgt, und fordert vom Beklagten wegen angeblichen Verschuldens bei der Vornahme der Untersuchungen Schadenersatz.

Der Beklagte wurde in allen drei Instanzen verurteilt. Das Reichsgericht führte u. a. aus: Das Verschulden des Beklagten bei den hier fraglichen Durchleuchtungen des Klägers erblickt der Berufungsrichter darin, daß ihm das im Jahre 1924 von der Deutschen Röntgengesellschaft herausgegebene Merkblatt über die Maßnahmen, die zur Vermeidung einer Überdosierung bei Magenuntersuchungen zu beachten sind, unbekannt war, er diese Bestimmungen aber als Röntgenarzt habe kennen müssen. Nach der einwandfreien Feststellung des Berufungsgerichts würde die Röntgendurchleuchtung bei ordnungsmäßiger Ausführung für den Kläger gefahrlos gewesen sein. Andere Ursachen als ein Kunstfehler bei Vornahme der Durchleuchtungen kommen nach der Annahme des Berufungsrichters nicht in Frage, insbesondere lag beim Kläger keine besondere Empfindlichkeit gegenüber Röntgenbestrahlung vor. Danach ist der Schluß, daß der Beklagte als Arzt einen Kunstfehler begangen habe, um so mehr gerechtfertigt, als er nach den Feststellungen des Berufungsgerichts das Merkblatt vom Jahre 1924 nicht gekannt und infolgedessen den Maßnahmen, die dort bei Magenuntersuchungen vermittels Durchleuchtungen als notwendig bezeichnet werden, keine genügende Beachtung geschenkt und die Schwester darüber nicht unterrichtet hat. Die Annahme des Berufungsgerichts, daß der Beklagte bei der Durchleuchtung des Klägers einen Kunstfehler begangen habe und ihm dies als Fahrlässigkeit anzurechnen sei, ist hiernach nicht zu beanstanden.

In zwei Fällen, die den Urteilen des Reichsgerichts vom 18. Oktober 1930 und vom 12. Mai 1931 zugrunde liegen, wurden die behandelnden Ärzte wegen Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht durch *zu starke Dosierung bei Röntgenbestrahlungen* zum Schadenersatz verurteilt. Die Urteile sprechen sich über den Begriff des Kunstfehlers und seiner Abgrenzung vom Begriff des Verschuldens aus, das eine Urteil setzt sich auch mit Ausführungen in dem Lehrbuch von SCHMIDT-HESSMANN auseinander.

Im ersten Fall handelt es sich um Röntgenbestrahlung einer Frau wegen Gebärmutterkrebs. Die Ehefrau des Klägers litt Ende 1920 an heftigen Blutungen der Gebärmutter; sie war schon 3mal deswegen ausgekratzt worden. Der beklagte Arzt hatte im Dezember 1920 wieder aufgetretene schwere Blutungen durch Jodpinselungen zum Stehen gebracht. Als am 1. März 1921 neuerdings überraschend besonders schwere Blutungen auftraten, die 15 Tage anhielten, schlug der Beklagte die operative Herausnahme der Gebärmutter vor; die Ehefrau des Klägers war aber damit nicht einverstanden, wählte vielmehr die vom Beklagten in zweiter Linie vorgeschlagene Behandlungsart, die Durchführung der Röntgenbestrahlung.

Sie wurde hierauf in der Zeit vom 21. bis 26. März 1921 im Röntgeninstitut zu A., dessen ärztlicher Leiter der Beklagte war, an Bauch und Rücken abwechselnd bestrahlt; die Bestrahlungen selbst führte eine Röntgenschwester nach den Weisungen des Beklagten aus. Einige Tage nach der letzten Bestrahlung zeigten sich Hautverbrennungen an Rücken und Bauch; diese Verbrennungserscheinungen wurden vom Beklagten unter Anwendung von milden Salben und Puder bekämpft, bis er sich (19. Juni 1921) in Urlaub begab. Zu dieser Zeit schienen die Verbrennungen an den Bauchfeldern fast vollständig verheilt, auch die Rückenwunden bis auf zwei pfennigstückgroße Wunden; eine Entzündung blieb aber hier zurück. Der Beklagte überließ dann die Fortsetzung dieser Behandlung nach seiner Anweisung der Ehefrau des Klägers selbst. Im Juli 1921 zeigte sich eine bedeutende Verschlimmerung der Verbrennungserscheinungen an Bauch und Rücken. Nun begab sich die Ehefrau des Klägers in die Behandlung eines ihr verwandten Arztes, des Zeugen X. in B., der die Umgebung der am Rücken befindlichen Verbrennungswunden mit 1proz. Kresol-Seifenlösung, danach noch mit Anästhesinsalbe behandelte. Die Entzündungen am Bauche behandelte er nicht. Die Absonderung der beiden Rückenwunden wurde aber immer stärker, so daß er am 29. Oktober 1921 die Patientin dem Gynäkologen Dr. I. in B. überwies; dieser entfernte die abgestorbenen Hautfetzen und Gewebeteile in 3 operativen Eingriffen mit Messer und Schere, zuletzt am 20. November 1921. Am 24. Januar 1922 wurde die Ehefrau des Klägers aus der Behandlung entlassen; aber weder die Bauch- noch die Rückenwunden waren verheilt. Eine vollständige Heilung der Ehefrau des Klägers ist nicht eingetreten.

Das Landgericht hat den Schadenersatzanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Die Berufung und die Revision des Beklagten wurden zurückgewiesen; letztere mit folgender Begründung: „Das Berufungsgericht hält für erwiesen, daß der Beklagte, indem er die unter Verwendung der Hauteinheitdosis vorgenommenen Bestrahlungen bereits nach Ablauf von 3 bzw. 4 Tagen wiederholt hat, einen erheblichen Kunstfehler begangen hat, und daß durch diesen Kunstfehler die schwere Verbrennung der Ehefrau des Klägers verursacht worden sei; es stellt dementsprechend fest, daß der Beklagte fahrlässig den Körper der Ehefrau des Klägers verletzt hat und aus diesem Grunde für den entstandenen Schaden haftet. Es hat die Bezugnahme des Beklagten auf das Lehrbuch von SCHMIDT-HESSMANN über Bestrahlungsversuche mit doppelter H.-E.-D. als unbehelflich erachtet mit der Ausführung, es ergebe sich aus dem ganzen Zusammenhang dieser Stellen im Lehrbuche, daß der Verfasser die Behauptung, eine gut anämisierte Haut vertrage die doppelte H.-E.-D., ohne daß eine spätere Reaktion zu befürchten sei, nicht als eine für alle Fälle gültige These hinstellen wolle, und daß er die Verwendung einer höheren Dosis als der H.-E.-D. nur in besonderen Ausnahmefällen für angebracht halte. Die Revision erklärt diese vom Berufungsgericht angeführte Einschränkung als den Ausführungen dieses Lehrbuchs offenbar widersprechend.

Ob die Beurteilung der fraglichen Stelle des Lehrbuchs durch das Berufungsgericht sachlich zutreffend ist, kann vom Revisionsgerichte nicht nachgeprüft werden. Jedenfalls befindet sich diese Auslegung in Übereinstimmung mit der, welche eben diesen Stellen der Sachverständige X. unter Zustimmung des Direktors der Universitäts-Frauenklinik, des Prof. Dr. Z., gegeben hat. Ersterer führt aus, daß diese Bemerkungen des Lehrbuchs von SCHMIDT-HESSMANN vom kritischen Leser nur dahin aufgefaßt werden können, daß diese höhere Röntgendosis bei Kompression der Haut und für Ausnahmefälle in Betracht kommt.

Im zweiten Fall, der eine *Röntgenbestrahlung der Vorstehdrüse* betraf, wurde dem Arzt namentlich vorgeworfen, daß er den Patienten auf Prostatakrebs anstatt auf Prostatavergrößerung behandelt habe. Der Kläger, der im Jahre 1924 Mitglied

der Allgemeinen Ortskrankenkasse in B. war, erhielt im Sommer 1924 von dem behandelnden Kassenarzt einen Überweisungsschein, nach dem er durch Röntgenbestrahlung der Prostata Drüse behandelt werden sollte. Auf Grund dieses Schreibens wurde der Kläger in dem Röntgeninstitut des beklagten Verbandes, zu dem sich die Allgemeine Ortskrankenkasse B. mit anderen Krankenkassen der Stadt B. zusammengeschlossen hat, von dem dort angestellten Arzt Dr. C. 2mal bestrahlt. Kurz nach der zweiten Bestrahlung zeigten sich bei dem Kläger in der Aftergegend Verbrennungerscheinungen durch Blasenbildung, die nach einer Behandlung durch den Arzt Dr. D. in E. nach einiger Zeit wieder zurückgingen. Im Juli 1925 zeigten sich an derselben Stelle tiefgehende Geschwüre, die mehrere Monate zur Heilung brauchten. Sie brachen im Sommer 1926 von neuem auf und heilten erst nach sehr langer Zeit.

Der Kläger, der wegen des Auftretens der Geschwüre 1925 und 1926 Stellen bei Behörden verloren haben will, nimmt wegen des ihm dadurch entstandenen Schadens den beklagten Krankenkassenverband in Anspruch, der das Verschulden Dr. C.s zu vertreten habe, weil er durch zu starke Bestrahlung die Geschwüre verursacht habe. Er führt hierzu aus: Dr. C. habe besonders bei der zweiten Bestrahlung technisch unrichtig gearbeitet, indem er den Apparat unsorgfältig zusammengeschoben, einen Filter vergessen und auch die Zeit der Bestrahlung nicht kontrolliert habe. Dr. C. habe weiter nicht nach der Diagnose des behandelnden Arztes Dr. F. gehandelt. Dieser habe ihn wegen Prostatavergrößerung überwiesen, Dr. C. aber habe auf Prostatakrebs behandelt und deshalb eine zu starke Dosierung angewandt.

Die Vorinstanzen haben den Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Reichsgericht wies die Revision des Beklagten aus folgenden Gründen zurück: „Die Rüge, daß die in den Vorinstanzen beigezogenen Gutachten Unklarheiten enthielten, und daß deshalb das angefochtene Urteil den Begriff des Verschuldens verkannt habe, ist unbegründet. Die Revision führt aus, beide Sachverständige S. und F. hätten keinen Kunstfehler festgestellt, sondern nur bemerkt, Dr. C. habe der Forderung, keine Verletzung durch die Bestrahlung hervorzurufen, nicht ganz Genüge getan. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß F. die Verschuldungsfrage in den Kreis seiner Erörterungen gezogen hat und damit die Verursachung in keiner Weise verwechselt hat. Er wollte offenbar nicht positiv feststellen, daß ein Kunstfehler vorliege, stellte deshalb nur fest, daß Dr. C. einer Forderung, die man vom Standpunkte der medizinischen Wissenschaft stellen mußte, nicht voll entsprochen habe, und überließ es damit dem Gericht, seinerseits die Folgerung zu ziehen, ob ihn damit ein Verschulden trifft, nicht anders ist auch die zweimalige Bemerkung S.s aufzufassen; er will offenbar sagen: von einem Kunstfehler könne man vielleicht nicht sprechen, aber jedenfalls sei Dr. C. einer Forderung, die man vom ärztlichen Standpunkte an ihn stellen müssen, nicht nachgekommen. Daß er damit lediglich die Schuld- und nicht die Verursachungsfrage gemeint hat, ergibt der ganze Zusammenhang ohne weiteres. Bei der Haftung des Arztes pflegt man vielfach von Kunstfehlern zu sprechen, der Begriff des Kunstfehlers überschneidet sich oft mit dem der Fahrlässigkeit. Beide Begriffe decken sich nicht: nicht jeder Kunstfehler ist ein Verschulden, und nicht jedes Verschulden ist ein Kunstfehler. Die beiden Sachverständigen sind davon ausgegangen, daß feste Dosierungsmaßstäbe für die Bestrahlung von Prostatavergrößerung in der Wissenschaft noch nicht allgemein anerkannt sind, so daß man bei Überschreitungen noch nicht von Kunstfehlern sprechen kann. Wohl aber erkennen sie beide an, daß Dr. C. der ärztlichen Forderung, bei Prostatavergrößerung keine Hautbeschädigung hervorzurufen, nicht nachgekommen ist. Die Folgerung daraus zu ziehen, überlassen sie dem Gerichte. Daß auf Grund dieser Darlegungen

der Sachverständigen das Berufungsgericht seinerseits den Begriff des Verschuldens verkannt habe, dafür liegt keinerlei Anhalt vor. Es knüpft an die Gutachten die Folgerung, daß Dr. C. die ärztliche Sorgfaltspflicht verletzt habe.

Am 16. Juni 1931 hat das Reichsgericht ein Urteil (III 312/30) erlassen, das die Frage behandelt, *ob ein Arzt für unsachgemäße Behandlung auch dann haftbar gemacht werden kann, wenn er nach dem damaligen Stande der Wissenschaft das Fehlerhafte seiner Behandlung nicht erkennen konnte*; es untersucht weiter, ob aus der bloßen Tatsache einer Schädigung des Patienten ein Schluß auf schuldhaftes Verhalten des Arztes oder der Krankenschwester gezogen werden dürfe, und es spricht sich schließlich darüber aus, *wann die Überlassung der selbständigen Diathermiebehandlung an einen Gehilfen gestattet ist*.

Der Fall lag folgendermaßen: Die Klägerin wurde 1921 wegen einer Neuralgie im linken Arm von der beklagten Ärztin behandelt, welche dabei auch elektrische Durchwärmung des Armes, sog. Diathermie, verordnete. Diese Behandlung wurde zunächst durch die bei der Beklagten damals tätige Zeugin A. mehrmals ausgeführt. Am 8. Juni 1921 nahm die Behandlung während der Abwesenheit der A. und der Beklagten auch einmal die Zeugin B. vor. Diese hatte früher die Diathermiebehandlungen in Diensten der Beklagten gemacht und dann später an die Zeugin A. abgegeben. Bei der Behandlung am 8. Juni 1921 trat eine Verbrennung an der Unterseite des linken Oberarmes der Klägerin auf. Die Klägerin wurde wegen der Brandwunde von der B. und der Beklagten behandelt. Sie begab sich weiter in die Behandlung eines Dr. C. und suchte später, nach ihrer Ende Juni 1921 erfolgten Rückkehr nach Berlin, die Ärzte Dr. D. und Dr. E. auf. Im Jahre 1928 hat eine Operation durch Dr. F. stattgefunden.

Die Klägerin machte für den durch die Verbrennung entstandenen Schaden die Beklagte verantwortlich. Sie behauptete, daß ein zu starker Strom mit zu langer Dauer und bei unzureichender Anordnung der stromzuführenden Kathoden angewendet worden sei; sie habe bei der Behandlung erklärt, sie halte es nicht aus, es brenne wie Feuer, die B. habe darauf erwidert, heute müsse sie es aushalten. Trotz ihrer wiederholten Erklärung, daß sie den Schmerz nicht mehr ertragen könne, sei die B. auf 15 Minuten in das Nebenzimmer gegangen. Es sei sogleich eine Brandblase mit Flüssigkeitsabsonderung aufgetreten, und es habe sich um eine tiefgehende Verbrennung, die bis auf die Nerven hinabreichte, gehandelt. Die Beklagte treffe auch insoweit ein Verschulden, als sie die Ausführung der Behandlung nicht durch die B. hätte allein vornehmen lassen dürfen und diese weder genügend unterwiesen noch beaufsichtigt habe. Endlich habe die Beklagte falsche Nachbehandlung der Wunde eingeleitet. Im Juli 1928 sei durch eine Röntgenaufnahme eine Entzündung der Knochenhaut und des Knochenmarks festgestellt worden, die auf Verwachsung des Nervengeflechtes hätte schließen lassen, zu deren Beseitigung die Operation notwendig gewesen sei. Das Landgericht hat die Klage abgewiesen, und die Berufung der Klägerin ist zurückgewiesen worden. Das Reichsgericht hat die Revision der Klägerin zurückgewiesen mit folgender Begründung:

„Der Vorderrichter geht davon aus, daß infolge der durch die Zeugin B. am 8. Juni 1921 erfolgten Diathermiebehandlung eine Verbrennung an der linken Seite des Oberarms der Klägerin eingetreten ist. Er bezeichnet als unsachgemäß und objektiv rechtswidrig, daß die Elektroden bei der Einschaltung des Oberarms in den elektrischen Strom in der Weise angebracht wurden, daß sich dadurch eine sog. Randwirkung ergab. Diese Randwirkung, welche auch bei schwächeren

Strömen eintreten kann, beruhte nach den getroffenen Feststellungen darauf, daß der Strom nicht, wie beabsichtigt, durch den Oberarm und die Schulter hindurch ging, sondern sich im wesentlichen auf die einander zugekehrten Ränder der beiden gegenseitig stark genäherten Elektroden konzentrierte. Dies war dadurch möglich, daß die eine Elektrode unter der Schulter angebracht war, während der Stanniolstreifen als zweite Elektrode um den unteren Teil des ganzen Oberarms reichte und sich dadurch auf der Unterseite der anderen Elektrode zu sehr näherte. Der Vorderrichter lehnt es aber ab, aus dieser Art der Anordnung der Kathoden eine Haftung der Beklagten zu folgern, da nach dem damaligen Stande der Wissenschaft eine Kenntnis dieser Wirkung weder von der B. noch von der Beklagten hätte erwartet werden können. Ein Rechtsverstoß ist in diesen Ausführungen nicht zu erblicken.

Der Vorderrichter hat, nachdem er eine dritte Verursachungsmöglichkeit infolge Lockerung der Elektroden mit dem Sachverständigen Dr. X. als unwahrscheinlich bezeichnet, weiter erörtert, daß ein unsachgemäßes Verhalten der B. auch darin bestehen könne, daß sie auf Schmerzäußerungen der Klägerin nicht sogleich den Strom unterbrochen habe. Es ist einerseits der Behandelnde, um durch richtige individuelle Dosierung des Stromes Verbrennungen zu vermeiden, auf die Äußerungen der Patienten angewiesen, und es kann andererseits eine nur Sekunden zu lange dauernde zu starke Stromeinwirkung zu Verbrennungen führen. Der Vorderrichter hat aber auch insoweit eine Haftung der Beklagten abgelehnt, weil nicht festzustellen sei, daß, nachdem die Klägerin Beschwerden über zu große Hitze geäußert hatte, die B. trotzdem die Behandlung fortgesetzt, also insoweit fehlerhaft gehandelt habe.

Die Revision rügt Verkennung der Beweislast und der Lehre vom prima facie-Beweis. Diese Rüge ist nicht begründet. Der Senat hat es ständig abgelehnt, aus der bloßen Tatsache einer Schädigung des Patienten einen Schluß auf schuldhaftes Verhalten des Arztes oder der Krankenschwester zuzulassen und dem Arzt die Gefahr einer Unaufgeklärtheit des Ursachenverlaufs aufzubürden. Es muß genügen, wenn der Arzt zu seiner Entschuldigung Umstände dartut, durch die der Verdacht einer fehlerhaften Behandlung entkräftet wird, mag auch die bloße Möglichkeit des Verschuldens damit nicht ausgeschlossen sein. Ob die Überlassung der selbständigen Diathermiebehandlung an einen Gehilfen gestattet war, hatte der Berufungsrichter im wesentlichen tatsächlich zu prüfen. Er hat die Frage unter Zugrundelegung der Sachverständigengutachten bejaht. Eine Verkennung der dem Arzt obliegenden Sorgfaltspflicht liegt hierin nicht. Auch hat der Berufungsrichter festgestellt, daß die Zeugin B. genügend ausgebildet und zuverlässig war und ihr die Ausführung der Behandlung überlassen werden konnte. Es kann deshalb ein Verschulden der Beklagten nicht darin erblickt werden, daß die Beklagte die Behandlung durch die Zeugin B. zu einer Zeit zuließ, als sie selbst abwesend war.“

Wendet der Arzt bei der Röntgenbestrahlung eine dem Stande der Wissenschaft nicht mehr entsprechende Bestrahlungsmethode an, und tritt beim Patienten eine auf Überstrahlung hindeutende Geschwürsbildung ein, so ist zunächst ein Verschulden des Arztes als erwiesen anzunehmen; der Arzt muß in einem solchen Falle den Gegenbeweis führen, daß die Röntgenverbrennung auf einem anderen Grunde beruht. Es ist dem Patienten nicht ohne weiteres als eigenes Verschulden anzurechnen, wenn er die Geschwürsbildung durch einen Naturheilkundigen behandeln läßt und einen chirurgischen Eingriff ablehnt. In

diesem Sinne hat sich das Reichsgericht in dem Urteil vom 5. April 1932 (III 190/31)¹ ausgesprochen.

In einem Falle von Röntgenverbrennung durch Kastrationsbestrahlung spricht sich das Reichsgericht (Urteil vom 7. April 1933, III 397/32) namentlich aus über unsachgemäße Weiterbehandlung, Verhinderung einer Operation infolge Nichtaufklärung, Umfang der Beweispflicht des Patienten gegenüber dem Arzt, sowie dessen Einstehen für Versehen der Röntgenschwester.

Dem Urteil liegt folgender Sachverhalt zugrunde: Im Jahre 1924 war die Ehefrau des Klägers wegen klimakterischer Beschwerden — Gebärmutterblutungen — bei dem Beklagten in Behandlung. Dieser verordnete im Sommer 1924 Tiefenbestrahlungen, sog. Kastrationsbestrahlungen, und ließ sie mittels einer ihm gehörigen, im Krankenhaus in B. untergebrachten Röntgeneinrichtung ausführen. Die erste Bestrahlung fand am 11. Juli 1924, die zweite am 16. Juli 1924 statt. Bei der ersten Bestrahlung wurde der rechte Eierstock von vorn und von rückwärts, bei der zweiten der linke Eierstock ebenfalls von beiden Seiten bestrahlt. Vor jeder Bestrahlung bezeichnete der Beklagte am Körper der Patientin die zu bestrahlenden Stellen mit Buntstift und gab der im Krankenhaus tätigen Röntgenschwester B. Anweisungen über die Art der Ausführung. Bei den Bestrahlungen selbst war der Beklagte nicht zugegen. Infolge der Bestrahlungen erlitt die Ehefrau des Klägers Verbrennungen am Rücken und in der Bauchgegend, an denen sie noch jetzt leidet. Der Kläger führt die Verbrennungen auf ein Verschulden des Beklagten zurück. Er macht es dem Beklagten zum Vorwurf, daß er die Bestrahlung durch eine ungenügend ausgebildete Schwester habe ausführen lassen, und daß er diese nicht ständig überwacht habe; der Kläger macht ferner geltend, der Beklagte habe selbst keine genügende Ausbildung als Röntgenologe besessen, er habe die zu bestrahlenden Körperstellen unrichtig bezeichnet, und die Bestrahlung sei falsch ausgeführt worden. Das Oberlandesgericht hat die Klage abgewiesen. Das Reichsgericht hat das klageabweisende Urteil aufgehoben und ausgeführt: „Daß die durch Verbrennung herbeigeführte körperliche Schädigung der Ehefrau des Klägers auf die vom Beklagten angeordneten beiden Kastrationsbestrahlungen zurückzuführen ist, und daß ihre Ursache in einer Überschreitung der zulässigen Dosis bei den Bestrahlungen bestanden haben muß, sehen beide Vorinstanzen als erwiesen an. Aber das Berufungsgericht vermag ein zum Schadenersatz verpflichtendes Verschulden weder bei dem Beklagten noch bei der Schwester festzustellen. Es sagt: Die Ursachen des Röntgenschadens der Ehefrau des Klägers seien nicht nachgewiesen, insbesondere nicht eine fehlerhafte Handlung oder eine Unterlassung geboten gewesener Maßnahmen durch die Gehilfin des Beklagten, welche die Bestrahlungen ausgeführt hat. Die Möglichkeit, daß durch Störungen in der Apparatur oder durch ein Nachlassen der exakten Arbeitsleistung der Röntgenröhre der Schaden herbeigeführt sei, bestehe, insbesondere nach dem in dieser Hinsicht überzeugenden Gutachten des Obergutachters Prof. Dr. X., der die Benutzung eines FÜRSTENAU-Intensimeters als Meßinstrument im Jahre 1924 durch den Beklagten als praktischer Arzt ohne besondere Erfahrung als Röntgenologe nicht als fehlerhaft bezeichnet und die Nichterkennung von stärkeren Spannungsschwankungen des elektrischen Stromes dem Beklagten und der Schwester nicht als Verschulden anrechnet. Auf Fahrlässigkeit des Beklagten könnten alle die als mögliche Ursache in Betracht kommenden Umstände nicht zurückgeführt werden. Die von ihm für die Ausführung der Bestrahlungen getroffenen Anordnungen

¹ Der Chirurg 1933, 77.

seien höchstens in bezug auf die Verwendung des Aluminiumfilters statt eines Zink- oder Kupferfilters zu beanstanden; aber auch insoweit treffe ihn nach dem damaligen Stande der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung kein Verschulden. Der Beweis, daß bei der Auswahl der mit der Ausführung der Bestrahlungen beauftragten Gehilfin die erforderlich gewesene Sorgfalt nicht verletzt worden sei, sei von dem Beklagten geführt; zu einer persönlichen Überwachung ihrer Tätigkeit bei dieser Arbeitsausführung sei der Beklagte nicht verpflichtet gewesen. Soweit die Revision beanstandet, daß der Berufungsrichter dem Kläger die Beweislast für eine Fahrlässigkeit des Beklagten und der Röntgenschwester als seiner Erfüllungsgehilfin aufgebürdet habe, Verkennung der Regeln für den Beweis des ersten Anscheins rügt, setzt sie sich in Widerspruch mit der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats. Der Senat hat es stets abgelehnt, aus der bloßen Tatsache einer Gesundheitsschädigung des Kranken einen Schluß auf schuldhaftes Verhalten des Arztes oder der Krankenschwester zuzulassen, und dem Arzt die Gefahr der Unaufklärbarkeit des Ursachenverlaufs aufzubürden. Die Rechtsprechung hat es gleichbleibend als genügend angesehen, wenn der Arzt zu seiner Entlastung Umstände dartut, durch die der Verdacht einer fehlerhaften Handlung entkräftet wird, mag auch die bloße Möglichkeit eines Verschuldens damit nicht ausgeschlossen sein. Eine allgemeine Entlastungspflicht des Arztes in Haftungsprozessen hat der Senat niemals ausgesprochen.

Begründet erscheint die Revision dagegen in dem folgenden Punkte: Der Kläger hatte im Berufungsverfahren vorgetragen, daß seine Ehefrau bis zum Jahre 1929 von dem Beklagten an den eingetretenen Gesundheitsbeschädigungen behandelt worden sei, daß der Beklagte es jedoch pflichtwidrig *unterlassen* habe, die *Kranke über die wahre Ursache der Erkrankung, nämlich die Röntgenverbrennung, aufzuklären*, und daß er dadurch schuldhaft eine sachgemäße Behandlung, namentlich eine rechtzeitige Operation verhindert habe. Hierfür hatte der Kläger Sachverständigenbeweis angeboten. Das Berufungsgericht ist jedoch auf dieses Vorbringen nicht eingegangen und hat danach nicht geprüft, ob es sich insoweit nicht um ein besonderes, selbständiges Verschulden des Beklagten gehandelt hat. Die Möglichkeit, daß durch ein so geartetes Verschulden des Beklagten zum mindesten das Ausmaß des Schadens vergrößert worden sein kann, und daß der Beklagte hierfür Ersatz zu leisten hat, läßt sich nicht von der Hand weisen. Deshalb ist die Aufhebung des angefochtenen Urteils und die Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht geboten.“

In einem Urteil vom 21. März 1935 (VI 429/34) hat das Reichsgericht wichtige Richtlinien für die *Beweisführung in Röntgenprozessen* aufgestellt, u. a. ausgesprochen, aus der bloßen Tatsache des Eintritts einer Röntgenverbrennung könne das Verschulden des Arztes noch nicht ohne weiteres angenommen werden; dagegen kehre sich die Beweislast zuungunsten des Arztes um, wenn er *kein Buch über die vorgenommenen Bestrahlungen geführt* habe und der Fall deshalb nicht aufzuklären sei.

Die Sache lag folgendermaßen: Im Jahre 1928 erkrankte die Ehefrau des Klägers an einem nässenden Hautausschlag (Ekzem) unter der linken Brust in der Hüftgegend. Im Herbst 1928 begab sie sich in die Behandlung des Dr. C. Im September und Oktober 1928 wendete Dr. C. Röntgenstrahlen und im Anschluß daran Höllensteinlösung und Salben an. Im Januar 1929 setzte er die Röntgenbestrahlung fort. Darauf begab sich die Ehefrau des Klägers in die Behandlung anderer Ärzte. Einer derselben erklärte ihr später, nämlich im Frühjahr 1931, sie leide an Röntgenverbrennung.

Der Kläger behauptet, die unstreitig vorhandene Röntgenverbrennung sei auf die Fahrlässigkeit des Dr. C. zurückzuführen. Das Landgericht und das Oberlandesgericht wiesen die Klage ab. Das Reichsgericht hob das Berufungsurteil auf und wies die Sache in die Vorinstanz zurück, indem es u. a. ausführte: Der Berufungsrichter stellt fest, daß die bei der Ehefrau des Klägers vorhandene Röntgenverbrennung auf die Behandlung durch Dr. C. zurückzuführen ist, nimmt aber an, es sei dem Kläger nicht gelungen, den ihm obliegenden Beweis dafür zu führen, daß dem Dr. C. ein Verschulden zur Last falle.

Die Revision ist der Auffassung, nach den Grundsätzen des Beweises des ersten Anscheins sei der Beklagte dafür beweispflichtig, daß ihn kein Verschulden treffe. Denn der Sachverständige Dr. G. habe sich dahin ausgelassen: Im allgemeinen sei es zwar wohl richtig, daß eine Röntgenschädigung bei Behandlung von Hautkrankheiten überhaupt nicht vorkommen dürfe, wenn kunstgerecht vorgegangen werde. Es könnten aber doch beim Zusammenwirken ungünstiger Umstände leichtere Schädigungen, wie die vorliegende, einmal auftreten. Der Grund hierfür liege hauptsächlich darin, daß die mit Ekzem behaftete Haut viel empfindlicher sei als die normale Haut, und daß es daher teils Erfahrungssache, im Einzelfalle aber auch geradezu Gefühlssache sei, wieviel man einer bestimmten Hautstelle an Röntgenstrahlen zumuten dürfe. Der Revision ist zuzugeben, daß der Berufungsrichter darin irrt, wenn er im Verhältnis zwischen dem Kranken und dem Arzt die Grundsätze vom Anscheinsbeweis überhaupt nicht anwenden will. Aber es erscheint bedenklich, aus der Tatsache allein, daß eine Röntgenverbrennung eingetreten ist, den Schluß zu ziehen, den Arzt müsse, wie nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge anzunehmen sei, ein Verschulden hieran im Sinne des BGB. § 276 treffen, und deshalb sei es seine Sache, seine Schuldlosigkeit darzutun. Es wird vielmehr auf die Prüfung im Einzelfall und auf den Stand der Wissenschaft zu der Zeit ankommen, als die zur Beurteilung stehende Röntgenschädigung sich ereignet hat.

Das Oberlandesgericht nimmt weiter an, es könne nicht verlangt werden, daß der Arzt vor jeder Bestrahlung, etwa durch Versuchs Dosen, das Vorhandensein einer ausnahmsweisen Überempfindlichkeit der Haut des Kranken ausschließe; ein solches Verfahren sei auch nicht üblich. Der letztere Grund setzt sich in Widerspruch mit § 276 BGB., der die im Verkehr erforderliche und nicht die verkehrsübliche Sorgfalt zur Richtschnur macht. Der Gutachter geht aber auch an der von ihm selbst hervorgehobenen Tatsache vorbei, daß erfahrungsgemäß *die mit einem Ekzem behaftete Haut* viel empfindlicher ist als die normale Haut, und daß gerade die Ehefrau des Klägers an einem Ekzem litt. Jedenfalls unter diesen Umständen hätte es, zumal in Anbetracht der schweren Folgen, die eine Röntgenverbrennung zeitigen kann, die Verkehrssorgfaltspflicht von Dr. C. verlangt, daß er bei der Frau des Klägers sowohl bei der Dauer wie auch bei der Stärke der Bestrahlung mit äußerster Vorsicht zu Werke ging. Darüber, ob Dr. C. hier diese Vorsicht angewendet und im Rahmen des Möglichen zunächst einmal den Grad der Empfindlichkeit der Haut der Ehefrau des Klägers geprüft hat, fehlt es bisher an jeder Erörterung. Das Berufungsgericht folgt dem Sachverständigen auch darin, daß die von den Beklagten zu den Akten gebrachten Urkunden nicht ausreichen, um die jeweils bestrahlten Flächen sowie die zeitliche Folge und die jeweilige Dauer der Bestrahlungen mit ausreichender Sicherheit festzustellen. Der beweispflichtige Kläger habe also nicht nachweisen können, daß Dr. C. nach einer dieser Richtungen einen Fehler begangen habe. Die Revision hat darin recht, daß der Vorderrichter sich die Frage hätte vorlegen müssen, worauf es denn beruht, daß der Kläger jene Beweise nicht führen kann. Der Grund hierfür liegt nämlich darin, daß Dr. C. es entgegen der ihm obliegenden Verpflichtung unterlassen hat, *über die technischen Einzelheiten der von ihm vorgenommenen Bestrahlungen* der Frau des Klägers mit der erforderlichen Genauigkeit *Buch zu führen*. Diese Folge des schuldhaften ärzt-

lichen Mißgriffs ihres Erblassers müssen die Beklagten dahin tragen, daß die Mängel der Aufklärbarkeit, die sich aus dem Fehlen der notwendigen Aufzeichnungen ergeben, zu Lasten der Beklagten gehen, die Beweislast also sich insoweit umkehrt.

Über die Frage, inwieweit ein Arzt haftet, wenn durch die *Beseitigung von Damenbarthaaren mit Röntgenstrahlen* Beschädigungen am Kiefer der Patientin eintreten, hat sich das Reichsgericht am 27. Oktober 1931 in dem Urteil III 423/30 ausgesprochen.

Der Fall lag folgendermaßen: Die Klägerin wurde in der Zeit vom 2. Juli 1920 bis 15. Juni 1921 von dem Beklagten mit Röntgenstrahlen zwecks Entfernung eines stark entwickelten Bartes am Kinn und an der Oberlippe behandelt. Infolge der Bestrahlung erlitt die Klägerin, welche am 10. Oktober 1921 den Beklagten noch einmal konsultiert hatte, schwere innere Beschädigungen am Unterkiefer, wie sich längere Zeit nachher, insbesondere Anfang des Jahres 1923, erst zeigte. Es wurden die Zähne locker und der Kiefer kam zum Vorschein. Am 17. Februar 1923 wandte sich die Klägerin wegen dieser Erscheinungen an den Beklagten. Derselbe entfernte 2 Zähne mit daran hängenden Knochenteilen und sandte sie an das Pathologische Institut in W. zur Prüfung, ob nicht Anhaltspunkte für eine Röntgen-schädigung vorliegen. Dieses wurde von dem Institut verneint. Am 10. April 1923 begab sich die Klägerin, da die Erkrankung des Kiefers immer schlimmer wurde, in die Behandlung des Universitätsprof. X. Derselbe nahm erkrankte Knochen-teile des Unterkiefers heraus. Der Zerfall des Kiefers ließ sich aber nicht mehr aufhalten. Am 17. Februar 1924 wurde der vollständig abgestorbene Kinnteil des Unterkiefers in der Chirurgischen Klinik in Y. durch Prof. Z. entfernt.

Die Klägerin machte den Beklagten und die Stadtgemeinde R., Eigentümerin des Krankenhauses, als Gesamtschuldner für den Schaden verantwortlich, der ihr durch die Verbrennung bei den Bestrahlungen erwachsen ist. Das Landgericht hat die Klage gegen beide Beklagte abgewiesen. Die Spruchrevision wurde vom Reichsgericht mit folgender Begründung zurückgewiesen: „Das Landgericht stellt fest, daß zur Zeit der Behandlung die Beseitigung von Damenbarthaaren mit Röntgenstrahlen allgemein gebräuchlich war, und daß eine Pflicht zum Hinweis auf die Möglichkeit von Verbrennungen nicht bestand, da die besondere, in die Tiefe gehende und sich summierende Wirkung der von verschiedenen Seiten aus erfolgenden Bestrahlung wissenschaftlich nicht erforscht war. Der Beklagte hätte somit ohne Verschulden die damals vorgenommene Oberflächenbestrahlung als zulässig erachten können; die Einzeldose habe er nicht überschritten. Das Landgericht stellt weiter fest, daß als schädigende Ursache die letzte Doppelbestrahlung in Frage käme, weil die Strahlen sich in der Tiefe kreuzten und hierdurch eine Dosis erzeugt wurde, die zu hoch war und die Verbrennung des Kiefers zur Folge hatte. Die schließlich eingetretene Nekrose (Absterben) des Kiefers sei auf diese Verbrennung als Ursache zurückzuführen. Ob die Verbrennung schon an und für sich die Nekrose nach sich gezogen habe, oder ob letztere durch eine Kombinationsschädigung, d. h. dadurch, daß eine Infektion im induzierten Gebiet eintrat, verursacht sei, sei für die Frage des Kausalzusammenhangs ohne Belang.

Diese Ausführungen lassen einen materiell rechtlichen Verstoß nicht erkennen. Zwar hat das Landgericht keine Stellung dazu genommen, daß zwischen der zweiten und dritten Bestrahlung, die auch eine doppelte war, nur eine Pause von 3 Wochen lag, die möglicherweise schon nach dem damaligen Stande der Wissenschaft und der Erkenntnis von der Wirkung der Röntgenstrahlen als eine zu kurze und somit fehlerhafte angesehen werden konnte. Der Vorderrichter hat auch nicht erörtert, ob nicht dieser Umstand infolge der oft erst nach langer Zeit sichtbar werdenden Schädigungen die Ursache für die spätere Erkrankung des Kieferknochens

und das Leiden der Klägerin bilden konnte. Diese Unterlassung stellt jedoch gegenüber der tatsächlichen Feststellung des Vorderrichters, daß als alleinige Ursache der Erkrankung nur die letzte Doppelbestrahlung vom 15. Juni 1921 anzusehen sei, höchstens einen Verstoß gegen verfahrensrechtliche Normen dar, die in der Spruchrevision vom Revisionsgericht nicht berücksichtigt werden können.

In materieller Beziehung trägt die getroffene Feststellung die Entscheidung. Denn bildet lediglich die letzte Doppelbestrahlung die Ursache, so kam es weder auf die genannte kurze Pause von 3 Wochen, noch auf die sonstigen, von der Klägerin gegen den Beklagten erhobenen Vorwürfe an. Hinsichtlich der letzten Doppelbestrahlung stellt aber das Landgericht ohne Verkennung der dem Arzt obliegenden beruflichen Sorgfaltspflicht fest, daß der Beklagte nach dem damaligen Stande der Wissenschaft diese ohne Verschulden als ungefährlich halten konnte. Deshalb versagt auch der von der Revision erhobene materiell rechtliche Angriff, daß ein Verschulden des Beklagten darin zu erblicken sei, daß er für die an sich lebensunwichtige Entfernung der Barthaare eine Methode empfahl und verwandte, die objektiv gefährlich war. Denn das Landgericht stellt fest, daß damals die Beseitigung von Damenbarthaaren mit Röntgenstrahlen allgemein gebräuchlich war, und daß in Lehrbüchern und Schriften sie als geeignetes Mittel empfohlen wird. Es ist daher vom Rechtsstandpunkt nicht zu beanstanden, wenn das Landgericht es als eine der Sachlage entsprechende Maßregel erachtet, daß der Beklagte der Klägerin die Röntgenbehandlung vorschlug und sie bei ihr anwandte. Ebenso wenig bestand eine Verpflichtung des Beklagten, die Klägerin auf mögliche, mit der Röntgenbestrahlung verbundene Gefahren hinzuweisen, weil der Beklagte die Behandlung für ungefährlich gehalten hat und, nach dem damaligen Stande der medizinischen Wissenschaft, auch in der von ihm angewandten Form einer Oberflächenbestrahlung für ungefährlich halten durfte.

Die in der Tiefe eintretende besondere Wirkung der sich kreuzenden Strahlen, wie sie bei den Doppelbestrahlungen eintrat, war damals noch nicht bekannt und ihre Unkenntnis den Beklagten nach den Feststellungen des Landgerichts nicht als Verschulden zuzurechnen. Der Beklagte wandte auch nicht bewußt eine unerprobte Methode an, denn da die Tiefenwirkung noch nicht bekannt war, erschien jede einzelne Bestrahlung als eine unbedenkliche Oberflächenbestrahlung des betreffenden Gesichtsteiles.

Daß der behandelnde Arzt für die Folgen einer Überdosierung dann nicht haftbar ist, wenn eine geringere Bestrahlung das lebensgefährliche Leiden des Patienten (tuberkulöse Lymphdrüenschwellungen) nicht behoben haben würde, hat das Reichsgericht in dem Urteil oben VI 30 mitgeteilt vom 18. Februar 1936 (III 162/35) ausgesprochen.

40. Zahnärztliche Tätigkeit.

Über die in der zahnärztlichen Chirurgie vorkommenden Zwischenfälle, die gelegentlich zu Haftpflichtansprüchen führen, liegt eine anschauliche Darstellung von HEIM¹ vor. Es brechen Nadeln im Munde ab, es gleitet eine kurze Sonde oder Kanüle ab, verbleibt im Mund oder wird vom Patienten verschluckt. Der Lieblingssitz für solche Fremdkörper ist der Recessus piriformis neben dem Kehldeckel. — Von anderer Seite (HOENIG) wurde eine Verletzung des Unterkiefernerven bei Ausmeißelung des Weisheitszahnes beobachtet; solche Verletzungen

¹ Dtsch. zahnärztl. Wschr 1937, 650.

sind bisweilen unvermeidbar, besonders wenn der Unterkieferkanal unmittelbar unterhalb der Wurzelspitze verläuft.

Bei den uns vorliegenden Fällen kam es zu einem Verlust mehrerer Zähne, der nach dem Gutachten durch Röntgenuntersuchung hätte vermieden werden können. Im anderen Falle wurde als Ursache einer Otitis mit nachfolgender mehrmaliger Abstoßung von Kieferknochen ein Watterest festgestellt, der beim Aufsetzen einer Krone unter ihren Rand geraten war.

41. Besondere Einzelfälle.

a) Diabetes.

Von Stoffwechselerkrankungen kommt es wegen der chirurgische Behandlung erfordernden Komplikationen bei Diabetes gelegentlich zu Regreßansprüchen. In einem Fall wurden diese gestellt, weil angeblich die Diagnose verfehlt war; der beschuldigte Arzt konnte aber nachweisen, daß er nervöse Magenbeschwerden außer der Zuckerharnruhr festgestellt und die Behandlungsmaßnahmen dementsprechend durchgeführt hatte.

In einem Fall von *diabetischer Gangrän* wurde dem behandelnden Arzt der Vorwurf gemacht, daß er durch verspätete Diagnose und lokale Behandlung die Ausbreitung des Krankheitsprozesses begünstigt hätte. Der Gutachter lehnte ein Verschulden ab und kam zu folgenden Darlegungen:

Im Verlaufe eines Diabetes kommt es zur Entstehung einer Gangrän, wenn die Grundkrankheit jahrelang bestand, und allmählich eine anatomische Schädigung der Gefäßwände, besonders in den entfernten Teilen, sich ausgebildet hat. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß in nicht seltenen Fällen der Diabetes ein „latentes Stadium“ zeigt, d. h. ohne besondere Erscheinungen, die auf die Stoffwechselerkrankung hinweisen, und daß nicht selten Patienten mit Gangrän zur Behandlung kommen, die von dem Bestehen ihres Diabetes bisher nichts wußten. Wenn daher Dr. X. in den ersten Tagen der Behandlung an einen lokalen Prozeß an der Zehe dachte, der durch Umschläge oder späterhin durch Incisionen zur Ausheilung gebracht werden könnte, so ist ihm kein Vorwurf zu machen . . . Eine Beeinflussung des Krankheitsverlaufs bzw. ein Aufhalten der Gangrän war nicht mehr möglich, als Dr. X. die Behandlung übernahm. Auch wenn er von vornherein hätte annehmen können, daß es sich um eine diabetische Gangrän handelte, so wäre die Behandlung nicht anders gewesen . . .

Bei dem letzten Fall stand die Frage zur Erörterung, ob der behandelnde Arzt schuldhaft handelte, daß er trotz des Bestehens eines Diabetes eine *Mundbodenphlegmone* mit Operation behandelte; es war im Anschluß an diese eine tödlich endende Sepsis entstanden. — Für Operationen bei Diabetikern ist grundsätzlich die Forderung aufzustellen, zunächst eine diätetische bzw. Insulinvorbereitung durchzuführen. Allgemeinnarkose ist möglichst zu vermeiden, da sie erfahrungsgemäß schlecht vertragen wird. Insbesondere sollen die Betäubungsmittel, die

schwerer auf den Kreislauf wirken, vermieden werden, z. B. Chloroform und Avertin. STARLINGER wies ferner nach, daß auch längere Äthernarkosen Komabereitschaft hervorrufen.

Diese Vorsichtsmaßregeln können wohl bei nicht dringlichen Operationen beachtet werden, dagegen nicht beim Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung, wie sie die Mundbodenphlegmone darstellt. Der Gutachter brachte dies folgendermaßen zum Ausdruck:

„Bei lebensgefährlichen Erkrankungsformen darf ein bestehender Diabetes niemals von operativem Vorgehen abhalten . . . Es ist Dr. X. anzuerkennen, daß er Vorsichtsmaßnahmen wegen des bestehenden Diabetes anwandte . . . Aus der Tatsache, daß Patient erst 23 Tage nach der Operation starb, ist zu schließen, daß er nicht dem Operationsschock erlag; es ist vielmehr ein Fortschreiten der eitrigen Entzündung eingetreten, was zu einem sog. metastatischen Absceß im Brustfellraum führte. Ob hierbei die verminderte Widerstandsfähigkeit des Patienten infolge des bestehenden Diabetes oder die Virulenz der Eitererger ausschlaggebend war, ist nicht mehr festzustellen . . . Auf Grund der geprüften Tatsachen muß man dahin urteilen, daß Dr. X. unsachgemäß gehandelt hätte, wenn er nicht operiert hätte. Wenn eine Lebensgefahr besteht, so muß auch beim Diabetiker versucht werden, durch Operation eine Heilung herbeizuführen . . .“

b) Thrombose und Embolie.

Störungen im Zirkulationsapparat gehören zu den gefürchtetsten Auswirkungen bei operativen Eingriffen. Sie treten meist vollständig überraschend auf, unter alarmierenden Symptomen. Daher wird gelegentlich beim Laienpublikum die Meinung Platz greifen, daß die Ursache in der durchgeführten Operation oder damit zusammenhängenden Regelwidrigkeiten zu sehen sei.

Der eine unserer Fälle betraf im Anschluß an eine Schwangerschaftsunterbrechung einen embolischen Gefäßverschluß am Bein, der wegen eingetretener Gangrän eine Amputation zur Folge hatte. Ein ärztliches Verschulden wurde abgelehnt.

In dem andern war nach Behandlung einer Schleimhautschrunde des Mastdarms mit Dehnung des Schließmuskels in örtlicher Betäubung eine Thrombose beider Beine aufgetreten; es wurde gegen den Arzt der Vorwurf erhoben, den Eingriff „kunstwidrig“ ausgeführt zu haben. Der Gutachter kam zu folgenden Ausführungen:

„Es handelte sich um eine sog. Analfissur; die durchgeführte Behandlung entspricht der allgemein üblichen. Ebenso wurde auch die Nachbehandlung mit Einlegen eines Mastdarmrohrs für mehrere Tage vorschriftsmäßig durchgeführt. Der Einwand, daß die Entlassung aus der Klinik zu früh erfolgt sei, ist darauf hinzuweisen, daß 4tägige stationäre Behandlung nach dem Eingriff den Gepflogenheiten entspricht . . . Bezüglich des Vorwurfes gegen den Arzt, die Thrombose nicht rechtzeitig erkannt zu haben, ist darauf hinzuweisen, daß Dr. X. bei dem ersten Besuch in der Wohnung diese noch nicht feststellen konnte. Aus den vorliegenden ärztlichen Attesten ist zu ersehen, daß diese erst später auftrat. Man kann jetzt bei rückschauender Betrachtung wohl annehmen, daß die in der Hüftgegend geklagten Beschwerden als Vorboten der Thrombose aufzufassen sind; die praktische

Erfahrung lehrt aber, daß es kaum möglich ist, eine Differentialdiagnose zu stellen zwischen rheumatischen Beschwerden oder Vorboten einer Thrombose. Es ist auszuschließen, daß durch Behandlung mit Kapsifor, die nur oberflächlich auf die Haut erfolgt, eine Verschlimmerung der noch nicht in die Erscheinung getretene Thrombose hervorgerufen wurde . . . Es ist demnach Dr. X. ein Verschulden nicht nachzuweisen.“

c) Narbenentstehung.

Gegen einen Arzt wurden unberechtigte Haftpflichtansprüche erhoben, weil nach Entfernung einer Warze eine Narbe zurückgeblieben war. Zu den über kosmetische Operationen gegebenen Erörterungen liefert der vorliegende Fall keinen wesentlichen Beitrag.

d) Decubitus.

Die Entstehung eines Druckgeschwürs kann bisweilen durch mangelhafte Pflege begünstigt sein. Dabei ist aber zu berücksichtigen, daß nicht allein die Druckwirkung, sondern auch Innervationsstörungen (sog. trophoneurotische) ursächlich in Frage kommen. Es muß in jedem Falle geprüft werden, ob besondere Ursachen für das Zustandekommen vorgelegen haben. In einem Falle handelte es sich um einen Patienten, der in lebensgefährlichem Zustand eingeliefert war und nach Durchführung einer Bluttransfusion mehrere Tage strenge Bettruhe durchführen mußte. Das später in die Erscheinung tretende Druckgeschwür in der Kreuzbeingegend gab dann Veranlassung, Schadenersatzansprüche gegen das Krankenhaus zu stellen, die vom Gutachter naturgemäß als unberechtigt zurückgewiesen wurden:

„Es ist ganz selbstverständlich, daß bei einer so schweren Erkrankung, die von dem einweisenden Arzt als ‚sterbender Zustand‘ bezeichnet wurde, alle ärztlichen Maßnahmen sich darauf beschränken mußten, das Leben zu retten. Deshalb wurde in sachgemäßer Weise die Blutübertragung vorgenommen. Es konnten selbstverständlich in der ersten Zeit weder ein Lagewechsel noch Abreiben der Rückengegend mit Alkohol vorgenommen werden. Wenn nun wirklich ein Patient aus Lebensgefahr durch ärztliche Hilfe gerettet wird, so kann der Nebenbefund eines Druckgeschwürs niemals als ein Verschulden der Krankenpflege angesehen werden.“

e) Glassplitterverletzung.

Bei einer Glassplitterverletzung am Ellbogen wurde dem Arzt unsachgemäße Behandlung vorgeworfen, weil er nicht alle Splitter entfernt hatte. Die Erscheinung, daß nach bereits vernarbter Wunde sich noch Glassplitterchen spontan abstoßen, ist jedem Arzt geläufig. Es ist häufig ratsamer, ein weiteres Absuchen der Wunde nach Splittern zu unterlassen, als etwa ein Gelenk in Gefahr zu bringen. Es empfiehlt sich aber zur Vermeidung späterer Beschuldigungen, dem Patienten in jedem Fall von Glassplitterverletzung mitzuteilen, daß möglicherweise ein Splitter sich noch abstoßen kann.

Im allgemeinen ist die Ansicht verbreitet, daß man Glas auf dem Röntgenbild nicht darstellen könne. Auch im Schrifttum sind nur wenige Mitteilungen niedergelegt über röntgenologische Darstellbarkeit von Glassplittern, z. B. Glaskanüle in der Lunge (REHLEF) und Glasstücke in der Speiseröhre (PAINCHAUD). In einer Veröffentlichung von KAHLSTOFF¹ wird nun der Nachweis geführt, daß auch kleinste Splitter bei geeigneter Lokalisation und Strahlenrichtung mit weicher Strahlung gut röntgenologisch dargestellt werden können, naturgemäß wird der Nachweis mit zunehmender Dicke der Weichteile schwieriger.

f) Haarausfall.

Der letzte Fall gab zur Erörterung der Frage Anlaß, ob durch einen einmaligen Schreck ein totaler Haarausfall bedingt bzw. ausgelöst werden kann. Es handelte sich um einen bei Röntgenbestrahlung eingetretenen und an sich völlig ungefährlichen Vorgang einer plötzlichen elektrischen Entladung auf kurzer Unterbrechungsstelle nach Ausschaltung der Erdleitung. Dieses Ereignis löste wegen der Geräusch- und Lichterscheinungen eine starke Schreckwirkung aus. Der neurologische Gutachter bejahte den Zusammenhang unter Hinweis auf zahlreiche veröffentlichte Fälle, bei denen nach Schreck ein Haarausfall im Sinne einer gewöhnlichen oder universellen Alopecie in die Erscheinung trat, wobei die letztere Art seltener ist.

„Die Frage, wie bzw. auf welchem Wege ein Schreck bzw. psychischer Schock einen Haarausfall bedingen kann, wurde vielfach erörtert. Ein sicheres Wissen besitzen wir zur Zeit auf diesem Gebiete nicht. Es wird meist die Ansicht vertreten, daß es sich bei der typischen Alopecie, d. h. sowohl bei der gewöhnlichen Form, die sich auf die Kopfbehaarung beschränkt, als auch bei der selteneren universellen Form um eine Trophoneurose, d. h. um eine Ernährungsstörung der Haare durch nervöse Einflüsse handelt und zwar um Einflüsse des vegetativen Nervensystems. Wahrscheinlich spielt dabei eine Dysfunktion innerer Drüsen eine Rolle; es werden die Keimdrüsen, Hypophyse (Vorderlappen), Schilddrüse und Nebennierenrinde herangezogen. Von mancher Seite wird auch eine Insuffizienz des gesamten endokrinen Systems angenommen. Die Wirkung des Schrecks wird in dem Sinne gedeutet, daß zunächst dem endokrinen System bzw. dem vegetativen Nervensystem übergeordnete Hirnzentren (Zwischenhirn) geschädigt werden. Für diese Auffassung spricht die Tatsache, daß bei der epidemischen Hirnentzündung, ferner auch bei anderen Infektionskrankheiten (Lues, Typhus) und nach Vergiftungen weitgehender Haarausfall beobachtet wurde . . . Im vorliegenden Fall spielt die Dysfunktion der Schilddrüse sicherlich eine Rolle im Sinne einer erhöhten Empfindlichkeit des gesamten endokrinen Systems und des vegetativen Nervensystems; vielleicht handelt es sich um Ernährungsstörung der Haarwurzeln auf Grund von kapillären Zirkulationsstörungen . . . Die Prognose ist zwar unsicher, aber keineswegs durchaus schlecht. In nicht wenigen Fällen tritt ein Nachwuchs der Haare, besonders am Kopf auf; allerdings bleibt das Haar bisweilen dünner und spärlicher, als es vor der Erkrankung war. Erst nach etwa 2 Jahren kann die Prognose ungünstig gestellt werden, wenn bis dahin ein Nachwachsen der Haare ausgeblieben ist.“

¹ Dtsch. med. Wschr. 1933, 1286.

g) Bluttransfusion.

Bezüglich der Haftpflicht des Arztes bei Vornahme einer Bluttransfusion sind die Fragen:

1. Ist der Arzt haftbar, wenn er bei einer Bluttransfusion eine Lues vom Spender auf den Empfänger überträgt und er bei dem Spender, da er offensichtlich gesund war und eine sexuelle Infektion verneinte, nicht vorher die WaR. angestellt hat? Ist der Arzt verpflichtet, in jedem Falle vor der Bluttransfusion bei dem Spender vorher die WaR. anzustellen?

2. Ist der Arzt haftbar, wenn bei einem Blutspender in der als Zapfstelle benutzten Vene eine Thrombose mit erwerbsbeschränkenden Folgen oder mit einer tödlichen Embolie eintritt, und zwar einmal ohne besonderen Vertrag, das andere Mal, wenn er durch schriftlichen Vertrag die Haftung für alle etwa aus der Blutentnahme auftretenden Folgen ausgeschlossen hat?

folgendermaßen zu beantworten: 1. Da der Arzt mit der Möglichkeit einer früheren Lues des Spenders sowie damit rechnen muß, daß der Spender eine sexuelle Infektion der Wahrheit zuwider verneint, erfordert es unseres Erachtens die Sorgfaltspflicht, vor der Bluttransfusion die WaR. anzustellen. Jedenfalls erscheint der Arzt zur Anstellung der WaR. dann verpflichtet, wenn er den Empfänger über die Möglichkeit einer ohne WaR. nicht erkennbaren Lues beim Spender nicht aufgeklärt, und der Empfänger auf die Vornahme der WaR. beim Spender nicht verzichtet hat.

2. Hat der Arzt durch schriftlichen Vertrag die Haftung für alle etwa aus der Blutentnahme auftretenden Folgen ausgeschlossen, so erscheint er nicht haftbar, wenn bei einem Blutspender in der als Zapfstelle benutzten Vene eine Thrombose mit erwerbsbeschränkenden Folgen oder mit einer tödlichen Embolie eintritt, es sei denn, daß die Thrombose auf ein besonderes Verschulden, namentlich einen Kunstfehler des Arztes bei der Blutentnahme zurückzuführen ist. Ohne besonderen Vertrag erscheint der Arzt außer im letzteren Falle auch dann haftbar, wenn mit dem Auftreten einer Thrombose der angegebenen Art (bzw. mit den angegebenen Folgen) als einer möglichen Folgeerscheinung der Blutentnahme allgemein oder im besonderen Falle gerechnet werden muß, und der Arzt den Spender hierüber nicht aufgeklärt hat.

h) Bestehenlassen von Schmerzen.

Über die Frage, ob und in welchem Umfang ein Arzt wegen Körperverletzung strafrechtlich verfolgt werden kann, wenn er Schmerzen beim Patienten bestehen läßt, spricht sich das Reichsgericht in einem Urteil des I. Strafsenats vom 29. September 1936 aus, durch das das

freisprechende Urteil des Landgerichts aufgehoben wurde. Die Gründe des Urteils des Reichsgerichts lauten:

„Das Landgericht stellt zwar tatsächlich fest, daß der Angeklagte bei der Behandlung des verletzten S. die ihm als Arzt obliegende Sorgfaltspflicht gröblich verletzt habe, indem er das Auftreten der Schmerzen bei der Nachbehandlung des Verletzten nicht genügend berücksichtigt und infolgedessen den Gipsverband zu spät geöffnet habe. Das Landgericht ist jedoch trotzdem nicht zu einer Verurteilung gekommen, weil nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit behauptet werden könne, daß das Absterben des Unterschenkels auf dieser pflichtwidrigen Behandlung beruhe.

Die hiergegen gerichteten Revisionen der Staatsanwaltschaft und des Nebenklägers sind begründet. Es liegt zwar insoweit keine Rechtsverletzung vor, als das Landgericht keinen Beweis dafür erbracht sieht, daß ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Verhalten des Angeklagten und der Absetzung des Unterschenkels bestehe. Dagegen hat das Landgericht der von ihm festgestellten Tatsache keine rechtliche Beachtung geschenkt, daß der Angeklagte den verletzten S. die Nacht hindurch in seinen bis zur Unerträglichkeit gesteigerten Schmerzen habe liegenlassen. Er hat von den Schmerzen des Verletzten nach den Feststellungen des Landgerichts etwa gegen 23 Uhr abends erfahren und hat sich erst am nächsten Morgen zu ihm begeben und den Verband geöffnet. An zwei Stellen des Urteils führt das Landgericht aus, daß hierauf eine Besserung in dem Befinden des Kranken eingetreten sei. Das Landgericht hätte prüfen sollen, ob der Angeklagte diesen Erfolg nicht schon früher hätte herbeiführen können und als behandelnder Arzt hätte herbeiführen müssen. Daß eine auf pflichtwidrige Unterlassung beruhende Steigerung oder Aufrechterhaltung der Schmerzen als solche schon eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223, 230 StGB. sein kann, bedarf keiner weiteren Erörterung. Doch wird das Landgericht für den vorliegenden Fall noch besonders zu prüfen haben, ob der Angeklagte nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Beseitigung oder wenigstens die Linderung der Schmerzen von der Wirkung der von ihm verabreichten oder verordneten schmerzstillenden Mittel erwarten durfte.“

Das Reichsgericht rügt hiernach, daß das Landgericht nicht die Frage geprüft habe, ob der Angeklagte den gedachten Erfolg nicht schon früher hätte herbeiführen können und als behandelnder Arzt hätte herbeiführen müssen. Eine solche Prüfung seitens des Landgerichts hält das Reichsgericht deshalb für geboten, weil eine auf pflichtwidriger Unterlassung beruhende Steigerung oder Aufrechterhaltung der Schmerzen als solche schon eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223, 230 StGB. sein kann. Hierbei wird dem Landgericht noch die besondere Prüfung darüber auferlegt, ob der Angeklagte nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Beseitigung oder wenigstens die Linderung der Schmerzen von der Wirkung der von ihm verabreichten oder verordneten schmerzstillenden Mittel erwarten durfte. Das Reichsgericht hat hiernach nicht etwa einen Rechtssatz des Inhalts aufgestellt, daß ein Arzt sich schon deshalb einer Körperverletzung schuldig mache, weil er Schmerzen bei den Patienten bestehen lasse; es hat vielmehr nur ausgesprochen, unter Umständen könne eine auf pflichtwidriger Unterlassung beruhende Steigerung oder Aufrechterhaltung der Schmerzen als solche eine Körperverletzung darstellen. Das Reichsgericht stellt also durch-

aus auf die Lage des einzelnen Falles ab, ob der Arzt durch Unterlassung der Beseitigung von Schmerzen des Patienten sich einer Pflichtwidrigkeit schuldig macht und damit gegen die §§ 223, 230 StGB. verstößt. Wie der Schlußsatz in den Gründen des Urteils zeigt, will das Reichsgericht im vorliegenden Fall eine Pflichtwidrigkeit des Arztes schon dann verneinen, wenn er nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Beseitigung oder wenigstens die Linderung der Schmerzen von der Wirkung der von ihm verabreichten oder verordneten schmerzstillenden Mittel erwarten durfte. Diese Ausführungen lassen erkennen, daß das Reichsgericht nicht allgemein in dem Bestehenlassen von Schmerzen bei einem Patienten eine strafbare Pflichtwidrigkeit des Arztes erblickt, daß es vielmehr nur die Möglichkeit einer solchen bei besonderer Lage des Falles annimmt. Versteht man das Urteil so, dann dürften Bedenken dagegen nicht zu erheben sein.

i) Operationsverweigerung.

Über die Frage, inwieweit der verklagte Arzt dem Patienten entgegenhalten kann, daß er den Schaden selbst durch Verweigerung einer Operation herbeigeführt habe, finden sich beachtliche Ausführungen in dem Urteil des Reichsgerichts vom 8. Oktober 1935 (III 47/35). Hier handelte es sich um folgendes:

Am 12. Juni 1926 wurde der Kläger an einer schweren Blinddarmentzündung operiert. Am 19. Juli erkrankte er an Rippenfellentzündung und wurde in das der beklagten Stadtgemeinde gehörige Krankenhaus überführt. Dort operierte ihn am 23. Juli Sanitätsrat Dr. A., ein praktischer Arzt, der den beurlaubten Leiter der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses, Geheimrat Dr. B., vertrat. Nach seiner Rückkehr nahm Dr. B. am 4. September eine zweite Brustoperation an dem Kläger vor. Bei einer Ausspülung der Wunde am 20. November trat ein Gebilde zutage, das nach der Behauptung des Klägers ein bei der Operation durch Dr. A. versehentlich in der Wunde zurückgebliebener Mulltupfer, nach der Behauptung der Beklagten ein abgestoßenes Teilchen des Lungengewebes, ein sog. Lungensequester war. Eine neuerliche Operation, die Dr. B. dem Kläger wegen seines andauernden ungünstigen Befindens im Februar 1927 vorschlug, lehnte der Kläger ab. Im März 1927 verließ der Kläger das Krankenhaus und begab sich in die Behandlung des Arztes Dr. C. Als sich sein Zustand immer weiter verschlechterte, ließ er im August und September 1928 durch den Primärarzt der Chirurgischen Abteilung eines anderen Krankenhauses, Dr. D., eine weitere Operation, eine sog. Thorakoplastik, vornehmen, die zu einer Besserung führte. Er verlangte von der beklagten Stadtgemeinde Schadenersatz und Schmerzensgeld, mit der Begründung, daß die schweren Folgen seiner Lungenerkrankung durch das fahrlässige Zurücklassen des Mulltupfers in der Wunde bei der Operation durch Dr. A. verursacht seien.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen, das Berufungsgericht hat sie dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Reichsgericht hat das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache in die Vorinstanz zurückverwiesen. Es hat u. a. ausgeführt: Das Berufungsurteil läßt eine Beweiswürdigung über den Zusammenhang zwischen dem Zurückbleiben des Mulltupfers und der das Erstarren der Brustwandung verursachenden erhöhten Eiterung in der Brusthöhle überhaupt

vermissen. Erst wenn dann der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Zurückbleiben des Fremdkörpers in der Brusthöhle und der verstärkten Eiterung noch zu bejahen war, war zu erwägen, ob der Kläger durch die anfängliche Verweigerung der Thorakoplastik oder einer anderen von Dr. B. empfohlenen Operation den Schaden erst eigentlich selbst herbeigeführt hat, und ob die Weigerung schuldhaft war. Über die Zumutbarkeit einer Operation können nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts allgemeine Regeln nicht aufgestellt werden. Das Gericht wird aber nochmals zu prüfen haben, ob der Kläger die ihm von Dr. B. vorgeschlagene Operation deshalb mit Recht ablehnen durfte, weil durch ein Versehen eines Arztes dieses Krankenhauses sein Zustand nicht gebessert worden sei, weil sie mit einer Narkose verbunden sei und schließlich, weil die Beklagte sich zur Kostentragung nicht bereit erklärt habe. Weiter ist dann zu prüfen, ob schließlich durch die Verschleppung der Thorakoplastik die übermäßige Vereiterung der Brusthöhle und die Erstarrung der Brustwandung eingetreten ist, oder ob mindestens der Schadensumfang durch die Verweigerung der Operation beeinflusst wurde.

IX. Haftpflicht des Arztes.

42. Vorbemerkung.

Das sich immer mehr ausbreitende Bestreben, bei ungünstigem Ausgang einer Erkrankung oder Verletzungsfolge eine unsachgemäße Behandlung oder gar einen Kunstfehler seitens des Arztes geltend zu machen, hat letzthin den Anlaß zu vorstehenden Ausführungen gegeben. Es ist ferner unverkennbar, daß eine große Zahl von Haftpflichtprozessen aus dem Bestreben entsteht, die Honorarzählung zu umgehen. So ergibt unser Beobachtungsmaterial, daß in 15 Fällen (6,5%) die Schadenersatzansprüche erst geltend gemacht wurden, als der Patient zur Honorarzählung gemahnt wurde.

Ob das dem Arzt entgegengebrachte Mißtrauen gerechtfertigt ist oder nicht, in jedem Fall wird die Einleitung eines Verfahrens für ihn schädliche Folgen zeitigen. Besonders der Arzt auf dem Lande und in kleinen Städten wird zum Mittelpunkt eines unliebsamen Gesprächstoffes, zumal der Ausgang stets ungewiß ist, und das Verfahren eine lange Zeitdauer beansprucht. Die für den Arzt entstehenden Belastungen faßt E. FRANCK folgendermaßen zusammen:

„Fest steht jedenfalls die Erfahrungstatsache, daß sich bei dem nun bald einsetzenden gerichtlichen Verfahren immer 2 Parteien gegenüberstehen, deren jede auch über die notwendigen, nicht zu unterschätzenden ärztlichen Kräfte zur Unterstützung ihrer Ansprüche verfügt. Daraus ergibt sich dann weiter, was der meist zu Unrecht beschuldigte Arzt wie seine Haftpflichtversicherung an dem sich stets über Jahre hinziehenden Rechtsstreit zu tragen hat. Es erwachsen dem Arzt damit auch oft in nächster Nähe aus Kollegen Gegner, denen gegenüber er sich zum mindesten während des Prozesses in einer gewissen Verteidigungs- und Abwehrstellung befindet.“

Schädliche Folgen, die schon mit der bloßen Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens verknüpft sind, treten namentlich dann häufig ein,

wenn es sich um die *strafrechtliche* Verantwortung eines Arztes handelt; und zwar selbst dann, wenn das Verfahren mit einem Freispruch endet. Denn schon die Tatsache, daß gegen einen Arzt ein strafrechtliches Verfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung oder gar wegen fahrlässiger Tötung eingeleitet wird, ist geeignet, den Ruf des Arztes zu schädigen und seine wirtschaftliche Existenz zu untergraben; Folgen, die nur teilweise wieder beseitigt werden können, wenn nach einem mitunter jahrelang dauernden Verfahren sich die Unschuld des Angeklagten herausstellt. In einem kürzlich entschiedenen Falle, in dem ein Arzt bei nicht durchgeführter Serumprophylaxe gegen Tetanus wegen fahrlässiger Tötung angeklagt, schließlich aber auf Grund eines eine Fahrlässigkeit bei Unterlassung der Serumprophylaxe verneinenden Gutachtens freigesprochen worden war, wies der betreffende Arzt nach Beendigung des Verfahrens „auf die unerwünschten katastrophalen Folgen hin, die seine ganze ärztliche und menschliche Existenz erschütterten“. So bedauerlich solche Folgen sind, so lassen sie sich doch nicht völlig vermeiden. Zum Glück sind die Fälle, in denen ein Arzt wegen mangelnder Sorgfalt oder eines sonstigen Versehens vom Strafrichter zur Verantwortung gezogen wird, nicht allzu häufig.

Dagegen ist die Zahl der Fälle groß, in denen gegen einen Arzt zivilrechtliche Ansprüche auf Schadenersatz wegen fehlerhafter Behandlung erhoben werden. Hierüber soll im folgenden gehandelt werden.

43. Allgemeines. Haftung für ärztliche Kunstfehler. Beweislast.

Die Haftung des Arztes für Schäden, die aus fehlerhafter Behandlung entstehen, beruht in der Regel auf dem zwischen dem Patienten und dem Arzt geschlossenen Vertrag und auf der Verletzung der aus diesem Vertrag entspringenden Pflichten. Aber auch ohne Vorliegen eines Vertragsverhältnisses, z. B. bei ärztlichen Eingriffen an einem bewußtlosen Verunglückten, kann eine Haftung, und zwar aus unerlaubter Handlung begründet sein. Nach gefestigter Rechtsprechung des Reichsgerichts kann auch Vertragsverletzung mit unerlaubter Handlung zusammenreffen. Insbesondere ist anerkannt, daß die gegen ärztliche Kunstregeln und damit gegen die ärztliche Vertragspflicht verstoßende, zu körperlicher Schädigung des Kranken führende Behandlung den Tatbestand einer unerlaubten Handlung darstellen kann. Die Klage kann sowohl auf Vertragsverletzung als auch auf unerlaubte Handlung gestützt werden. Ein Anspruch auf Schmerzensgeld kann nur auf unerlaubte Handlung gegründet werden. Voraussetzung für eine Haftung des Arztes ist, daß die Schädigung des Patienten durch eine fehlerhafte Behandlung verursacht worden ist, und daß die fehlerhafte Behandlung dem Arzt zum Verschulden anzurechnen ist. Das ist, außer den nur selten

vorkommenden Fällen eines vorsätzlichen Handelns, vor allem dann der Fall, wenn dem Arzt Fahrlässigkeit zur Last fällt, d. h. wenn er die erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen hat. Vielfach, doch nicht immer, wird ein Kunstfehler, ein Verstoß gegen die Grundsätze der medizinischen Wissenschaft vorliegen; ein Verschulden nach § 276 BGB. kann ohne Vorhandensein eines Kunstfehlers gegeben sei. Der Begriff des *Kunstfehlers, d. h. die Verletzung bestimmter, in der Wissenschaft allgemein anerkannter Regeln*, überschneidet sich oft mit dem der Fahrlässigkeit. Beide Begriffe decken sich nicht: nicht jeder Kunstfehler ist ein Verschulden, und nicht jedes Verschulden ist ein Kunstfehler.

Wie das Reichsgericht in dem Urteil vom 12. Oktober 1934 (III 61/34) darlegt, verdient der Grundsatz, daß ein Verschulden im Sinne des § 276 BGB. auch gegeben sein kann, wenn kein ärztlicher Kunstfehler, d. h. keine Verletzung bestimmter, in der Wissenschaft allgemein anerkannter Regeln vorliegt um so mehr Beachtung, wenn aus dem festgestellten Sachverhalt hervorgeht, daß es sich nicht um Regeln handelt, die in der Wissenschaft allgemein anerkannt sind, sondern daß die Ansichten der Fachkreise zum mindesten auseinandergehen. So kann man, wie das Reichsgericht in einem Urteil vom 12. Mai 1931 ausführt, bei einer Überschreitung der Dosierungsmaßstäbe für die Röntgenbestrahlung, soweit sie zur fraglichen Zeit noch nicht allgemein anerkannt waren, noch nicht von Kunstfehlern sprechen, trotzdem aber in der Herbeiführung von Hautbeschädigungen infolge zu starker Bestrahlung eine fahrlässige Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht finden.

Abzulehnen ist die vereinzelt vertretene Ansicht, eine Haftung des Arztes für Kunstfehler könne unter Umständen auch dann eintreten, wenn ihm keine Fahrlässigkeit zur Last fällt. Vielmehr kann eine strafrechtliche Verfolgung oder eine zivilrechtliche Haftung ein Kunstfehler nur dann nach sich ziehen, wenn dadurch eine Gesundheitsstörung oder der Tod des Patienten herbeigeführt ist, wenn der Arzt die ihm nach den Umständen obliegende Sorgfalt außer acht gelassen hat, und wenn der Schaden durch andere, richtige Behandlung sich hätte vermeiden lassen. Ob ein Verstoß gegen die medizinische Wissenschaft vorliegt, ist oft recht schwierig zu entscheiden. In einem Urteil, das es mit einem fehlerhaften Verhalten eines nicht approbierten Heilbehandlers zu tun hatte (vom 1. Dezember 1931 I D 707/31), grenzt das Reichsgericht den Begriff von dem häufig gebrauchten Ausdruck „Schulmedizin“ scharf ab. Unter „Schulmedizin“ versteht es nicht die „auf den Universitäten gelehrt medizinische Wissenschaft, deren Beherrschung bei den Prüfungen und bei der Approbation vorausgesetzt wird, im Gegensatz zu dem Wissen, das die nichtärztlichen Heilbehandler aus Büchern, in Kursen oder lediglich aus dem Erfahren sich aneignen oder sich aneignen zu können glauben“, sondern es gebraucht den Begriff „Schulmedizin“

gleichbedeutend mit dem Begriff der „allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft (oder Kunst)“, und es spricht sich anschließend dahin aus, daß ein Arzt für ein Abweichen von der Schulmedizin nicht verantwortlich gemacht werden kann, wenn er sich einer anderen von beachtlichen Medizinern vertretenen Ansicht anschließt.

Es handelte sich um eine akute Blinddarmentzündung; das Landgericht hatte festgestellt, nach der herrschenden Ansicht müsse bei einer schweren Blinddarmentzündung zwar so früh als möglich, aber doch auch noch nach Ablauf von 48 Stunden seit dem Beginn der Krankheit bis zu einem etwa feststellbaren Durchbruch des Wurmfortsatzes oder auch noch nach einem Durchbruch, soweit irgend möglich, operiert werden, während die Vertreter der sog. „konservativen Methode“, zu denen auch approbierte Ärzte, wie Prof. Dr. X. zählten, auf dem Standpunkt ständen, daß nach dem Ablauf von 48 Stunden bis zum Eintritt eines „Intervalls“ keine Operation, sondern eine abwartende Behandlung angezeigt sei. Das Reichsgericht nahm an, daß ein Arzt, der in einem solchen Falle der „konservativen Methode“ gefolgt sei und die Operation unterlassen habe, für den Tod des Patienten nicht aus dem Gesichtspunkte der Begehung eines Kunstfehlers verantwortlich gemacht werden könne.

Außer durch Nichtvornahme oder Verspätung einer notwendigen Operation können Kunstfehler auch sonst noch durch Unterlassung begangen werden, so wenn eine Röntgendurchleuchtung schuldhaft verzögert oder überhaupt nicht vorgenommen wird. Viel häufiger als Schädigungen durch Unterlassungen sind die bei einem aktiven Handeln begangenen Kunstfehler, wie namentlich Verletzungen bei Operationen, bei Röntgenbestrahlungen, Diathermiebehandlung u. ä. Auch das Zurücklassen von Fremdkörpern in der Operationswunde gehört hierher. Dagegen sind Irrtümer bei der Diagnose nicht als Kunstfehler anzusehen. Bei Beantwortung der Frage, ob die fehlerhafte Behandlung dem Arzt zum Verschulden anzurechnen ist, ist es von besonderer Bedeutung, ob der Arzt das Unsachgemäße seiner Behandlung bzw. die schädigenden Wirkungen der von ihm angewandten Methode nach dem damaligen Stande der Wissenschaft erkennen konnte. Durfte er z. B. die von ihm vorgenommene Bestrahlung oder die angewandte Diathermiemethode für ungefährlich halten, weil die damit verbundenen schädigenden Nebenwirkungen damals wissenschaftlich noch nicht beobachtet und ungeklärt waren, so ist ein Verschulden zu verneinen.

Soll der Arzt für einen Kunstfehler verantwortlich gemacht werden, so ist ihm nicht bloß der Fehler selbst, sondern auch sein Verschulden nachzuweisen. Dieser Beweis ist oft sehr schwierig. Erleichtert wird er durch die Anwendung der Grundsätze vom sog. Prima-Facie-Beweis.

In dieser Beziehung ist in der Rechtsprechung des Reichsgerichts anerkannt, daß, falls eine zur Erklärung des eingetretenen, schadenbringenden Erfolgs geeignete, nach dem natürlichen Lauf der Dinge als seine Ursache anzusehende Tatsache bewiesen ist, es nunmehr Sache des Gegners ist, darzutun, daß andere Ursachen ihn herbeigeführt haben können (RGZ. 95, 103; 130, 359, WarnRspr. 1915, Nr 50). Diese Grundsätze müssen — abgesehen von der bei Operationen meist gegebenen Sachlage — auch bei dem Kunstfehler eines Arztes Anwendung finden (vgl. auch WarnRspr. 1926, Nr 155). Stets muß aber die Sachlage einen Anhalt dafür gewähren, daß das Verhalten des Arztes ursächlich sein konnte; und dieser Anhalt muß so stark sein, daß auf den ersten Blick eine Verneinung des ursächlichen Zusammenhangs nicht möglich erscheint. Läßt sich bei einem operativen Eingriff der ursächliche, zu einer Schädigung des Kranken führende Verlauf nicht mehr aufklären, so trägt der Arzt die Gefahr der völligen Unaufklärbarkeit des Ursachenverlaufs nicht. Hat er aber durch einen Kunstfehler, z. B. die schuldhaftige Verzögerung einer Röntgendurchleuchtung, die Unaufklärbarkeit selbst herbeigeführt, so muß er die Folgen hiervon tragen, d. h. er muß es sich gefallen lassen, daß ein schuldhaftes Verhalten seinerseits festgestellt wird, wenn er nicht den Gegenbeweis führen kann. Ebenso ist, wenn der Arzt bei der Röntgenbestrahlung eine dem Stande der Wissenschaft nicht mehr entsprechende Bestrahlungsmethode anwendet und beim Patienten eine auf Überbestrahlung hindeutende Geschwürsbildung eintritt, zunächst ein Verschulden des Arztes als erwiesen anzunehmen; der Arzt muß in einem solchen Falle den Gegenbeweis führen, daß die Röntgenverbrennung auf einem anderen Grunde beruht.

In dem Urteil vom 16. Juni 1931 (III 312/30) gibt das Reichsgericht grundlegende Richtlinien über die *Beweislast* und den *Beweis des ersten Anscheins* (prima facie-Beweis).

Es führt aus: Der Senat hat es in gleichbleibender Rechtsprechung hinsichtlich des prima facie-Beweises abgelehnt, aus der bloßen Tatsache einer Schädigung des Patienten einen Schluß auf schuldhaftes Verhalten des Arztes oder der Krankenschwester zuzulassen und dem Arzt die Gefahr einer Unaufgeklärtheit des Ursachenverlaufs aufzubürden (RGZ. 128, 121; RGUrt. vom 1. Juli 1930 III 376/29). Es muß genügen, wenn der Arzt zu seiner Entschuldigung Umstände dartut, durch die der Verdacht einer fehlerhaften Behandlung entkräftet wird, mag auch die bloße Möglichkeit des Verschuldens damit nicht ausgeschlossen sein. Auch hinsichtlich der Beweislastregelung in Haftungsprozessen gegen den Arzt wegen eines begangenen Kunstfehlers hat der Senat eine allgemeine Entlastungspflicht des Arztes bisher nicht ausgesprochen (RGZ. 78, 432; RGZ. 130, 121). An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten. Auch die Berufung auf § 282 BGB. kann eine andere Beurteilung nicht rechtfertigen. Es kann dahingestellt bleiben, ob überhaupt diese Bestimmung auch auf den Fall der nicht vollständigen Erfüllung der vertraglich obliegenden Leistung Anwendung findet. Denn bei einer ärztlichen Behandlung kann von einer unvollständigen Erfüllung nicht gesprochen werden, wenn die Behandlung an sich geleistet wurde. Es handelt sich nur um eine bei der

Behandlung vorgekommene angeblich schuldhafte Vertragsverletzung, hinsichtlich derer dem Beschädigten die Beweislast sowohl dafür obliegt, daß die Beschädigung die Folge des von dem Arzt zu vertretenden Umstandes ist, als auch, daß der verursachende Umstand (z. B. Nichtausschaltung des Stromes) vom Arzt zu vertreten ist. In letzterer Beziehung ist jedenfalls eine allgemeine Entlastungspflicht des Arztes auch aus § 282 BGB. nicht herzuleiten.

In einem andern Urteil (vom 28. März 1930, III 236/29) bürdet das Reichsgericht dem Arzt die Beweislast auf, weil er durch einen Kunstfehler, nämlich die schuldhafte Verzögerung einer Röntgendurchleuchtung, die Unaufklärbarkeit selbst herbeigeführt hat. Dieses Urteil enthält eingehende, grundlegende Ausführungen.

Der Fall lag folgendermaßen: Am 1. Juni 1926 hat die klagende Ehefrau beim Turnen einen Unfall erlitten. Ein sofort zugezogener Arzt stellte einen Bluterguß im rechten Knie fest. Am Tage darauf hat der Beklagte die Behandlung der Klägerin übernommen. Auch er stellte einen Bluterguß fest, nahm eine Verstauchung an und hat die Klägerin demgemäß behandelt; eine Röntgenuntersuchung hat er nicht vorgenommen oder veranlaßt. Erst am 1. November 1926 wurde im W. Krankenhaus eine Röntgenuntersuchung vorgenommen. Sie zeigte, daß der Kopf des Schienbeins gebrochen, und daß der Bruch unter Knorpelbildung und Deformierung des Beins verheilt war. Es wurde nun im Krankenhaus eine Operation vorgenommen, die ein dauerndes Steifwerden des Beins zur Folge hatte. Die Kläger halten die Behandlung der Frau durch den Beklagten für fehlerhaft und fordern Schadenersatz. Das Landgericht hat den Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Das Oberlandesgericht hat zum Teil zuerkannt, zu einem Teil abgesprochen. Auf die Revision der Kläger wurde das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache in die Vorinstanz zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

„Der Berufungsrichter hatte ausgeführt: halte man die Ergebnisse der beiden Sachverständigen, des Prof. Dr. R. im ersten Rechtszug und des Prof. Dr. A. im zweiten Rechtszug nebeneinander, so könne nicht als erwiesen gelten, daß der Klägerin die Beweglichkeit des Beines erhalten geblieben wäre, wenn unmittelbar nach dem Unfall eine Röntgenaufnahme stattgefunden hätte und die Operation, die später vorgenommen worden ist, alsbald damals vorgenommen worden wäre. Nicht einmal eine erhebliche Wahrscheinlichkeit spreche dafür, daß das Knie nicht steif geworden wäre, wenn die Klägerin sofort sachgemäß behandelt worden wäre. Die Möglichkeit, ja Wahrscheinlichkeit, daß trotz gelungener alsbaldiger Operation später Komplikationen eingetreten und infolge dieser Komplikationen später das Knie versteift wäre, sei nach dem Gutachten des Prof. Dr. A. so groß, daß nicht gesagt werden könne, das Knie wäre wahrscheinlich beweglich geblieben. Auch diese möglichen späteren Komplikationen wären unmittelbare Unfallfolgen gewesen. Daher könnten die Kläger wegen dieser Versteifung des Beins Schadenersatz vom Beklagten nicht verlangen.

Die Revision rügt an erster Stelle Verkennung der Beweislast. Die Verteilung der Beweislast in Arztprozessen mag nicht unzweifelhaft sein, soweit das Verschulden des Arztes in Frage steht. Zwar soweit der Kläger den Anspruch aus unerlaubter Handlung herleitet, hat ohne weiteres der Kläger das Verschulden des Arztes darzutun. Soweit aber der Kläger als Dienstvertragsberechtigter dem Arzt gegenübersteht, läßt sich darüber streiten, ob nicht der Arzt über die mangelhafte Erfüllung seiner ärztlichen Vertragspflichten sich auszuweisen hat, § 282 BGB. In dem Urteil vom 1. März 1912, RGZ. 78, 431, hat der erkennende Senat die Frage nach ihrer grundsätzlichen Seite dahingestellt gelassen und nur für den

Fall, daß sich bei einem operativen Eingriff der ursächliche Verlauf, der zur Schädigung des Kranken führte, nicht mehr aufklären läßt, ausgesprochen, daß der Arzt die Gefahr der völligen Unaufklärbarkeit des Ursachenverlaufs nicht trägt. An dieser Rechtsprechung hat der Senat seitdem stets festgehalten. Diese gefestigte Rechtsprechung steht auch hier der Revision entgegen, und zwar um so mehr, als sich die angeführte Rechtsprechung vorwiegend auf die Frage bezieht, ob dem Arzt ein Verschulden zur Last fällt. Hier steht dieses Verschulden fest; nur der ursächliche Zusammenhang zwischen seinem Verschulden und einer ganz bestimmten schweren Schädigung steht in Frage. Die Beweispflicht des Schadenersatzklägers für den ursächlichen Zusammenhang ist aber schon nach allgemeinen Grundsätzen nicht in Zweifel zu ziehen. Darin also, daß der Berufungsrichter von der Beweispflicht der Kläger ausgegangen ist, tritt kein Rechtsirrtum zutage. Die Revision rügt, daß der Berufungsrichter die Anforderungen an das Maß der Beweisführungspflicht überspannt habe. Die Rüge ist nicht begründet. Eine Verletzung des Rechtsbegriffs des ursächlichen Zusammenhangs ist nicht ersichtlich. Wer für eine Tatsache beweispflichtig ist, hat grundsätzlich vollen Beweis zu erbringen. Das kann für die beweispflichtige Partei schwere Nachteile im Gefolge haben, wenn sich der Ursachenablauf endgültig nicht mehr aufklären läßt.

Nicht ohne Grund ist dagegen die letzte Rüge, die die Revision in diesem Zusammenhang erhoben hat. Sie weist darauf hin, daß es gerade der Beklagte war, der durch seinen Kunstfehler, nämlich das monatelange Hinausschieben der Röntgendurchleuchtung, die Feststellung der anderweitigen Heilungsmöglichkeiten erschwert hat. Diese Behauptung der Revision findet ihre Stütze in dem Gutachten des Prof. Dr. A. Der Sachverständige nimmt an, daß bei alsbaldiger Röntgendurchleuchtung und bei der dem Röntgenbefund entsprechenden richtigen ärztlichen Behandlung eine Versteifung des Beines als unmittelbare Folge nicht eingetreten wäre. Dagegen läßt er die Möglichkeit offen, daß die Versteifung als mittelbare Folge doch eingetreten wäre, nämlich als Folge späterer Komplikationen, wie sie bei derlei Verletzungen erfahrungsgemäß zuweilen eintreten. Gerade in diesem entscheidenden Punkt vermag der Sachverständige, wie er sagt, eine bindende Antwort nicht zu geben; „denn es fehlt ein Röntgenbild, welches uns einen Einblick gibt über die Schwere des Schienenbeinkopfruchs und seine Verschiebungen unmittelbar nach dem Unfall.“ Gerade diese *Lücke in der Beweisführung* hat der Beklagte selbst zu vertreten, und zwar als Folge seines ärztlichen Mißgriffs. Es entspricht der ständigen Rechtsprechung, daß der Richter solchenfalls befugt ist, aus einem solchen Sachverhalt Folgerungen für die Beweiswürdigung zu ungunsten desjenigen Teils zu ziehen, der die Unaufklärbarkeit schuldhaft herbeigeführt hat. Der Berufungsrichter hat diesen Gesichtspunkt überhaupt nicht in den Kreis seiner Erwägungen gezogen. Aus diesem Grunde muß das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache an das Berufungsgericht zurückverwiesen werden.

44. Haftung des Staates, der Gemeinden, öffentlicher Krankenhäuser, sonstiger Krankenanstalten.

Die Tätigkeit der beamteten Ärzte in einem staatlichen Krankenhaus, der Krankenhausdirektoren, Chefärzte, der Direktoren der Universitätskliniken stellt sich als Ausübung der ihnen anvertrauten öffentlichen Gewalt dar (BRAND, Das deutsche Beamtengesetz S. 237). Daher findet § 23 des deutschen Beamtengesetzes vom 26. Januar 1937 Anwendung auf Schäden, die einem Patienten von einem ärztlichen Beamten usw. bei Ausübung der ärztlichen Praxis zugefügt werden. So

führt das Landgericht Berlin in einem Urteil vom 9. November 1937 aus: „Der Oberarzt X. ist Beamter des Landes Preußen. Der Beamte hat auch bei der Behandlung des A. als einer Maßnahme der staatlichen Fürsorge in Ausübung der öffentlichen Gewalt gehandelt. Denn zur Ausübung der öffentlichen Gewalt gehört jede dienstliche Tätigkeit eines Beamten, der sich nicht auf die Wahrnehmung bürgerlicher Interessen des Staates beschränkt (RGZ. 126, 28). Die Auffassung, daß auch Maßnahmen auf dem Gebiete der dem Staate obliegenden Fürsorgepflicht Betätigungen der öffentlichen Gewalt sind, entspricht der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts (RGZ. 111, 366). Danach haftet für alle ärztlichen Versehen von beamteten Ärzten usw. — über die Haftung des Staates für Versehen eines Gefängnisarztes siehe das oben unter V 19 mitgeteilte Urteil des Reichsgerichts vom 19. Mai 1931 — der Staat oder die Gemeinde oder sonstige öffentliche Körperschaft dem verletzten Patienten gegenüber. Und zwar sind die Inhaber von Krankenhäusern, Polikliniken, Kliniken usw. für die in diesen Anstalten tätigen Ärzte auch insoweit verantwortlich, als die Ärzte die Aufklärungspflicht gegenüber den Patienten verletzen (Urteil des Reichsgerichts vom 17. April 1934). Der Patient kann sich nur an den Staat usw. halten, und der vom Patienten etwa in Anspruch genommene Arzt kann den Patienten an den Staat verweisen und die Erfüllung der an den Arzt persönlich gerichteten Forderungen ablehnen. Nach § 23 Abs. 2 des deutschen Beamtengesetzes hat allerdings die Behörde die Möglichkeit, durch Rückgriff sich an dem schuldigen Arzt schadlos zu halten, aber nur insoweit, als diesem Vorsatz oder *grobe* Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Übrigens kann, wie das Reichsgericht in dem Urteil vom 30. Juli 1936 zutreffend ausführt, bei der Aufnahme eines Kranken in ein Krankenhaus die Rechtslage hinsichtlich der sich ergebenden Rechtsbeziehungen eine verschiedene sein, je nachdem, ob ein einheitlicher Vertrag mit der Verwaltung des Krankenhauses zustande kommt, der auch die ärztliche Behandlung mitumfaßt, oder ob zwei inhaltlich verschiedene Verträge geschlossen werden, der eine zwischen dem Kranken und dem Krankenhaus, gerichtet auf Gewährung von Verpflegung, Beherbergung usw., der andere zwischen dem Kranken und einem vom Krankenhaus zur Verfügung zu stellenden und beim Vertragsschluß von der Verwaltung des Krankenhauses vertretenen Arzt, gerichtet auf ärztliche Behandlung. Bei der Frage, ob das eine oder das andere zutrifft, ist auf die Umstände des einzelnen Falles und den jeweiligen Inhalt der Parteivereinbarung abzustellen. Wenn nicht eine andere Verkehrsauffassung besteht, wird in Fällen, in denen ein Kranker nach einem Unglücksfall in ein Krankenhaus verbracht wird, in der Regel davon auszugehen sein, daß er von dem Krankenhaus nicht nur Beherbergung, Verpflegung und Bereitstellung von Heilmitteln, sondern in erster Linie auch ärztliche Behandlung erwartet und verlangt. Davon muß grundsätzlich und gleichgültig, ob in dem Krankenhaus eine andere Übung besteht oder nicht, auch die Verwaltung des Krankenhauses ausgehen, da ein solcher Wille des ein Vertragsangebot machenden Kranken das natürliche und nächstliegende ist. Besteht in dem Krankenhaus eine andere Übung, soll also die Annahme des Vertragsangebots des Kranken die Verpflichtung zur Gewährleistung ärztlicher Hilfe

nach dem Willen der Verwaltung nicht einschließen, so muß sie den Kranken oder dessen Vertreter, sobald die Umstände es gestatten, darauf aufmerksam machen.

Die Unterscheidung ist auch wichtig bei Entscheidung der Frage, wer für etwaige Versehen der Krankenschwestern im Krankenhaus haftet. Eine Haftung der Ärzte, nicht des Krankenhauses, für Versehen der Krankenschwester ist anzunehmen, wenn die ins Krankenhaus aufgenommenen Kranken Privatpatienten der Ärzte sind. So in einem vom Oberlandesgericht Kiel am 11. Mai 1936 entschiedenen Falle. Es haben sich die Ärzte, die in dem Krankenhaus tätig sind, wegen ihrer Arztgebühren an die Kranken selbst zu halten. Sie behandeln diese als Privatpatienten. Wie sie berechtigt sind, insoweit das Krankenhaus zu benutzen, sind sie andererseits im Interesse der Aufrechterhaltung eines geordneten Krankenhausbetriebes der Beklagten gegenüber auch verpflichtet, die in das Krankenhaus aufgenommenen Personen ärztlich zu versorgen. Zu diesem Behufe stellt die beklagte Stadtgemeinde auf ihre Kosten ihnen für Hilfeleistungen die Krankenschwestern zur Verfügung. Mit der Krankenbehandlung selbst hat sie nichts zu tun, sie gewährt den Kranken ihrerseits nur Unterkunft und Pflege. Die ärztliche Versorgung erfolgt, wie bei anderen Privatpatienten, auf Grund besonderer Abmachung zwischen den Kranken und den Ärzten. Daraus ergibt sich, daß die beklagte Stadt für die Hilfeleistungen der Schwestern bei der ärztlichen Behandlung, auf die sie auch keinen Einfluß hat, nicht verantwortlich ist. Insoweit handeln die Schwestern als Erfüllungsgehilfinnen nicht der Beklagten, sondern der Ärzte, nach deren Weisungen sie tätig werden. Hierbei macht es angesichts der Tatsache, daß die Schwestern ja auch bei der der Beklagten obliegenden Pflege der Kranken mitzuwirken haben, nichts aus, daß die Kranken das Entgelt für gewisse Dienstleistungen der Schwestern nicht an die Ärzte, sondern an die Beklagte zu entrichten haben. Die Krankenschwestern sind bei dieser Sachlage einerseits Gehilfinnen der Beklagten bei Erfüllung der Verpflichtung gegenüber den Ärzten auf Stellung von Hilfskräften bei der ärztlichen Versorgung der Kranken und andererseits Erfüllungsgehilfinnen der Ärzte in bezug auf die Behandlung ihrer im Krankenhaus untergebrachten Patienten.

Bezüglich der Haftung für Verletzungen infolge von Mißgriffen der Krankenschwester bei *Handhabung des Röntgenapparates* ist an Hand der Urteile des Reichsgerichts in RGZ. 118, 41; 139, 255 folgendes zu sagen. Der Arzt hat nur dann, wenn er den Röntgenapparat und die Bedienungsschwester zur Verfügung stellt und durch sie die Bestrahlung vornehmen läßt, sei es, daß es sich um seinen Apparat und seine Angestellte handelt, sei es, daß ihm von dritter Seite, z. B. von dem Krankenhaus, Apparat und Schwester zu seinem Gebrauch überlassen sind, für Mängel des Apparates und Versehen der Schwester bei der Bestrah-

lung nach § 278 BGB. einzustehen. Anders ist es aber, wenn der Kranke mit dem Krankenhaus einen Vertrag über die Bestrahlung abgeschlossen hat, kraft dessen dieses ihm gegenüber zur Stellung einer ordnungsmäßigen Röntgeneinrichtung und zur richtigen Durchführung der Bestrahlung durch ihre Schwester verpflichtet war. In letzterem Falle ist die Schwester, jedenfalls soweit es sich um die technische Durchführung der Bestrahlung handelt, nicht Erfüllungsgehilfin des Arztes, da er sich ihrer insoweit nicht zur Erfüllung seiner Verpflichtungen bedient.

Hiervon wiederum verschieden ist die Rechtslage, wenn der Apparat und die Röntgeschwester den nicht zum Krankenhaus gehörenden Ärzten derart zur Verfügung gestellt werden, daß sie sich beider nur unter eigener Verantwortung und eigener Gefahr zu bedienen haben. Nimmt der Arzt in einem solchen Falle die Durchleuchtung vor, so trägt er dem Patienten gegenüber die vertragliche Verantwortung für die sachgemäße Durchführung auch derjenigen Maßnahmen, die die Röntgeschwester bei Benutzung des Apparates von sich aus zu treffen hat. Sie ist dann Erfüllungsgehilfin des Arztes, für deren Mißgriffe er nach § 278 BGB. wie für seine eigenen einzustehen hat, auch wenn er mangels der dazu erforderlichen Ausbildung gar nicht in der Lage war, der Schwester Bedienungsanweisungen zu geben oder die Zweckmäßigkeit ihrer Bedienungsmaßnahmen nachzuprüfen.

Für die rein technische Durchführung der Bestrahlung durch die Röntgeschwester hat der Arzt in der Regel nicht aufzukommen. Das gilt insbesondere, wenn die Bedienungsfehler sich auf die technische Seite der Anwendung der Röntgenanlage beziehen, wie die Befestigung der Abdeckungsplatten, und nicht die Befolgung der besonderen ärztlichen Anordnungen, besonders bezüglich der Bestrahlungsdauer betreffen. Zu der technischen Seite der Bestrahlung gehört auch der Schutz der nicht zu bestrahlenden Körperteile des Kranken gegen die Einwirkung der Strahlen. Es handelt sich dabei um einfache, rein technische Schutzmaßnahmen, deren Bedeutung und Anwendung jede Röntgeschwester lernt und kennt, und für die es in der Regel keiner besonderen ärztlichen Anordnung und Prüfung bedarf.

Eine strengere Beurteilung ist jedoch dann geboten, wenn das Krankenhaus keinen eigenen Arzt hat, sondern von Laien geleitet wird, und eine ärztliche Prüfung, ob die neu einzustellenden Schwestern den an sie in technischer Beziehung und an ihre Erprobung und Erfahrung zu stellenden Anforderungen genügen, nicht stattfindet. Alsdann trifft den Arzt, der diese Verhältnisse kennt, als ärztlichen Berater der Patienten die Verpflichtung, sorgfältig zu prüfen, ob er ihnen anraten darf, die Bestrahlung in dem Krankenhaus vornehmen zu lassen, und, wenn dies nach Lage der Umstände auch bei Bedenken geboten ist,

nun seinerseits durch Unterweisung und Beaufsichtigung der Schwester dafür zu sorgen, daß die mit Röntgenbestrahlungen durch nicht erprobte Schwestern verbundenen erheblichen Gefahren, soweit nur irgend angängig vermieden werden. Darauf, daß nur erfahrene und bewährte Kräfte eingestellt werden, darf sich der Arzt nicht verlassen, wenn eine ärztliche Leitung fehlt. In einem solchen Falle ist es Pflicht des Arztes, durch Überwachung festzustellen, ob die Schwester die erforderlichen Kenntnisse hat und unbedingt zuverlässig ist.

Die Krankenhausleitung hat die im *Krankenhaus* untergebrachten Patienten vor *Ansteckung* durch andere Patienten zu bewahren. Einen hier einschlägigen Fall behandelt das Reichsgericht in dem Urteil vom 22. März 1932 (III 283/31). Der Fall lag folgendermaßen:

Der Kläger litt an Knochentuberkulose, von der eine offene Wunde an der Innenseite des rechten Kniegelenks herrührte. Auf Anordnung des Reichsvorsorgungsgerichts wurde er am 6. November 1928 zur Begutachtung eines Ohrenleidens in der Ohrenstation des dem Beklagten gehörigen Krankenhauses aufgenommen. Dort lag, wenige Betten von ihm entfernt, der an *Gesichtsrose* (Erysipel) erkrankte Patient K. Am Abend des 12. November hat die Pflegerin H., die Nachtdienst hatte, zunächst sich irgendwie mit dem Kranken K. befaßt und sodann dem Kläger eine neue Salbenaufgabe für die Kniewunde besorgt. Der Kläger wurde am folgenden Tage entlassen. Am 16. November wurde auch bei ihm im Anschluß an die Kniewunde Erysipel festgestellt. Er behauptet, diese Krankheit sei im Krankenhaus auf ihn übertragen worden, und macht den Beklagten dafür verantwortlich, weil der Patient K. nach der Erkrankung habe sofort isoliert und nicht nur, wie es geschehen ist, am Tage, sondern auch während der Nacht durch eine besondere Pflegerin habe bedient werden müssen, die Nachtschwester H. es ferner unterlassen habe, sich nach Bedienung des Patienten K. sofort gründlich zu desinfizieren. Er hat den Staat wegen des ihm durch die Wundrose entstandenen und noch entstehenden Schadens verklagt. Beide Vorinstanzen haben die Klage abgewiesen. Auf die Revision des Klägers wurde das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückverwiesen aus folgenden Gründen:

„Das Berufungsgericht geht davon aus, daß der beklagte Staat den in seinem Krankenhause, gleichgültig, ob entgeltlich oder unentgeltlich, aufgenommenen Personen für eine ordnungsmäßige, Leib und Leben nicht gefährdende Behandlung einzustehen hat. Das Berufungsgericht verneint aber ein Verschulden bei der Behandlung des Klägers im Krankenhaus des Beklagten.

Ein Verschulden der Nachtschwester H., das am nächsten lag, scheidet nach der Feststellung des Berufungsgerichts aus. Danach hat die Nachtschwester, die am Abend des 12. November 1928 nacheinander den Patienten K. und den Kläger bedient habe, sich zwischen der Bedienung des K. und des Klägers vorschriftsmäßig gewaschen und desinfiziert.

Das Berufungsgericht sieht auch ein Verschulden des Stationsarztes und der Krankenhausleitung nicht als erwiesen an. Auf Grund des Gutachtens des Prof. Dr. X. nimmt es an, daß der Arzt und die Leitung nicht gegen allgemein anerkannte Grundsätze der medizinischen Wissenschaft verstoßen haben, und besondere von den allgemein gültigen Vorschriften abweichende Maßnahmen im vorliegenden Falle nicht geboten waren. Es folgt daraus, daß weder ein Fehler in der Organisation noch in der Behandlung, noch in der Anweisung des Pflegepersonals vorgelegen hat. Durch diese allgemeine Feststellung erscheint jedoch ein Verschulden der Krankenhausleitung oder des behandelnden Arztes noch nicht ausgeräumt.

Die Revision vertritt die Auffassung, daß das Gutachten, auf welches das Berufungsgericht sich stützt, selbst ein Verschulden erkennen lasse. Sie weist darauf hin, daß danach zum mindesten lebhafter Streit in der ärztlichen Wissenschaft darüber herrscht, ob Patienten, die an Rose (Erysipel) erkrankt sind, mit Patienten, die operiert sind oder Wunden haben, zusammengelegt werden dürfen, und ist der Ansicht, daß, solange dieser Streit noch besteht und angesehene Ärzte sich für die Notwendigkeit einer *Absonderung der an Rose Erkrankten* aussprechen, die Leitung eines öffentlichen Krankenhauses sich aus Gründen größerer Vorsicht für diese Absonderung zu entscheiden hat. Ihrem Angriff ist die Berechtigung nicht zu versagen. Allerdings handelt ein Arzt regelmäßig nur dann schuldhaft, wenn er von anerkannten Regeln der Wissenschaft abweicht. Der Sachverständige X. nun führt aus, die Notwendigkeit der Absonderung der an Rose Erkrankten sei in der Wissenschaft bis heute noch umstritten, und die Absonderung werde auch in der Praxis nicht überall für notwendig gehalten und befolgt. Hier handelt es sich nicht darum, ob ein Kranker auf diese oder jene Art behandelt werden soll, sondern darum, wie andere Kranke vor der Gefahr einer Ansteckung zu schützen sind. Herrscht Streit darüber, welches Maß von *Vorsicht zur Verhütung einer Ansteckung* notwendig ist, so hat der Arzt im allgemeinen die größere Vorsicht zu beobachten, wenn er nicht fahrlässig handeln will. Der Kläger hatte eine offene Wunde und war deshalb für eine Wundroseansteckung empfänglich. Grundsätzlich hatte deshalb der behandelnde Arzt für die Absonderung des Klägers oder des mit ihm im gleichen Saale untergebrachten an Rose erkrankten Patienten K. zu sorgen, soweit dies die räumlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse irgend zuließen, und nicht etwa besondere Umstände ausnahmsweise geringere Vorsichtsmaßregeln gestattet. Das Berufungsgericht hat nach diesen Richtungen bisher Feststellungen nicht getroffen. Sie würden sich nur dann erübrigen, wenn der ursächliche Zusammenhang zwischen der dem Kläger zuteil gewordenen Krankenhausbehandlung und seiner späteren Wundroseerkrankung mit ihren Schadensfolgen als nicht erwiesen zu gelten hätte. Das Berufungsgericht hebt hervor, daß der Sachverständige X. zwar ‚die Möglichkeit, ja vielleicht eine gewisse Wahrscheinlichkeit‘ zugibt, daß der Kläger während seines Krankenhausaufenthaltes angesteckt worden ist, lehnt aber eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit dafür mit Bestimmtheit ab. Hiergegen richtet sich der weitere Angriff der Revision. In der Tat erscheint die Ansicht des Berufungsgerichts nicht frei von Rechtsirrtum. Steht ein gewisser Sachverhalt fest, der nach den Erfahrungen des Lebens auf eine bestimmte Ursache hinweist, so ist der dem Beweispflichtigen obliegende Beweis für den ursächlichen Zusammenhang zunächst damit durch den ersten Anschein erbracht. Der Gegner, der einen vom gewöhnlichen Verlauf abweichenden Gang des Geschehens behauptet, hat hierfür den Gegenbeweis zu führen. In dem Krankensaal, in welchem der Kläger auf etwa 1 Woche untergebracht war, lag gleichzeitig, wenige Betten von ihm getrennt, der an Gesichtsrose erkrankte Patient K. Der Kläger hatte eine offene Wunde am Knie und war deshalb, wie oben erwähnt, für Roseansteckung empfänglich. Sofort nach seiner Entlassung will er körperliches Unbehagen empfunden haben. Drei Tage später stellte der Arzt bei ihm eine ‚im vollen Gang‘ befindliche Wundrose am Knie fest. Bei einem solchen Sachverhalt muß nach der Erfahrung des Lebens angenommen werden, daß der Krankheitserreger der Rose vom Patienten K. im Krankenhaus auf den Kläger übertragen worden ist. Nicht der Kläger hat die Abwesenheit besonderer Umstände darzutun, welche im vorliegenden Falle einen vom regelmäßigen Lauf der Dinge abweichenden Gang des Geschehens ergeben, sondern dem Beklagten liegt der Nachweis solcher Umstände ob“.

Über die Haftung einer *Stadtgemeinde* für fahrlässige Verletzung eines in das *Städtische Krankenhaus* aufgenommenen Mitglieds der *Ortskranken-*

kasse spricht sich das Reichsgericht in einem Urteil vom 5. November 1929 aus. Es handelte sich um eine *Armlähmung* wegen unsachgemäßen Haltens des Armes durch die *Narkoseschwester*. Der Fall lag folgendermaßen:

Am 5. Januar 1926 wurde die Ehefrau des Klägers als Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse S. in das dortige Städtische Krankenhaus eingeliefert. Am 7. Januar 1926 wurde sie am Unterleib operiert. Nach beendigter Operation zeigten sich im rechten Arm und in der rechten Hand der Ehefrau des Klägers Lähmungserscheinungen, die vor dem Eingriff nicht vorhanden waren. Der Kläger macht für die Folgen dieser sog. *Narkoselähmung* die verklagte Stadtgemeinde verantwortlich, indem er geltend macht, bei der Operation sei ein Versehen in der Lagerung oder Haltung des rechten Arms vorgekommen, das zu einer Quetschung der Nerven des rechten Armes geführt habe. Dieses Versehen führt der Kläger auf ein Verschulden der bei der Operation beschäftigten Ärzte und Krankenschwestern zurück, für die als Erfüllungsgehilfen ihrer Vertragspflichten die Beklagte einzustehen habe. Der Kläger gründet seine Ansprüche aber auch auf eine außervertragliche Haftung der Beklagten, herrührend aus der allgemeinen Rechtspflicht, niemanden körperlich zu verletzen, ohne Rücksicht darauf, ob die betreffende Person auf Grund eines Vertrags oder ohne solchen in ihren Geschäftsbereich eingetreten ist. Das Verschulden der Beklagten und ihrer Erfüllungsgehilfen erblickt der Kläger darin, daß die Operation überstürzt und ohne genügende Vorbereitung ausgeführt worden sei, daß die Narkoseschwester trotz Belehrung durch den die Operation ausführenden Arzt den Arm falsch gehalten habe, daß von den bei der Operation tätig gewesenenen Ärzten die falsche Haltung des Armes nicht bemerkt worden sei, ferner, daß die Beklagte nicht für eine genügende Zahl von hinreichend ausgebildeten Schwestern und Ärzten gesorgt habe, falls diese infolge Überarbeitung nicht mehr in der Lage gewesen sein sollten, ihre Verrichtungen bei der Operation mit der erforderlichen Aufmerksamkeit vorzunehmen.

Das Oberlandesgericht hat den Anspruch des Klägers dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Die Revision der Beklagten wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen: „Die Annahme des Berufungsgerichts, daß durch die Aufnahme und Einweisung eines *Mitgliedes der Ortskrankenkasse* in das einem Dritten gehörende Krankenhaus ein Vertragsverhältnis zustande komme, durch das gemäß § 32 Abs. 2 BGB. auch Vertragsrechte des Kassenmitgliedes gegen den Eigentümer des Krankenhauses begründet werden, steht im Einklang mit der Rechtsprechung des erkennenden Senats. Das gleiche gilt von der Annahme, daß die Beklagte nach § 278 BGB. ein Verschulden sowohl der Ärzte wie der Krankenschwestern ihres Krankenhauses wie eigenes Verschulden zu vertreten habe. In der Sache selbst stellt das Berufungsgericht fest, daß die gleich nach Beendigung der Operation aufgetretene Lähmung des rechten Armes der Ehefrau des Klägers auf unsachgemäßes Halten des Armes während der Operation zurückzuführen ist. Das Halten des Armes gehörte zu den Obliegenheiten der mit der Pulskontrolle beauftragten *Narkoseschwester*. Diese war nach der Feststellung des Berufungsgerichts von dem die Operation ausführenden Arzt bei Beginn der Operation ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer richtigen Armhaltung hingewiesen worden, wie dies auch einige Tage vorher bei einer ähnlichen Operation geschehen war. Die Narkoseschwester wußte, wie der Arm zu halten war, und daß mit einer nicht richtigen Armhaltung Gefahr für die Patientin verbunden war. Die einzig mögliche Erklärung für das gleichwohl erfolgte unsachgemäße Halten des Armes durch die Narkoseschwester erblickt das Berufungsgericht entweder in einer schuldhaften Unachtsamkeit, einer schuldhaften Unterlassung der ihr obliegenden Sorgfalt, oder

in einer Übermüdung der Krankenschwester. Auch in dem Falle der Übermüdung stellt der Berufungsrichter ein Verschulden der Narkoseschwester fest, darin bestehend, daß sie unterlassen habe, dem Arzt hiervon pflichtmäßige Mitteilung zu machen und ihn um Ablösung zu bitten.

Die Revision rügt ungenügende Feststellung eines Verschuldens. Wenn sie meint, es müsse ein Unterschied zwischen „Übermüdung“ und „Ermüdung“ der Krankenschwester gemacht werden, und es könne sich im vorliegenden Falle nur um eine Ermüdung handeln, von der auch der die Operation ausführende Oberarzt allein gesprochen habe, so kann es darauf nicht ankommen. Das angefochtene Urteil unterscheidet nach dieser Richtung nicht und seine Ausführungen sind ersichtlich dahin zu verstehen, daß es die Mitteilungspflicht der Krankenschwester von ihrer Ermüdung im einen wie im anderen Falle annimmt. Im übrigen bejaht das Berufungsgericht für den Fall, daß die Schwester von ihrer vor der Operation verrichteten Tätigkeit her in für den operierenden Arzt erkennbarer Weise ermüdet gewesen sein sollte, zutreffend auch ein Verschulden des Arztes, der alsdann eine andere Schwester mit der Pulskontrolle hätte betrauen müssen. Die Möglichkeit einer Ablösung während der Operation muß im vorliegenden Falle um so mehr angenommen werden, als außer dem, den Eingriff vornehmenden Oberarzt nicht nur ein Arzt, sondern noch ein zweiter Arzt des Krankenhauses Hilfe geleistet hat, so daß im ganzen 5 Hilfspersonen der Beklagten bei der Operation beschäftigt waren.

Da sonach ein für den entstandenen Schaden ursächliches Verschulden der Narkoseschwester einwandfrei nachgewiesen ist und die Annahme einer Haftung der Beklagten für dieses Verschulden gemäß § 278 BGB. gleichfalls keinem rechtlichen Bedenken unterliegt, so war die Revision zurückzuweisen.“

Über die *Haftung des Krankenhauses*, wenn der behandelnde Arzt seine Sorgfaltspflicht gegenüber einem hochgradig *fieberkranken Patienten* verletzt und dieser aus dem Fenster gesprungen ist, läßt sich das oben unter I 4 mitgeteilte Urteil des Reichsgerichts vom 29. Mai 1934 (III 9/34) aus.

Über die Frage, wer für die Verletzung von Mitgliedern einer *Betriebskrankenkasse* haftet, wenn diese mit einer *Ortskrankenkasse* einen Vertrag über die *Benutzung der Bestrahlungseinrichtungen* geschlossen hat, spricht sich das Reichsgericht in einem Urteil vom 20. Januar 1936 (VI 340/35) aus:

Der Kläger hat sich im Kriege ein Rückenmarksleiden zugezogen mit der Folge, daß besonders am linken Arm die Wärme- und Schmerzempfindlichkeit aufgehoben ist. Er bekommt deswegen eine Monatsrente von 18 RM. und war Mitglied der bei den A.-Werken bestehenden Betriebskrankenkasse. Diese hatte mit der beklagten Ortskrankenkasse in B. einen Vertrag geschlossen, wonach ihre Mitglieder an den von der Beklagten unterhaltenen Einrichtungen namentlich auch zur Behandlung mit Heißluft teilnehmen sollten. In den Geräten wird die Heißluft von unten durch eine mit Löchern versehene Asbestplatte eingeführt. Der Kläger war zunächst am 26. Juni 1931 gemäß ärztlicher Anordnung in dem Institut behandelt worden und hatte dabei eine leichte Verbrennung erlitten. Am 19. November 1931 verordnete der praktische Arzt Dr. C. dem Kläger „5 elektrische Lichtbügel mit Massage (Teillähmung l. Arm)“. Diese Anordnung wurde in dem Heißluftgerät am 23. November 1931 in der Weise ausgeführt, daß der Kläger seinen linken Arm in das Gerät einsteckte, während die linke Hand hinausragte. Die im Dienst der Beklagten stehende Assistentin D. veranlaßte diese Behandlung

des Klägers. Sie erklärte dem Kläger, daß er seinen Arm nicht bewegen dürfe und hielt sich nach Einschaltung der Heißluft zeitweise in einem anstoßenden Zimmer auf. Der Kläger hat anscheinend seinen Arm auf die Asbestplatte sinken lassen, und nach etwa halbstündiger Behandlung stellte sich eine starke Verbrennung des Armes heraus. Nach der Behauptung des Klägers ist das Ellbogengelenk trotz Vornahme einer Operation steif geblieben. Der Kläger fordert Schadenersatz. Er behauptet, daß die Assistentin D. schuldhaft gehandelt habe. In Kenntnis der früheren Verbrennung hätte sie mit besonderer Sorgfalt verfahren und den Aufsichtsarzt befragen müssen. Sie habe auch statt der verordneten Lichtbügel das Heißluftgerät angewendet. Die Beklagte habe nicht für genügende ärztliche Versorgung gesorgt. Es sei nur dreimal wöchentlich in den Nachmittagsstunden von 4—7 Uhr ein in A. wohnender Vertrauensarzt erschienen, um die Aufsicht zu führen und Sprechstunde abzuhalten.

Während die Vorinstanzen die Klage abgewiesen haben, hat das Reichsgericht das Berufungsurteil aufgehoben und die Sache zur nochmaligen Verhandlung an die Vorinstanz zurückverwiesen, indem es u. a. ausführt:

Das *Berufungsgericht* nimmt an, daß der privatrechtliche Vertrag zwischen der Betriebskrankenkasse und der Beklagten auch zugunsten Dritter, nämlich der Mitglieder der Betriebskrankenkasse, geschlossen sei. Der Kläger habe daher ein vertragliches Recht auf Behandlung in den Bestrahlungseinrichtungen der Beklagten erlangt. Von diesem Standpunkte aus, der bei der gegebenen Sachlage zu billigen ist, erscheint aber die Verteilung der Beweislast nicht unbedenklich. Es steht fest, daß der Kläger bei der Heilbehandlung durch die Beklagte eine erhebliche Körperverletzung erlitten hat. Dieser Sachverhalt weist schon nach den Grundsätzen des Beweises nach dem ersten Anschein auf ein Verschulden der Beklagten oder ihrer Angestellten hin. Dann muß die Beklagte sich entlasten und dartun, daß sie alles getan hat, um Gefahren für den Kläger auszuschließen; das gilt im vorliegenden Fall für die Haftung sowohl aus Vertrag wie aus unerlaubter Handlung (RGZ. 86, 323, 124, 51, 148, 150). Soweit es sich um die Vertragshaftung handelt, muß die Beklagte für das Verschulden ihrer Angestellten D. nach § 278 BGB. unmittelbar einstehen . . . Auch das eigene Verschulden des Vorstandes der Beklagten ist nicht erschöpfend gewürdigt. Es mag sein, daß bei den regelmäßigen Bestrahlungen, die keine besonderen Schwierigkeiten boten, die jedesmalige Anwesenheit eines Arztes weder erforderlich noch tunlich war. Aber in diesem Fall wohnte der von der Beklagten angestellte Vertrauensarzt nicht am Orte, sondern in E., und er war vertragsmäßig nur verpflichtet, an drei Nachmittagen von 4—7 Uhr die Anstalt aufzusuchen. Das Berufungsgericht hat nicht ausreichend geprüft, ob die Beklagte nicht bei der Leitung der Heilanstalten die im Verkehr erforderliche Sorgfalt im Sinn des § 831 BGB. verletzt hat. Es kam in Frage, ob die Kranken ausreichend ärztlich versorgt und die Angestellten genügend beaufsichtigt und angeleitet wurden (vgl. RGZ. 139, 255). Das Berufungsgericht hat nicht erkennbar berücksichtigt, daß in Akten des Oberversicherungsamts über die ungenügende ärztliche Versorgung und Beaufsichtigung des von der Beklagten unterhaltenen Lichtinstituts Beschwerde geführt ist, die teilweise für begründet erachtet wurde; ferner ist dort Beweis erhoben über eine Anzahl anderer Verbrennungen, die bei den Bestrahlungen durch die Beklagte vorgekommen sind. Auch das hat das Oberlandesgericht zur Frage des Verschuldens der Beklagten unbeachtet gelassen. Es liegt nahe und war zu erwägen, daß die Schwestern, wenn der Vertrauensarzt nur selten erreichbar war, zu Anordnungen sich veranlaßt sahen, die dem Arzt obgelegen hätten, und zu

denen ihnen die Vorbildung fehlte. Das zeigt auch der Fall des Klägers insofern, als die Angestellte D. Zweifel über die Zweckmäßigkeit der Bestrahlung äußerte; es wird zu prüfen sein, ob die D. den Arzt jedenfalls dann befragt haben würde, wenn er erreichbar gewesen wäre. Das Berufungsgericht hat an die von der Beklagten zu beobachtende Verkehrssorgfalt zu geringe Anforderungen gestellt, oder es bestehen doch in dieser Richtung erhebliche Zweifel. Auch hier kommt eine Überspannung der Beweispflicht des Klägers in Frage. Es kommt hinzu, daß die Beklagte nach § 831 BGB. sich zu entlasten hat auch hinsichtlich des Verschuldens der D.“

45. Haftung des Arztes für Hilfspersonen, insbesondere Krankenschwestern u. a.

Steht der Arzt zum Patienten in einem Vertragsverhältnis, so haftet er nicht bloß für eigenes Verschulden, sondern auch für das Verschulden der Hilfspersonen, deren er sich zur Erfüllung seiner Vertragspflicht bedient, also von Assistenten, Schwestern usw. Handelt es sich um Mißgriffe der Krankenschwester bei Handhabung des Röntgenapparates, so hat der Arzt nur dann, wenn er den Röntgenapparat und die Bedienungsschwester zur Verfügung stellt und durch sie die Bestrahlung vornehmen läßt, sei es, daß es sich um seinen Apparat und seine Angestellte handelt, sei es, daß ihm von dritter Seite, z. B. von dem Krankenhaus, Apparat und Schwester zu seinem Gebrauch überlassen sind, für Mängel des Apparates und Versehen der Schwester bei der Bestrahlung nach § 278 BGB. einzustehen. Anders ist es, wenn der Kranke mit dem Krankenhaus einen Vertrag über die Bestrahlung abgeschlossen hat, kraft dessen dieses ihm gegenüber zur Stellung einer ordnungsmäßigen Röntgeneinrichtung und zur richtigen Durchführung der Bestrahlung durch ihre Schwester verpflichtet war. In letzterem Falle ist die Schwester, jedenfalls soweit es sich um die technische Durchführung der Bestrahlung handelt, nicht Erfüllungsgehilfin des Arztes, da er sich ihrer insoweit nicht zur Erfüllung seiner Verpflichtungen bedient.

Hiervon wiederum verschieden ist die Rechtslage, wenn der Apparat und die Röntgeschwester den nicht zum Krankenhaus gehörenden Ärzten derart zur Verfügung gestellt werden, daß sie sich beider nur unter eigener Verantwortung und eigener Gefahr zu bedienen haben. Nimmt der Arzt in einem solchen Falle die Durchleuchtung vor, so trägt er den Patienten gegenüber die vertragliche Verantwortung für die sachgemäße Durchführung auch derjenigen Maßnahmen, die die Röntgeschwester bei Benutzung des Apparates von sich aus zu treffen hat. Sie ist dann Erfüllungsgehilfin des Arztes, für deren Mißgriffe er nach § 278 BGB. wie für seine eigenen einzustehen hat, auch wenn er mangels der dazu erforderlichen Ausbildung gar nicht in der Lage war, der Schwester Bedienungsanweisungen zu geben oder die Zweckmäßigkeit ihrer Bedienungsmaßnahmen nachzuprüfen.

Inwieweit der Arzt haftet, wenn seine Assistentin vergessen hat, den *Filter* einzusetzen, ergibt sich aus verschiedenen Urteilen des Reichsgerichts.

In dem am 30. Mai 1928 (VI 664/28) entschiedenen Falle handelte es sich um eine Röntgenverbrennung, die in einem städtischen Krankenhaus bei einer Durchleuchtung auf Gallensteine im Jahre 1922 dadurch verursacht worden war, daß die Röntgenassistentin vergessen hatte, den Filter in den Apparat einzusetzen. Das Reichsgericht hat dazu ausgeführt, nach seiner Entscheidung vom 14. Juli 1927 dürfe der untersuchende Arzt die rein technische Angelegenheit des *Einsetzens eines Filters* einer durch jahrelange Tätigkeit gut eingearbeiteten, zuverlässigen Assistentin überlassen, die in der selbständigen Handhabung des Apparates die nötige Übung besitze und dabei die notwendige Umsicht und ruhige Sicherheit bewiesen habe; wenn aber ein *neuartiger Apparat* angeschafft werde, in dessen Handhabung der Chefarzt unterwiesen worden sei, so bedeute es keine Überspannung der einem leitenden Arzt obliegenden Berufspflicht, von ihm zu fordern, daß er die in dem klinischen Gebrauch des neu angeschafften Apparates noch nicht hinreichend erprobte Assistentin trotz ihrer technischen Fähigkeit hinsichtlich der Filtereinlegung überwache. Es handelte sich also damals in erster Linie um einen Bedienungsfehler der Röntgenassistentin, und der Fehler des Arztes lag darin, daß er ihr einen neuartigen Apparat zur selbständigen Bedienung überlassen hatte, obschon sie noch nicht hinreichend in seinem Gebrauch erprobt war. Der Arzt hatte also die nach Lage der Sache gebotene Beaufsichtigung der Schwester unterlassen. In dem vom Reichsgericht am 3. September 1935 entschiedenen Falle war die Verletzung des Klägers nicht auf einen Bedienungsfehler der Röntgenschwester bei der Handhabung des Apparates zurückzuführen, die Schwester hat vielmehr die Durchleuchtungen des Klägers nach den Weisungen des Beklagten vorgenommen. Diese Weisungen hätten sich auf alle Maßnahmen erstrecken müssen, die bei der Magenröntgnung nach dem Merkblatt der Deutschen Röntgengesellschaft zur Vermeidung von Gesundheitsschädigungen zu beachten sind. Dazu hätte auch die Anordnung gehört, daß der Filter einzusetzen sei, zumal die Schwester nach der Feststellung des Berufungsgerichts diesen im Einverständnis des Beklagten bei Röntgenaufnahmen in vielen Fällen (zur Erzielung eines besonders scharfen Bildes) fortließ. Für die Unterlassung der gebotenen Anordnungen mußte der Beklagte aufkommen (RGZ. 118, 41; 139, 255).

In dem Urteil vom 19. Januar 1933 (VIII 448/32) führt das Reichsgericht aus:

Nach der Feststellung des Berufungsgerichtes ist die Verbrennung, die den schädigenden Gesundheitszustand herbeigeführt hat, auf folgende Weise entstanden: Entweder am 23. oder am 25. Januar 1927 verschoben sich während der Bestrahlung die aus Bleigummi bestehenden Abdeckungsplatten, welche die nicht zu bestrahlenden, aber den Einwirkungen der Strahlen an sich ausgesetzten Körperteile gegen diese schützen sollten, nach der Seite. Dadurch wurde im Verlaufe der weiteren Bestrahlung, insbesondere am 31. Januar, dem Bestrahlungsfelde auf dem rechten Unterleib eine größere Dosis Strahlen zugeführt, als sie von dem Beklagten vorgesehen war und von dem Körper vertragen werden konnte. Diese nicht vorgesehene Bestrahlung ist dadurch hervorgerufen worden, daß die mit der Vornahme der Bestrahlung beauftragte Schwester entweder die Abdeckungsplatten von vornherein nicht genügend befestigt hat, so daß diese sich ohne Zutun der Klägerin verschoben, oder daß die Klägerin unwillkürlich Bewegungen machte, die eine Verschiebung der Platten zur Folge hatten. In beiden Fällen hat die W. die Strahlenwirkung verschuldet. Denn es war ihre Pflicht, die Platten ordnungs-

mäßig zu befestigen. In jedem Falle mußte sie aber auch nach der besonderen Lage des Falles öfters die Bestrahlung unterbrechen und feststellen, ob die Platten noch ihre ordnungsmäßige Lage hatten. Hätte sie das getan, so hätte sie nach kurzer Zeit die Verschiebung bemerkt, die Platten in die richtige Lage gebracht und so eine längere, unzulässige Strahlenwirkung verhindert, die im Zusammenhang mit der späteren Bestrahlung des rechten Unterleibes die Verbrennung hervorgerufen hat.

Das Berufungsgericht nimmt weiter an, daß der Beklagte gleichfalls für die Durchführung der Bestrahlung, jedenfalls in gewissem Umfange, verantwortlich gewesen sei, da die W. auch seine Erfüllungsgehilfin gewesen sei. Dem trat das Reichsgericht mit folgender Begründung entgegen: „Mit der in RGZ. 118, 41 f. veröffentlichten Entscheidung ist davon auszugehen, daß der Arzt nur dann, wenn er den Röntgenapparat und die Bedienungsschwester zur Verfügung stellt und durch sie die Bestrahlung vornehmen läßt, sei es, daß es sich um seinen Apparat und seine Angestellte handelt, sei es, daß ihm von dritter Seite, hier also von dem Krankenhaus, Apparat und Schwester zu seinem Gebrauch überlassen sind, für Mängel des Apparates und Versehen der Schwester bei der Bestrahlung nach § 278 BGB. einzustehen hat, daß das aber anders ist, wenn der Kranke, wie es hier festgestellt ist, mit dem Krankenhaus einen Vertrag über die Bestrahlung abgeschlossen hat, kraft dessen dieses ihm gegenüber zur Stellung einer ordnungsmäßigen Röntgeneinrichtung und zur richtigen Durchführung der Bestrahlung durch ihre Schwester verpflichtet war. In letzterem Falle ist die Schwester, jedenfalls soweit es sich um die technische Durchführung der Bestrahlung handelt, nicht seine Erfüllungsgehilfin, da er sich ihrer insoweit nicht zur Erfüllung seiner Verpflichtungen bedient. Ob das etwa in anderer Beziehung der Fall ist, und ob insbesondere bei einer Durchleuchtung die Schwester als Erfüllungsgehilfin des Arztes insoweit zu betrachten ist, als es sich um die Befolgung der besonderen Anordnungen des Arztes wegen der Bestrahlung handelt, braucht nicht erörtert zu werden. Denn der vorliegende Fall unterscheidet sich von jenem dadurch, daß hier nicht eine Durchleuchtung, sondern eine Bestrahlung vorgenommen worden ist. Die erstere setzt die Anwesenheit und Mitwirkung des Arztes voraus, der auch während der Durchleuchtung Anordnungen zu geben pflegt und infolgedessen auch ihre Befolgung prüfen kann. Die Bestrahlung aber ist ein Heilmittel, dessen Art und Weise wohl der Arzt bestimmt, dessen Anwendung aber in Fällen der vorliegenden Art durch einen anderen erfolgt, nicht durch ihn. Die Versehen, die der Schwester zur Last fallen, beziehen sich auf die technische Seite der Anwendung der Röntgenanlage und betreffen nicht die Befolgung der besonderen ärztlichen Anordnungen, besonders bezüglich der Bestrahlungsdauer. Zu der technischen Seite der Bestrahlung gehört auch der Schutz der nicht zu bestrahlenden Körperteile des Kranken gegen die Einwirkung der Strahlen. Es handelt sich dabei um einfache, rein technische Schutzmaßnahmen, deren Bedeutung und Anwendung jede Röntgenschwester lernt und kennt, und für die es in der Regel keiner besonderen ärztlichen Anordnung und Prüfung bedarf.

Das Urteil vom 6. Juni 1932 (3 D 342/32), das die Haftung des operierenden Chirurgen für Versehen der Operationsschwester bei Anwendung eines neu eingeführten Betäubungsmittels behandelt, ist bereits vollständig wiedergegeben oben unter III 9.

Im übrigen siehe über die Haftung von Hilfspersonen die Ausführungen oben unter IX, 44.

X. Verjährung.

A. Wegen der vielfach drohenden Gefahren, mit *Haftpflichtansprüchen* belangt zu werden, ist es für alle Ärzte von Bedeutung zu wissen, wie lange nach der Behandlung sie noch die Erhebung solcher Ansprüche zu gewärtigen haben. Häufig werden Schadenersatzansprüche wegen eines ärztlichen Kunstfehlers oder anderer Versehen noch nach vielen Jahren erhoben. So wurden an eine chirurgische Klinik Ersatzansprüche im Falle einer Röntgenverbrennung gestellt, wo die von einem verstorbenen Arzt ausgeführte Bestrahlung bereits 10 Jahre zurücklag. In einem andern Falle wurde vom Gericht das Armenrecht bewilligt zur Anstellung der Schadenersatzklage einer vor 20 Jahren wegen eines Kropfes Operierten, bei dem jetzt eine Krampfneigung aufgetreten ist, die der Operation zur Last gelegt wird (sog. postoperative Tetanie).

Für Beantwortung der Frage, ob noch nach so langer Zeit Schadenersatzansprüche erhoben werden können, oder ob nicht die Einrede der Verjährung durchgreift, kommt es in erster Linie auf das Wesen des erhobenen Anspruchs an. Denn die Verjährungsfrist ist verschieden, je nachdem es sich um einen Anspruch aus Vertrag oder um einen solchen aus unerlaubter Handlung handelt. Im ersteren Falle greift die regelmäßige Verjährungsfrist der §§ 195, 198 BGB. Platz, die 30 Jahre beträgt und mit der Entstehung des Anspruchs zu laufen beginnt; im letzteren Falle verjährt der Schadenersatzanspruch gemäß § 852 BGB. bereits in 3 Jahren von dem Zeitpunkt an, in dem der Verletzte von dem Schaden Kenntnis erlangt. In der Regel wird der zwischen dem verletzten Patienten und dem Arzt bzw. der Krankenanstalt geschlossene Vertrag die Grundlage des Schadenersatzanspruchs bilden, dieser also erst 30 Jahre nach Vornahme der Operation oder der sonstigen fehlerhaften Behandlung verjähren. Mit Ablauf der 30 Jahre werden alle Ansprüche von der Verjährung erfaßt, mögen sie auch erst nach diesem Zeitpunkt in die Erscheinung getreten sein. Hierin unterscheidet sich die Verjährung nach §§ 195, 198 BGB. von der Verjährung gemäß § 852 BGB., die erst zu laufen beginnt, sobald der Geschädigte die Schadensfolgen erkannt hat. Dabei kann es vorkommen, daß verschiedene Verjährungsfristen nebeneinander oder nacheinander laufen, nämlich dann, wenn nach den zunächst eingetretenen Schadensfolgen des ärztlichen Kunstfehlers später noch andere, vorerst nicht vorausgesehene Folgezustände auftreten; in all solchen Fällen beginnt, sofern nicht seit der fehlerhaften Behandlung bereits 30 Jahre verstrichen sind, von dem Auftreten der neuen Folgezustände an von neuem eine dreijährige Verjährungsfrist zu laufen, mag auch der ärztliche Eingriff mehr als 3 Jahre zurückliegen. Daher würde in dem oben erwähnten Falle einer postoperativen Tetanie, die erst jetzt, 20 Jahre nach der Kropfoperation,

zutage getreten ist, die Einrede der Verjährung auch dann versagen, wenn der Anspruch nicht auf Vertragsverletzung, sondern auf unerlaubte Handlung gestützt wäre.

Daß ein Arzt, der bei der Behandlung eines Kranken die allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft außer acht läßt und die Pflichten eines sorgfältigen Arztes verletzt, sowohl aus Vertrag als auch aus unerlaubter Handlung haftet, beruht auf folgendem: Der Arztvertrag ist, wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, grundsätzlich ein Dienstvertrag. Der Dienstverpflichtete hat dafür einzustehen, daß dem Dienstberechtigten nicht infolge schuldhaften Verhaltens des Verpflichteten ein Schaden erwächst. Wird dem Kranken durch schuldhaft fehlerhafte Behandlung an seinem Körper oder seiner Gesundheit ein Schaden zugefügt, so stellt das gleichzeitig eine unerlaubte Handlung im Sinne von § 823 BGB. dar, die den Arzt zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. In der Regel, d. h. in den Fällen, wo der Verletzte zugleich der Vertragsgegner des Arztes ist, begründet also ein schuldhafter Kunstfehler eine Haftung des Arztes sowohl aus Vertrag als auch aus unerlaubter Handlung. Mitunter wird aber der verletzte Patient in keinem Vertragsverhältnis zu dem Arzte stehen. Das ist namentlich dann der Fall, wenn es sich um die Behandlung oder die Operation eines Kindes handelt, dessen Vater den Arzt zugezogen hat. In einem solchen Falle kann das verletzte Kind seinen Schadenersatzanspruch nur auf unerlaubte Handlung, nicht auch auf Vertragshaftung stützen, und der Anspruch unterliegt dann der kurzen, dreijährigen Verjährungsfrist. Diese, und nicht die dreißigjährige Verjährung, greift auch dann Platz, wenn der Verletzte, mag er seinen Anspruch im übrigen auf Vertrag stützen, daneben auch das Verlangen nach Schmerzensgeld stellt. Denn ein solches wird nach § 847 BGB. nur beim Vorliegen einer unerlaubten Handlung gewährt. Die Vertragshaftung vermag eine Verpflichtung zur Zahlung eines Schmerzensgeldes nicht zu begründen.

Zusammenfassend ist die Frage, nach welcher Zeit Haftpflichtansprüche aus fehlsamer ärztlicher Behandlung verjähren, dahin zu beantworten: Besteht zwischen dem verletzten Patienten und dem behandelnden Arzt oder der verantwortlichen Anstalt oder Behörde ein Vertragsverhältnis, so verjähren Schadenansprüche des Patienten erst mit Ablauf von 30 Jahren nach der Behandlung oder Operation. Nach diesem Zeitpunkt greift die Einrede der Verjährung auch dann durch, wenn die Krankheitserscheinungen, wie z. B. bei einer postoperativen Tetanie, erst nach Ablauf von 30 Jahren eintreten. Besteht zwischen dem Arzt usw. und dem Verletzten, z. B. einem Kinde, kein Vertragsverhältnis, dann schlägt die dreijährige Verjährungsfrist durch, die aber nicht vom Zeitpunkt der Behandlung oder der Operation an läuft, sondern erst von dem Zeitpunkt an, in dem die schädigenden Folge-

erscheinungen aufgetreten sind, wobei die Möglichkeit besteht, daß nacheinander verschiedene Schäden erscheinen, für deren jeden eine neue Verjährungsfrist zu laufen beginnt. Soweit von dem Verletzten neben anderen Ansprüchen auch ein Schmerzensgeld geltend gemacht wird, unterliegt dieser besondere Anspruch stets der dreijährigen Verjährung, mögen auch die übrigen Ansprüche auf Vertragshaftung gestützt werden.

B. Umgekehrt ist die *Verjährungsfrist für die Honoraransprüche der Ärzte* sehr kurz. Denn nach § 196 Nr. 14 BGB. verjähren bereits in 2 Jahren die Ansprüche der Ärzte, insbesondere auch der Wundärzte, Geburtshelfer, Zahnärzte und Tierärzte, für ihre Dienstleistungen mit Einschluß der Auslagen. Diese Verjährung beginnt mit dem Schlusse des Jahres, in dem der Anspruch entstanden, also regelmäßig in dem die Behandlung beendet worden ist.

XI. Ärztliche Honoraransprüche.

Die am 1. April 1936 in Kraft getretene Reichsärzteordnung vom 13. Dezember 1935 regelt die ärztlichen Gebühren grundsätzlich in § 15. Danach erläßt der Reichsminister des Innern nach Anhörung der Reichsärztekammer eine Gebührenordnung für Ärzte. Die Höchstsätze der Gebührenordnung dürfen nur mit Genehmigung der Reichsärztekammer überschritten werden, es sei denn, daß eine Vereinbarung über die Vergütung der Leistungen des Arztes schriftlich getroffen ist. Für die von Gerichten erforderten Gutachten über die Angemessenheit einer Gebührenforderung ist die Reichsärztekammer allein zuständig. Ihr Gutachten ist bindend, es sei denn, daß besondere Gründe eine abweichende Beurteilung erfordern.

Die in Aussicht genommene Reichsgebührenordnung ist bis jetzt noch nicht erlassen worden. Es gilt also noch die ärztliche Gebührenordnung vom 1. September 1924/22. Februar 1932, jedoch mit der Maßgabe, daß die Höchstsätze nur mit Genehmigung der Reichsärztekammer überschritten werden dürfen, sofern nicht ein schriftliches Abkommen über das Honorar zwischen Patient und Arzt vorliegt.

Durch diese gesetzliche Regelung sind die grundsätzlichen Ausführungen des Reichsgerichts in den Urteilen vom 17. Dezember 1929 (III 100/29)¹ und vom 12. Juni 1931 (III 330/30)² überholt. Doch wird die Reichsärztekammer in gewissen Fällen, namentlich wenn es sich um sog. Kapazitätenhonorare handelt, nicht achtlos daran vorbeigehen können.

B. Angesichts des Umstandes, daß mittellose Patienten eine Privatklinik aufsuchen und sich operieren lassen, hinterher aber nicht bezahlen

¹ WARNYERS Rechtsprechung des Reichsgerichts 1930, Nr. 54.

² Der Chirurg 1931, 789.

können, ist die Frage aufgeworfen worden, ob man *jemanden wegen Betrugs zur Anzeige bringen kann, wenn er mittellos bzw. nach Leistung des Offenbarungseides eine Privatklinik aufsucht, sich operieren, ärztlich behandeln, verpflegen läßt und hinterher erklärt, er könne nicht bezahlen.* Die Frage ist für den Regelfall zu verneinen.

Wegen Betrugs wird nach § 263 StGB. derjenige bestraft, der in der Absicht, sich oder einem Dritten einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines andern dadurch beschädigt, daß er durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt oder unterhält. Alle diese Begriffsmerkmale scheinen bei dem der obigen Frage zugrunde liegenden Tatbestand gegeben zu sein. Man glaubt annehmen zu können, daß ein Zahlungsunfähiger, der seine Mittellosigkeit verschweigt und sich durch sein Auftreten den Anschein eines vermögenden Mannes gibt, durch Unterdrückung einer wahren Tatsache — nämlich seiner Mittellosigkeit — einen Irrtum erregt, und daß er, wenn er im Bewußtsein seiner Zahlungsunfähigkeit sich einer Operation unterzieht und sich in einer Klinik behandeln und verpflegen läßt, dies in der Absicht tut, die ärztliche Hilfe unentgeltlich in Anspruch zu nehmen, sich also einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen.

Aber das Reichsgericht ist anderer Ansicht. Nach feststehender Rechtsprechung sieht es bei einem „reinen Schweigen“ eine Unterdrückung nur als vorliegend an, wenn eine Rechtspflicht zur Offenbarung besteht. Eine solche Rechtspflicht verneint es in der Regel. So sagt es in dem in RGStr. 31, 208 abgedruckten Urteile wörtlich: „Wie vom Reichsgericht in konstanter Rechtsprechung anerkannt ist, wird das Merkmal der Unterdrückung einer wahren Tatsache nicht durch das bloße Verschweigen derselben erfüllt; es muß vielmehr, falls sich damit nicht ein auf Täuschung berechnetes aktives Verhalten verbindet, hinzukommen, daß für den Verschweigenden eine rechtliche Verpflichtung zur Offenbarung der Wahrheit bestehe.“ In einem in RGStr. 41, 376 mitgeteilten Falle führt das Reichsgericht sogar aus: „Der Umstand, daß der Beschuldigte sich eines schweren Verstoßes gegen die im Privatrecht herrschenden Grundsätze von Treu und Glauben schuldig gemacht und die guten Sitten in der gröblichsten Weise verletzt habe, vermöge nach feststehender Praxis des Reichsgerichts den Begriff der Unterdrückung im Sinne des § 263 StGB. beim Fehlen der Verletzung einer Rechtspflicht nicht zu erfüllen.“ Und in dem Urteil vom 13. Mai 1929 verneint es das Reichsgericht, daß ein mittelloser Darlehnsucher verpflichtet ist, seine wirtschaftliche Lage zu offenbaren. Diese, von vielen Seiten nicht ohne Grund bekämpfte Rechtsanschauung des Reichsgerichts muß dafür verantwortlich gemacht werden, daß oft Fälle, die der Laie als Kreditbetrug ansieht, vor dem Forum des Strafrichters ungesühnt bleiben. Dazu kommt noch, daß das Reichsgericht auch bezüglich des Nachweises der Schädigungsabsicht besonders strenge Anforderungen stellt, und eine solche nicht schon dann annimmt, wenn der Schuldner bei Eingehung der Verbindlichkeit mit der Möglichkeit rechnet, sie nicht erfüllen zu können. Solange das Reichsgericht an dieser Rechtsprechung festhält, sind selbst solche Kranke schwer zu fassen, deren Verhalten an Zechprellerei grenzt, indem sie den Arzt nicht bloß um das Honorar, sondern auch um die Verpflegungskosten in der Klinik bringen; dies muß sogar dann gelten, wenn sie anstatt der billigsten die teuerste Verpflegungsklasse wählen. Mag auch die Vermutung dafür sprechen, daß der Kranke sich seiner Zahlungsunfähigkeit bewußt war, so verlangt das Reichsgericht eben einen strikten Beweis dafür, daß der betreffende Kranke die Absicht hatte, nicht zu zahlen. Und dieser Beweis ist meist schwer zu erbringen.

Bei dieser Einstellung des Reichsgerichts, dessen 2. Strafsenat noch in einem Urteil vom 3. Dezember 1931 die Strafbarkeit eines Angeklagten verneinte, weil er „nur dadurch, daß er seine hoffnungslose geschäftliche Lage seinen Lieferanten verschwieg und Bestellungen in größerem Umfange vornahm, ihnen eine nicht mehr vorhandene Zahlungsfähigkeit vorspiegelte“, muß die oben gestellte Frage für den Regelfall mit „Nein“ beantwortet werden. Nur wenn der betreffende Patient falsche Tatsachen vorspiegelt, wenn er z. B. positive Angaben über angebliches Vermögen gemacht hat, kann er auf Grund des § 263 StGB. belangt werden. Es ist deshalb dringend zu empfehlen, daß sich der Arzt, ehe er eine Operation an einem ihm unbekanntem Patienten ausführt und denselben in seine Klinik aufnimmt, schriftlich von dem Patienten versichern läßt, daß er ausreichendes, einer etwaigen Pfändung zugängliches Vermögen besitze, um Operation, ärztliche Behandlung, Verpflegung in der Klinik usw. voll bezahlen zu können. Handelt es sich um die Operation einer Ehefrau, so wird der Arzt gut tun, sich eine solche Erklärung von beiden Ehegatten ausstellen zu lassen. Nicht ausreichend würde es sein, wenn der Kranke beim Eintritt in die Klinik einen Schein folgenden Inhalts unterschreibt: „Ich verpflichte mich hierdurch, die durch meinen Aufenthalt in der Klinik entstehenden Kosten zu tragen.“ Vielmehr erscheint es erforderlich, ihn bestimmt versichern zu lassen, daß er zur Bezahlung des Honorars und der Verpflegungskosten imstande sei. Völligen Schutz vor Verlusten vermögen freilich auch derartige Versicherungen nicht zu gewähren; denn der Patient kann nach Vornahme der Operation und vor deren Bezahlung in Vermögensverfall geraten, ein anderer Gläubiger kann das Vermögen mit Beschlagnahme belegen u. ä. Ganz sicher wird nur der Arzt gehen, der sich die Operation und den Aufenthalt in der Klinik im voraus bezahlen läßt.

Sachverzeichnis.

- Abort** s. a. Abtreibung.
—, Gebärmutterperforation bei 127.
—, Infektion nach 127.
Absceß, periurethraler, Diagnose 28.
Abtreibung s. a. Abort.
—, vorsätzliche, Versagung des Versicherungsschutzes bei 127.
Achillessehnenriß, Behandlung 64.
Adhäsion s. Verwachsung.
Adrenalin bei Lokalanästhesie, Nekrose durch 45.
After, künstlicher, bei Darmverletzung 83.
Alkoholeinspritzung bei Trigeminusneuralgie, Hornhauterkrankung nach 124.
Allgemeinpraxis, Behandlung in 143.
Amputation, Anzeige für 33.
Anästhesie s. a. Betäubung, Narkose.
—, Infiltrations-, falsche Dosierung bei 18.
—, Lokal-, falsche Dosierung bei 46.
—, Lokal-, falsches Rezept für 16.
—, Lokal-, Gewebsschädigung bei 45.
—, Paravertebral-, Berechtigung der 44.
—, unsachgemäße Durchführung 44.
Anastilinjektion, Nervenlähmung nach 59.
Apotheker, Verantwortung bei falscher Dosierung 17.
Appendicitis, nicht diagnostizierte 28.
—, perforierte, verspätete Diagnose bei 29.
Arbeitsunfähigkeit, falsche Attestierung der 16.
Arm-Infektion durch unsteriles Instrument 48.
— -Lähmung bei Narkose 43, 181.
— -Verletzung, Infektion bei, Haftung des Arztes für 32.
Arzneimittel-Verordnung, Irrtum bei 53.
Arzt, beamteter, Haftung des 176.
Arzt, behandelnder, Stellung als Gutachter 15.
—, rechtliche Beziehung zu Patient 78.
Attestierung, unsachliche 15.
Aufklärungspflicht, ärztliche 5.
— bei Krebsgeschwulst 10.
— bei Radikaloperation 80.
—, Standpunkt des Reichsgerichtes 11.
—, unzulängliche, Operationsverhinderung durch 157.
—, Verletzung durch Angabe der Ungefährlichkeit eines Eingriffes 10.
Auge, Blennorrhöe, Entstehungsursache 123.
— -Erkrankung, Haftpflichtfälle bei 122.
— -Erkrankung nach Trigeminus-Injektion 124.
—, Schußverletzung des 123.
—, Splitterverletzung, Entzündung des anderen Auges bei 123.
Auge-Verletzung infolge Chloräthyl-Explosion 43.
— bei Geburt 129.
—, Infektion bei 123.
—, verspätete Klinikeinweisung bei 55.
Avertininjektion, intravenöse, Schädigung nach 61.
Ballenoperation, ungünstiges Ergebnis bei 90.
Bassinische Operation, Hodenatrophie nach 125.
Bauchdeckeninfektion, postoperative 84.
Bauchfellentzündung, postoperative 84.
Bauchhöhlenschwangerschaft, Komplikationen bei 127.
—, nicht erkannte 127.
—, Operation der, Zurücklassen eines Tampons bei 113.
Bauchoperation, zurückgebliebener Mulltupfer bei 95.
Beaufsichtigung, dauernde, von deliranten Kranken 20.

- Beckenbruch, nicht diagnostizierter 132.
 Begutachtung, ärztliche 11.
 Behandlung, Abgrenzung der konservativen und operativen 71.
 —, fehlerhafte, Frage des Kunstfehlers bei 172.
 —, physikalische 114.
 —, Unglücksfall bei 67.
 —, unsachgemäße, Haftung für 61, 155.
 —, Verschlimmerung durch 66.
 Beratung, telephonische, Frage der Berechtigung 25.
 Beratungspflicht, ärztliche 3.
 —, Überspannung der 6.
 Berufsgeheimnis, ärztliches 2.
 Bestrahlung s. a. Strahlenbehandlung.
 —, postoperative 74.
 —, Röntgen-, Schädigung durch 114.
 —, Sterilität nach 126.
 —, Überdosierung, Haftung bei 116.
 —, Überlassung der Ausführung an Gehilfen 156.
 —, Verbrennung bei, Haftung für 183.
 Bestrahlungsmethode, Haftung für 156.
 Betäubung s. a. Anästhesie, Narkose.
 —, örtliche, falsche Dosierung bei 46.
 —, örtliche, Gewebsschädigung bei 45.
 —, örtliche, Todesfall nach 16.
 —, Vorsichtsmaßnahmen bei Diabetes 162.
 Betäubungsmittel, örtliches, falsche Dosierung 46.
 Betäubungsverfahren, Rechtslage bei 42.
 Beugesehnenverletzung, operative Naht bei 90.
 Bewachung, dauernde, bei deliranten Kranken 20.
 Beweis des ersten Anscheines, Richtlinien für 173.
 Beweisführung bei Kunstfehler 172.
 Beweislast, Richtlinien für 173.
 Bißverletzung, Beinlähmung nach 69.
 —, Wundrose bei 23.
 Blase s. Harnblase.
 Blinddarmentzündung s. a. Wurmfortsatzentzündung.
 —, diagnostische Schwierigkeit bei Schwangerschaft 129.
 —, Differentialdiagnose gegen Gallenkolik 55.
 —, fehlende Diagnose 28.
 Hübner-Warneyer, Haftpflichtfälle.
- Blinddarmentzündung, Frage der konservativen oder operativen Behandlung 71, 172.
 Blinddarmoperation, zurückgelassener Mulltupfer bei 95.
 Blutleere, Nervenlähmung nach 145.
 Bluttransfusion, Haftpflicht des Arztes bei 166.
 —, Lues-Übertragung bei 166.
 Blutung, plötzliche, bei Operation 95.
 Blutuntersuchung, Bedeutung bei Blinddarmentzündung 73.
 Bronchus, Zahnbrücke im 82.
 Bruch, Knochen- s. Fraktur.
 —, Weichteil- s. Hernie.
 Brustdrüsen-Entzündung, eitrige, im Wochenbett 128.
 —, kosmetische Operation an 86.
 —, Verkleinerungsoperation an, Anzeige für 87.
 Brustkrebs-Operation, Nachbestrahlung bei 115.
 — -Operation, zurückgelassener Mulltupfer bei 95.
 Buchführung, Notwendigkeit bei Röntgenbestrahlung 158.
 Callus, Nervenschädigung durch 139.
 —, nicht belastungsfähiger 142.
 Chefarzt, Haftung des 175.
 —, Verantwortung für Hilfspersonal 18.
 Chinininjektion, Lähmung nach 59.
 Chloräthylflasche, Explosion der, Augenverletzung bei 43.
 Cholecystographie, Komplikation nach 58.
 Curettage s. a. Gebärmutterausschabung.
 —, Gebärmutterverletzung bei 127.
 Damenbarthaare, kosmetische Entfernung 87.
 Darm-Fistel, Entstehung durch zurückgelassenen Fremdkörper 113.
 — -Verletzung bei Operation 83.
 Decubitus s. Druckgeschwür.
 Diabetes, Gangrän bei, Entstehung 162.
 —, Narkosegefahr bei 162.
 Diätfehler nach Magenoperation 93.
 Diagnose, Fehler und Irrtümer bei 24.
 —, nicht gestellte 26, 28.

- Diagnose, Notwendigkeit späterer Überprüfung 31.
 —, verfehlte 26.
 —, verspätete 26.
 Diathermie-Behandlung, Überlassung an Gehilfen 155.
 Diathermie-Verbrennung, Entstehung 146.
 — infolge herabgesetzter Schmerzempfindlichkeit 146.
 — bei Neuralgie-Behandlung 155.
 —, Ursache für 146.
 Dickdarmgeschwulst, nicht diagnostizierte 27.
 Diphtherie, Mandelabstrich bei 29.
 Dosierung, falsche, Verantwortlichkeit bei 17.
 —, falsche, Verantwortlichkeit der beauftragten Schwester 46.
 Drahtextension, Anzeige für 63.
 —, Drucknekrose bei 140.
 —, Infektion bei 139.
 Druckgeschwür, Entstehung 164.
 —, Entstehung durch Prothese 119.
 Druckschädigung durch Apparate 119.
- Eierstock-Cyste, Operation, zurückgelassener Fremdkörper bei 112.
 — -Geschwulst, bösartige, nicht diagnostizierte 27.
 — -Operation, Darmverletzung bei 83.
 —, operative Entfernung, Aufklärungspflicht bei 80.
- Einführung 1.
 Einspritzung s. Injektion.
 Einwilligung zur Operation 79.
 Ellbogengelenk-Bruch, unterlassene Röntgenaufnahme bei 35.
 — -Verrenkung, Streckbehinderung nach 145.
- Ellenbruch, kombiniert mit Speichenköpfchen-Verrenkung 136.
 Embolie bei Blutspender 166.
 —, Frage der Haftung bei 163.
 Entbindung, angebliche Schädigung des Beckenbodens bei 129.
 —, Infektion nach 128.
 Entzündung, eitrige, nicht diagnostizierte 28.
 —, eitrige, Ursachen 61.
 Epithelcyste, operative Entfernung 76.
 Erfahrung, ärztliche, Abgrenzung gegen allgemeine Lebenserfahrung 14.
- Erfahrung des täglichen Lebens, Bewertung als Rechtsgrundlage 14.
 Erkältung, Vorwurf gegen Krankenhaus wegen 30.
 Ermüdung der Narkoseschwester, Haftung bei 182.
 Erregungszustand, Sicherungsmaßnahmen bei 20.
 Erysipel s. a. Wundrose.
 —, Frage der Isolierung bei 180.
 —, Haftpflichtanspruch wegen 23.
 —, Infektion im Krankenhaus, Haftung bei 179.
 — -Phlegmone, verspätete Diagnose bei 28.
- Evipan-Narkose, Todesfall durch 43.
- Facharzt, verspätete Überweisung an 32.
 —, Zuziehung des 143.
 Fehlgeburt s. Abort.
 Fieberdelirium, Suicid im 19.
 Filtreinlegung, fehlerhafte, im Röntgenapparat 185.
 Finger-Absetzung, Anzeige für 75.
 — -Nekrose nach Leitungsanästhesie 45.
 Fingerknochenbruch, unterlassene Röntgenaufnahme bei 37.
 Fistel, Entstehung durch Fremdkörper 95.
 Fremdkörper, zurückgelassener 93, 112.
 —, Fistelentstehung durch 95.
 —, Frage der Abwehrmöglichkeit 94.
 —, Notwendigkeit einer Röntgenaufnahme bei 100.
 —, Reichsgerichts-Entscheidung bei 97, 101, 104.
 —, Reichsgerichts-Forderungen zur Verhütung 108.
 —, Vorbeugungsmaßnahme gegen 108.
 Furunkel, konservative Behandlung 75.
 Furunkulose, Entstehung im Gipsverband 121.
- Gallenblase-Entzündung, Differentialdiagnose gegen Blinddarmentzündung 29.
 — -Entzündung, nicht diagnostizierte 29.
 — -Operation, Zurücklassung Fremdkörper bei 95.
 —, Röntgenaufnahme 58.

- Gallenkolik, Differentialdiagnose gegen Blinddarmtzündung 55.
 Gallensteinleiden, Fieberwahn bei 21.
 —, Operationsanzeige 74.
 Gangrän, diabetische, verspätete Diagnose bei 162.
 —, embolische, nach Schwangerschaftsunterbrechung 163.
 Gebärfähigkeit, Verlust nach Geschwulstoperation 7.
 Gebärmutter-Ausschabung s. a. Curetage.
 — Ausschabung, Sepsis nach 54.
 Gebärmutter-Geschwulst, Differentialdiagnose 27.
 —, Differentialdiagnose gegen Schwangerschaft 126.
 —, Operation der, Harnleiterverletzung bei 126.
 —, Operation der, zurückgelassener Mulltupfer bei 95.
 Gebärmutter-Krebs, Abgrenzung gegen Myom 27.
 — -Krebs, Radikaloperation, Nebenverletzung bei 83.
 — -Myom, Differentialdiagnose gegen Carcinom 27.
 — -Operation, Verlust der Gebärfähigkeit nach 7.
 —, operative Entfernung 76.
 —, operative Entfernung, Aufklärungspflicht bei 80.
 — -Perforation, instrumentelle 127.
 — -Polyp, Blutung bei 129.
 Gebührenforderung, Zuständigkeit der Reichsärztekammer für 189.
 Geburtshilfe, Haftpflichtfälle aus 126.
 Gefängnisarzt, Fehler des, Haftung des Staates für 31.
 Gefahr, Frage der Einwilligung zur Operation bei 79.
 Geisteskrankheit, Bewachung bei 19.
 Gelenk-Bruch, Versteifung nach 135.
 —, Kontrastfüllung, Infektion nach 130.
 — -Operation, Infektion nach 84.
 — -Versteifung, Entstehung 129.
 — -Versteifung nach eitriger Sehnen-scheidenentzündung 130.
 — -Versteifung nach Knochenbruch 135.
 Gemeinde, Haftung der 175.
 Geschlechtsorgane, Radikaloperation, Aufklärungspflicht bei 80.
 Geschlechtsorgane, weibliche, Operation an 81.
 Geschwulst, bösartige, Aufklärungspflicht bei 10.
 —, nicht diagnostizierte 27.
 —, nicht diagnostizierte, Frage des ursächlichen Zusammenhanges bei 32.
 — -Operation, Nachbestrahlung bei 115.
 Gewebsschädigung durch Injektion 117.
 Gipsverband-Abnahme, Verletzung bei 121.
 —, Druckschädigung durch 120.
 —, gefensterter, zur Wundbehandlung 137.
 —, Hautverwundung bei 121.
 —, Notwendigkeit einer Kontrolluntersuchung bei 120.
 —, ungepolsterter, Berechtigung 121.
 —, ungepolsterter, Zirkulationsstörung durch 122.
 —, verspätete Abnahme des 167.
 —, verspätete Abnahme, Schädigung durch 121.
 —, zirkulärer, Zulässigkeit des 137.
 —, Zulässigkeit bei alten Leuten 120.
 Glassplitterverletzung, nachträgliche Splitterabstoßung bei 164.
 Glaukom, Erblindung nach 123.
 —, nicht diagnostiziertes, Haftung bei 122.
 Gonorrhöe, Frage der Isolierung bei 23.
 Gutachten, ärztliches, Bedeutung 12.
 —, Privat-, Frage der Objektivität 12.
 Gutachter, ärztlicher, Auswahl 12.
 —, behandelnder Arzt als 15.
 —, Haftung des 15.
 Gynäkologie, Haftpflichtfälle aus 126.
 —, operative, Aufklärungspflicht bei 8.
Haarausfall infolge Bestrahlungsschädigung 114.
 —, Entstehung durch Schreckwirkung 165.
 Haarentfernung durch Röntgenbestrahlung, Kieferschädigung bei 160.
 Hämorrhoiden, Geschwulstverdacht bei 28.
 Haftbarkeit bei Operationsschaden 9.

- Haftpflicht-Ansprüche, Verjährungsfrist für 187.
- des Arztes, Beanspruchung der 169.
 - des Arztes, Voraussetzung für 170.
 - -Prozeß, Beweislastregelung in 173.
 - -Verfahren, Schädigung des Arztes durch 169.
- Haftung der Gemeinde 175.
- des Krankenhauses 175.
 - bei Röntgenverbrennung 186.
 - des Staates 175.
- Handlung, unerlaubte, Haftung für 170.
- Harnblasenstein, angeblich unnötige Operation wegen 85.
- Harnleiterverletzung, Nierenentfernung nach 126.
- bei Unterleibsoperation 126.
- Harnröhrenabsceß, nicht erkannter 28.
- Harnröhrenentzündung, angebliche Entstehung durch Mastdarmuntersuchung 25.
- Heftpflasterstreckverband, Druckgeschwür durch 140.
- Heilungsergebnis, ungünstiges 86.
- Heilungsmöglichkeit, Erschwerung durch unterlassene Röntgenaufnahme 39.
- Heißluftkasten, Verbrennung in 147, 183.
- Heizkissen, Verbrennung durch 47.
- Heizofen, Verbrennung durch 148.
- Hernie, Leisten-, Verwechslung mit Fettgewebsgeschwulst 126.
- -Operation, Hodenatrophie nach 125.
 - -Operation, Vorwurf unzulänglicher Technik bei 125.
 - -Rezidiv, Frage des Verschuldens bei 125.
- Hilfsperson, Haftung des Arztes für 184.
- Hilfspersonal, Verantwortlichkeit für 18.
- Höhensonne, Verbrennung durch 148.
- Höhensonnenbestrahlung, angebliche Lungenschädigung durch 119.
- Hodenatrophie nach Hernienoperation 125.
- nach Mastdarmoperation 125.
 - , Ursachen für 125.
- Hodenschwumpfung s. Hodenatrophie.
- Honoraransprüche, ärztliche, Regelung der 189.
- , Verjährungsfrist für 189.
- Honorarforderung bei Zahlungsunfähigkeit 190.
- Hornhautentzündung, Vorsichtsmaßnahme gegen 124.
- Hüftgelenksverrenkung, unterlassene Röntgenaufnahme bei 36.
- , Verwechslung mit Schenkelhalsbruch 30, 132.
- Infektion, Arm-, Amputation bei 33.
- nach aseptischer Operation 84.
 - durch Fehler der Asepsis 85.
- , gonorrhoeische, im Krankenhaus, Rechtslage bei 23.
- , Haftpflichtansprüche wegen 23.
 - nach Krebsoperation 84.
 - bei Mondbeinoperation 5.
 - , Schuldfrage bei 61.
 - infolge Unsterilität 48.
- Infektionskrankheit, Isolierung bei 180.
- Injektion, Ausführung durch Schwester 57.
- , intramuskuläre, Komplikation bei 56.
 - , intramuskuläre, Nekroseherd nach 58.
 - , intramuskuläre, Schädigung bei 49.
 - , intravenöse, Gewebsschädigung bei 117.
 - , intravenöse, Komplikation bei 56.
 - , intravenöse, Nervenschädigung nach 58, 59.
 - , intravenöse, technische Schwierigkeit bei 118.
 - , Kalk-, intravenöse 58.
 - , Nebenerscheinung bei 55.
 - , paravenöse, Abbruch, sofortiger, der 118.
 - , paravenöse, Gewebsreaktion bei 118.
 - , paravenöse, Komplikation bei 56.
 - , subcutane, Fehler bei 56.
- Injektionsspritze, Kanülenabbruch der 49.
- Instrument, zurückgelassenes, bei Operation 96.
- Instrumentarium, mangelnde Sterilität des 48.
- Instrumenten-Desinfektion 48.
- Jodtetragnost, Schädigung durch 58.

- Irrtum, Abgrenzung gegen Kunstfehler 136.
 Ischämie s. Kontraktur.
 Ischiadicus-Lähmung nach Injektion 59.
 — -Lähmung nach Solvochin-Injektion 60.
- Kahnbeinbruch, nicht diagnostizierter 131.
 Kaiserschnittoperation, zurückgelassenes Instrument bei 97.
 Kalkinjektion, intravenöse, Komplikation nach 58.
 Kanüle, Abbrechen der 49.
 —, Abbrechen der, Ursachen 50.
 —, abgebrochene, Einheilung der 50.
 —, abgebrochene, operative Entfernung 50.
- Karbunkel, Abgrenzung der konservativen und operativen Behandlung 75.
 Kardiospasmus, Dehnungsbehandlung, Unglücksfall bei 67.
 Kassenarzt, Haftung bei falscher Attestierung 16.
 Kastrationsbestrahlung, Röntgenverbrennung bei 157.
 Katheterismus, aseptisches Vorgehen bei 68.
 —, Komplikation nach 68.
 Katheterverletzung, Entstehung 69.
 Kehlkopf-Zerstörung durch Röntgenstrahlen 116.
 Kieferhöhlenvereiterung, Behandlung 85.
 Kieferoperation, Infektion nach 82.
 Kindbett, Infektion im 128.
 Kindbettfieber, Ursachen 128.
 Kniegelenk, Röntgendarstellung des 130.
 Kniegelenksentzündung, Versteifung nach 130.
 Kniescheibenstrecksehnen-Riß, operierter, Infektion nach 130.
 Knochenbruch-Behandlung, Anzeige bei 63.
 —, Drahtextension bei 139.
 —, Kontrollaufnahme der anderen Seite bei 131.
 —, Nagelextension bei 138.
 —, Röntgenkontrolle bei 134.
 —, Vorwurf gegen 136.
- Knochenbruch, Fehldiagnose bei 131.
 —, Gipsverbandbehandlung, Störungen bei 122.
 — -Heilung, Nervenkompression bei 139.
 —, irrtümlich diagnostizierter 34.
 —, Nervenschädigung bei 139.
 —, offener, Infektion nach 136.
 —, pathologischer, diagnostische Schwierigkeit bei 132.
 —, Scheinheilung bei 142.
 —, Übersehen des, bei Vorliegen anderen Verletzungsfolgen 131.
 —, Zurückbleiben von Deformierungen nach 135.
- Knochenkrankung, Frage des Zusammenhanges mit unterlassener Röntgenaufnahme 41.
 Knochenmarksentzündung, Behandlung 63.
 —, eitrige 62.
 Knöchelbruch, Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei 38.
 Kontraktur, ischämische, Entstehungsursache 140.
 Kontrastfüllung, Gelenkinfektion durch 130.
 Kontrastmittel, Gewebsschädigung durch 117.
 Kosmetik, operative, Anzeigen für 86.
 —, operative, bei Nasendefekt 87.
 Krätze, nicht erkannte 30.
 Krampfaderen s. Varicen.
 Krankenhaus ohne ärztliche Leitung, Haftung bei 178.
 — -Behandlung, Rechtslage bei 176.
 — -Behandlung, verspätete Einweisung in 54.
 — -Entlassung, Mitteilung über 4.
 —, Haftung des 175.
 —, Haftung für ungenügende Nachtwache 22.
 —, Infektion im, Haftung bei 179.
 — -Schwester s. Schwester.
 Krebsgeschwulst, Aufklärungspflicht bei 10.
 —, nicht diagnostizierte 27.
 —, operierte, Infektion nach 84.
 —, Röntgenbestrahlung bei 116.
 — -Verschorfung, Verbrennungswunde bei 83.
- Krücken, Druckschädigung durch 119.

- Kunstfehler, Abgrenzung vom Begriff des Verschuldens 152.
- , Abgrenzung gegen Fahrlässigkeit 171.
- , Haftung für 170.
- , Haftung des Arztes für 188.
- , Voraussetzung für Vorliegen eines 172.
- , Voraussetzung für Haftung bei 171.
- Kuraufenthalt, angeblich Schaden durch 53.
- Lachgasnarkose, Todesfall durch 43.
- Lebenserfahrung als Rechtsgrundlage 14.
- Lokalanästhesie s. Anästhesie, Lokal-, Betäubung, örtliche.
- Lues, fälschlich diagnostizierte 29.
- , nicht diagnostizierte 29.
- Lumbalpunktion, Notwendigkeit der Einwilligung zur 25.
- Lungenembolie, postoperative, Injektionsbehandlung bei 60.
- Lungentuberkulose, mangelhafte Untersuchung bei 24.
- , nicht diagnostizierte 26.
- , unterlassene Röntgenaufnahme bei 35.
- Luxation s. Verrenkung.
- Lymphdrüsen-Geschwulst, Röntgenbestrahlung, Überdosierung bei 116.
- -Tuberkulose, Röntgenbestrahlung bei 115.
- Magen-Geschwür, perforiertes, Behandlung 73.
- -Operation, Diätfehler nach 93.
- -Perforation, Entstehung 67, 73.
- Magenwandriß bei Kardiospasmus, Behandlung 67.
- Mamma s. Brustdrüse.
- Mastitis s. Brustdrüsen-Entzündung.
- Mandeleiterung, operierte, zurückgelassener Tampon bei 96.
- Massagebehandlung, Störung nach 63.
- Mandelabstrich, Notwendigkeit bei Diphtherieverdacht 29.
- Mastdarm-Krebs, Verwechslung mit Hämorrhoiden 28.
- -Untersuchung, angebliche Harnröhrentzündung nach 25.
- -Untersuchung, Notwendigkeit bei Geschwulstverdacht 28.
- Mastdarmschließmuskel-Dehnung, Thrombose nach 163.
- -Durchschneidung 82.
- Mittelfußknochenbruch, nicht diagnostizierter 132.
- Mondbeinmalacie, operierte, Infektion bei 5.
- Morphinismus, Schuldfrage bei 54.
- Morphiumentziehungskur, Todesfall bei 54.
- Morphiumverabreichung, unzulässige 54.
- Mulltuch, zurückgelassenes 101, 112.
- Mundbodenphlegmone, Operation bei Diabetiker 162.
- -Operation, Zahnbrückenabbruch bei 82.
- Nachbehandlung, Fehler bei 92, 107.
- Nachbestrahlung nach Geschwulstoperation 115.
- Nachgeburtsreste, Haftung bei 128.
- Nachtwache, Erfordernisse der 22.
- , nicht ausreichende, Haftung für 22.
- , Verantwortlichkeit der 22.
- Nadel, abgebrochene 51.
- , abgebrochene, Haftung bei 52.
- , abgebrochene, Haftung der Operationsgehilfen bei 51.
- Nagelextension bei Knochenbruchbehandlung 138.
- Narben-Entstehung, angebliches Verschulden bei 164.
- Narkose s. a. Anästhesie, Betäubung.
- -Lähmung, Rechtslage bei 181.
- , Nervenschädigung bei 42.
- -Schwester, Versehen der, Haftung bei 182.
- , Todesfall durch 43.
- Nasen-Speculum, angebliche Infektion durch 49.
- Nasenflügel, kosmetische Operation an 87.
- Nebenverletzung bei Operation 82.
- Nebenwirkung bei Lymphom-Bestrahlung 117.
- Nekrose-Herd nach Injektion 58.
- bei Knochenbruch, Ursache für 121.
- Nerven-Lähmung nach Blutleere 145.
- -Lähmung durch unsachgemäße Armhaltung 145.
- -Lähmung durch unweckmäßigen Verband 145.

- Nerven-Schädigung nach Injektion 58, 59.
 — -Schädigung bei Knochenbruch 139.
 — -Schädigung bei Operation 82.
 — -Verletzung bei Operation 161.
 Niere, angeblich widerrechtliche Entfernung einer 76.
 Nierenentfernung bei Harnleiterverletzung 126.
 —, operative, zurückgelassener Tampon bei 96.
 Nierenstein-Operation, abgebrochene Nadel bei 52.
 Nierentuberkulose, Verwechslung mit Blinddarmentzündung 30.
- Oberarmbruch, Röntgenaufnahme bei 36.**
Oberkiefergeschwulst, Radikaloperation 76.
Oberschenkelbruch, Kniegelenksversteifung nach 142.
 —, Refraktur bei 142.
 —, unsachgemäße Behandlung 65.
 —, Verkürzung nach 135.
 Oesophagoskopie, Verletzung bei 25.
 Oesophagus-Perforation durch Oesophagoskop 25.
 Ohrenerkrankung, Haftpflichtfälle bei 124.
 Operateur, Ohnmachtsanfall des 93.
 Operation, Aufklärungspflicht bei 5, 7.
 —, Beschwerden nach 90.
 —, Einwilligung des Kranken zur 79.
 —, gynäkologische 83.
 —, Harnleiterverletzung bei 126.
 —, Infektion nach 84.
 —, kosmetische, Anzeigen für 86.
 —, Nachbehandlung nach 92.
 —, Nebenverletzung bei 82.
 —, plötzliche Blutung bei 95.
 —, redressierende, bei Fußdeformität 120.
 —, unnötige 85.
 —, Unterleibs-, zurückgelassene Mulltupfer bei 103.
 —, verhinderte, durch Nichtaufklärung 157.
 —, Verletzungen bei 82.
 —, verspätete 70.
 —, Verwechslung der Körperseite bei 82.
- Operation, Vornahme ohne Einwilligung des Kranken 79.
 —, widerrechtliche 76.
 —, Zwischenfälle bei, Einfluß auf Rechtsprechung 105.
 Operations-Bereitschaft, Frage der Aufklärungspflicht bei 6.
 — -Ergebnis, ungünstiges 86.
 — -Gefahr, Aufklärungspflicht über 9.
 — -Methode, unrichtige 85.
 — -Nadel, Abbrechen der 51.
 — -Plan, Änderung des 104.
 — -Saal, Zufälle im 93.
 — -Schaden, Haftung des Arztes für 9.
 — -Verweigerung, Einfluß auf Schadensumfang 168.
 — -Wunde, Offenhaltung der 85.
 Ophthalmie, sympathische, Augenentfernung bei 123.
 Osteomyelitis, Behandlung 63.
 —, Folgeerscheinung 62.
- Panaritium, Behandlung 62.**
 Patient, rechtliche Beziehung zum Arzt 78.
 Percain, falsche Dosierung des 46.
 Phrenicus-Exhairese, Sympathicus-Verletzung bei 82.
 Placenta s. Nachgeburt.
 Prima-Facie-Beweis, Anwendung bei Kunstfehler 172.
 Privatgutachten, Frage der Objektivität 12.
 —, Stellungnahme zum Urteil eines OLG 13.
 Probeexcision, Infektion nach 84.
 Prothese, Druckgeschwür durch 119.
 —, Entlastungs-, angebliche Schädigung durch falschen Sitz 119.
 Puerperium s. Kindbett.
 Pyämie nach Furunkel 75.
- Rachen-Erkrankung, Narkosegefahr bei 43.**
 Radialislähmung, Ursache 59.
 Radikaloperation, Aufklärungspflicht bei 80.
 Rechtsgrundlage, Privatgutachten als 14.
 Rechtslage bei Aufnahme in Krankenhausbehandlung 176.

- Refraktur, Entstehung und Verhütung 142.
 — bei gewaltsamen Redressement 142.
 Reichsärztekammer, Zuständigkeit für Gebührenforderung 189.
 Reichsärzteordnung, Schutz des Berufsgeheimnisses durch 4.
 Rentenneurose, Vorspiegelung organischer Magenerkrankung bei 30.
 Rezept, abgekürzte Form des 17.
 —, fehlerhaftes, Haftung für 16.
 Rippenentfernung, operative, Zurücklassung eines Scherenstückes bei 99.
 Rippenfellentzündung, nicht diagnostizierte 29.
 Rißwunde, Infektion bei 61.
 Röntgen-Apparat, Fehler bei Filtereinlegung, Haftung für 185.
 — -Apparat, Handhabung des, Haftung für 178.
 Röntgen-Aufnahme, Ablehnung durch Patienten 34.
 —, Bedeutung als Teil der Untersuchung 30.
 —, fehlerhafte, durch Unterlassen einer Queraufnahme 40.
 —, Frage der Notwendigkeit zur Erkennung von Fremdkörpern 110.
 —, Frage der Zuverlässigkeit 30.
 —, unterlassene, Bedeutung für Beweislastregelung 175.
 —, unterlassene, des erstbehandelnden Arztes 42.
 —, Verbrennung bei 149.
 Röntgen-Bestrahlung, Beachtung des Merkblattes für 152.
 — bei Damenbarthaar 87.
 —, Kieferschädigung durch 160.
 —, Notwendigkeit der Buchführung über 158.
 —, Schädigung bei 114.
 —, Spätfolge bei 116.
 Röntgen-Bild, technisch unvollkommenes, Irreführung durch 133.
 — -Durchleuchtung, ungenügende 35.
 — -Durchleuchtung, Verzögerung der 174.
 — -Facharzt, Abgrenzung der Verantwortlichkeit gegen behandelnden Arzt 135.
 Röntgen-Gehilfin, Bedienungsfehler der, Haftung bei 185.
 Röntgen-Gehilfin, Fehler der, Haftung des Arztes für 157, 177.
 —, Haftung des Arztes für 184.
 Röntgen-Kontrastaufnahme der Gallenblase 58.
 — -Kontrolle, Wiederholung der 35.
 — -Kontrolle bei zurückgelassenem Instrument 97.
 — -Prozeß, Beweisführung im 158.
 — -Schädigung, Haftung des Arztes für 184.
 — -Schädigung, Spätfolge 160.
 Röntgen-Untersuchung der Gelenke, Kontrastfüllung bei 130.
 — mit Kontrastmittel, Schädigung durch 117.
 —, Nebenerscheinung bei 117.
 —, Notwendigkeit einwandfreier Technik 34.
 —, unterlassene 34.
 —, unterlassene, Beeinflussung des Heilungsergebnisses durch 35.
 —, unterlassene, Entstehung eines Schadens durch 35.
 —, unvollständige 39.
 —, verspätete 38.
 Röntgen-Verbrennung, Entstehung 185.
 — bei Gebärmutterkrebs 153.
 — Haftung bei 149, 185, 186.
 —, RG-Entscheidung über 149, 159,
 —, Spätschäden bei 146.
 — durch technischen Fehler 151.
 —, Ursachen 147, 149.
 —, Verantwortung für 151.
 Röntgenologie, Rechtslage bei 34.
 Sachverständigentätigkeit, praktische Ausübung 12.
 Salvarsan-Injektion, Gehörverlust nach 6.
 — -Injektion, Komplikation nach 57.
 Sandsack, Anwendung nach Bauchoperation 92.
 Sarkomerkrankung, nicht erkannte 31.
 Schadensumfang, Vergrößerung durch Operationsverweigerung 168.
 Schädigung, Frage schuldhaften Verhaltens des Arztes bei Vorliegen einer 155.
 Scheinheilung bei Knochenbruch 142.
 Schenkelhalsbruch, eingekeilter, Fehldiagnose bei 132.

- Schenkelhalsbruch, Gipsverbandbehandlung, Druckschädigung durch 120.
- , medialer, Fehldiagnose bei 132.
- , Verwechslung mit Hüftgelenksverrenkung 30.
- Scherenstück, Zurücklassung bei Operation 99.
- Schienbeinkopfrbruch, unterlassene Röntgenaufnahme bei 37.
- Schienenverband, Zirkulationsstörungen bei 137.
- Schmerzäußerung des Patienten, Bewertung 66.
- Schmerzempfindung, herabgesetzte, Disposition zu Verbrennungen bei 146.
- , herabgesetzte, Verbrennung infolge 183.
- Schmerzen, Bestehenlassen von, Haftung für 166.
- Schmerzensgeld, Anspruch auf 170.
- Schmerzstillung, Unterlassung der 167.
- Schock, psychischer, Haarausfall durch 165.
- Schreckwirkung, Haarausfall durch 165.
- Schulmedizin, Abweichung von 71.
- , Begriffsbestimmung durch RG 171.
- Schulterfraktur, unterlassene Röntgenaufnahme bei 35.
- Schultergelenks-Infektion, verursacht angeblich durch unsteriles Instrument 49.
- -Verrenkung, nicht erkannte 145.
- -Verrenkung, Radialis-Verletzung bei 82.
- Schwangerschaft, Bauchhöhlen-, nicht diagnostizierte 127.
- , Bauchhöhlen-, Zurücklassung eines Tampons bei 113.
- , Differentialdiagnose gegen Gebärmuttergeschwulst 126.
- Schwangerschaftsunterbrechung, künstliche 127.
- Schwester, Ausführung einer Injektion durch 57.
- , Haftung des Arztes für 184.
- , Narkose-, Haftung für 182.
- , Versehen der, Haftung bei 177.
- Sehkraft, erloschene, infolge Glaukom 123.
- Sehennaht, verspätete Vornahme 75.
- Sehenscheidenentzündung, eitrige, Behandlung 74.
- Selbstmord im Krankenhaus, Verantwortlichkeit für 19.
- -Versuch bei Gallenleiden 21.
- -Versuch, Sicherungsmaßnahmen gegen 19.
- Sepsis nach Gebärmutterausschabung 54.
- Serum-Anwendung, unterlassene 69.
- -Anwendung, verspätete 69.
- -Prophylaxe bei Tetanus 69.
- Sicherungsmaßnahmen gegen Fremdkörper-Zurücklassung 94.
- gegen Suicid 19.
- Sinusthrombose, Frage der Krankenhausüberweisung bei 55.
- Solluxlampe, Verbrennung durch 148.
- Solvochininjektion, Nervenlähmung nach 60.
- Spätfolge bei Röntgenbestrahlung 116.
- Spannungsblasen bei Knochenbruch 141.
- Speichenbruch, Gelenkversteifung nach 135.
- und Röntgenaufnahme bei 36.
- Speichenköpfchen-Bruch, unterlassene Röntgenaufnahme bei 35.
- -Verrenkung bei Ellenbruch 136.
- Speiseröhre s. Oesophagus.
- Sprungbein-Verrenkung bei Knöchelbruch 38, 144.
- Sprunggelenk, Verrenkungsbruch des 135.
- Staat, Haftung des 175.
- Star, grüner s. Glaukom.
- Stationsbetrieb, Unglücksfälle im 18.
- Sterilisation, temporäre, Schwangerschaft trotz 127.
- Sterilität infolge Bestrahlungsschädigung 115.
- nach Strahlenbehandlung 126.
- Stirnhöhlenoperation, Infektion nach 82.
- Strafverfahren, Schädigung des Arztes durch 169.
- Strahlenbehandlung s. Bestrahlung.
- Suicid s. Selbstmord.
- Suprarenin, tödliche Wirkung des 16.
- Takt, ärztlicher, bei Aufklärungspflicht 11.
- Tetanus-Serumprophylaxe, unterlassene 69.

- Thorakoplastik, zurückgelassener Mullstreifen bei 96.
 Thrombose bei Blutspender 166.
 —, Frage der Haftung bei 163.
 — nach Mastdarmschließmuskel-Dehnung 163.
 Tränensackoperation, Stirnhöhleneiterung nach 124.
 —, Zurückbleiben eines Glassplitters nach 124.
 Trigemineuralgie, Injektionsbehandlung, Augenerkrankung nach 124.
 Trommelfellverletzung, Haftung bei 124.
 —, Mittelohrentzündung nach 124.
 Tuberkulose, Strahlenbehandlung der 115.

 Überweisungsschein an nachbehandelnden Arzt 42.
 Unglücksfälle bei stationärer Behandlung 18.
 Unterkiefer-Nekrose infolge Bestrahlungsschädigung 114.
 Unterleibsoperation, zurückgelassener Mullstreifen bei 98, 103.
 Unterschenkelbruch, unterlassene Röntgenaufnahme bei 37.
 Untersuchung, ärztliche, Fehler bei 24.
 —, mangelhafte 24.
 —, Schädigung bei 25.
 —, Unterlassung der 24.
 —, Verletzung bei 25.
 —, widerrechtliche 25.
 Untersuchung, gynäkologische, Notwendigkeit der 81.
 Uterus s. Gebärmutter.

 Varicen-Verödung, Schädigung nach 9, 58.
 Verband, unzweckmäßiger, Nervenlähmung durch 145.
 Verbrennung, Diathermie-, Haftung bei 146.
 —, Disposition durch herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit 146.
 — durch Funkenüberschlag 149.
 — durch Heißluftkasten 147.
 — durch Heißluftkasten, Haftung für 183.
 — durch Heizkissen 147.

 Verbrennung durch Heizöfen 148.
 — durch Höhensonne 148.
 —, Röntgen- 146, 149.
 — durch Solluxlampe 148.
 — durch Wärmflasche 147.
 Verjährung von Haftpflichtansprüchen 187.
 Verjährungsfrist für Honoraransprüche 189.
 Verletzungen, mehrfache, Übersehen eines Knochenbruches bei 131.
 Verrenkung, eingerichtete, Röntgenkontrolle 144.
 —, Röntgendiagnostik bei 144.
 Verschlimmerung durch angeblichen Behandlungsfehler 66.
 Verschulden, Abgrenzung vom Begriff des Kunstfehlers 152.
 Versicherungsschutz, Versagung bei Abtreibung 127.
 Verstauchung statt Knochenbruchdiagnose 39.
 Vertragspflicht, verletzte, Haftung für 170.
 Verwachsungsbeschwerden nach Bauchoperation, Bewertung 90.
 —, postoperative 90.
 —, Schuldfrage bei 91.
 Verwechslung der Operationsseite, Maßnahme gegen 82.
 Vorderarmbruch, Zirkulationsstörungen bei 137.
 Vorsteherdrüsenbestrahlung, Verbrennung bei 154.

 Wärmflasche, Verbrennung durch 147.
 Weichteilbruch s. Hernie.
 Wundausschneidung, Anzeige für 64.
 Wundbehandlung, Abwendung der Infektionsgefahr bei 61.
 Wundrose s. a. Erysipel.
 —, Frage der Isolierung bei 180.
 —, Haftpflichtanspruch wegen 23.
 —, Infektion im Krankenhaus, Haftung bei 179.
 Wundversorgung, chirurgische 62.
 Wurmfortsatz, abnorme Lage des 55, 73.
 — -Entzündung, Differentialdiagnose gegen Gallenkolik 55.
 — -Entzündung, konservative Behandlung 70.

Zählmethode gegen Zurücklassung von Fremdkörpern 94, 113.	Zahnwurzelspitzen, Abtragung der 85.
Zahlungsunfähigkeit, Rechtslage bei 190.	Zehenverrenkung, diagnostische Schwierigkeit bei 145.
Zahnärztliche Tätigkeit, Röntgenkontrolle bei 162.	Zertrümmerungsbruch, Notwendigkeit sofortiger fixierender Behandlung bei 121.
— Tätigkeit, Zwischenfälle bei 161.	Zeugnis, ärztliches, Verweigerung 3.
Zahnbehandlung, zurückgelassener Watterest bei 162.	Zuckerharnruhr s. Diabetes.
Zahnbrückenbruch bei Mundoperation 82.	
