

son allein überhaupt nicht mehr erfüllt werden können.' In diesem Zusammenhang hat man zu Recht die Frage gestellt, ob ein Arzt, der in seinem Wirkungsbereich alles selbst machen will, wirklich ein guter Arzt ist, wenn er nicht sogar den Vorwurf mangelnder Sorgfalt einstecken muß.

Die Spezialisierung und Arbeitsteilung haben kollektive Handlungsformen, organisierte Zusammenarbeit und harmonische Koordinierung der Arbeit vieler Fachleute mit der Arbeit von Nichtfachleuten, der Arbeit von Leuten, die viele Arbeitsjahre hinter sich haben und große Erfahrungen besitzen, mit der Arbeit von Schülern, Praktikanten und Anfängern notwendig gemacht. Es handelt sich dabei sowohl um Kollektive, die zur Ausführung einer bestimmten Arbeit berufen wurden (z. B. eine Gruppe von Fachleuten, die Projekte entwerfen, eine Bau- und Montagegruppe) als auch um ständige Kollektive (z. B. eines Industriebetriebes, einer Verkaufsstelle, einer Redaktion). Die Kollektivarbeit kann sowohl gleichzeitige Tätigkeit der Teilnehmer sein (z. B. die Führung eines Eisenbahnzuges, an der der Lokomotivführer, der Diensthabende, die Bedienungsmannschaft der Signal- und Leitungseinrichtungen teilnehmen); sie kann aber auch in verschiedenen Zeiträumen durchgeführt werden (z. B. kann eine endgültige Entscheidung von nacheinander zu erfüllenden Aufgaben abhängig sein). In Zukunft wird die kollektive Arbeitsweise noch weitergehende Formen annehmen.

Es unierliegt keinem Zweifel, daß die nutzbringende Arbeitsteilung auch eine Quelle neuer Gefahren in sich birgt. Diese Gefahren können darauf beruhen, daß die

Organisation der kollektiven Arbeit mangelhaft ist, daß die gegenseitige Verständigung der Mitglieder des Kollektivs ungenau ist. Es ist außerdem unmöglich, die von anderen Mitgliedern des Kollektivs begangenen Fehler vorauszusehen, und jedes einzelne Mitglied des Kollektivs mit dem Leiter an der Spitze ist nicht imstande, zu jedem Zeitpunkt das gesamte Arbeitsfeld zu überblicken.

Auf diese Art und Weise muß die weitgehende Arbeitsteilung und Spezialisierung dazu führen, die Grenzen des von der Gesellschaft tolerierten Risikos zu erweitern. Dieses Risiko ist heute ohne Zweifel größer als es vor einem Jahrhundert war, und zwar auf jedem Gebiet, auf dem der technische Fortschritt nicht ohne Einfluß geblieben ist. Denn die Gesellschaft kann nicht nur die Vorteile der Arbeitsteilung nutzen und das damit in Zusammenhang stehende Risiko ignorieren¹.

Handelt es sich um Mitglieder eines Kollektivs, das nach dem Prinzip der Arbeitsteilung tätig ist, dann interessieren uns vor allem die Grundsätze und Grenzen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit für die Folgen, die durch fahrlässige strafbare Handlungen, d. h. durch Unachtsamkeit oder Leichtsinn, verursacht worden sind. Mit allem Nachdruck muß hervorgehoben werden, daß jedes Mitglied eines Kollektivs auf seinem Arbeitsgebiet, das ihm bei der Arbeitsteilung zugewiesen wurde, für alle Fehler, die es aus eigenem Leichtsinn oder aus Unachtsamkeit begangen hat, persönlich verantwortlich ist.

Nach welchen Grundsätzen wird aber die strafrechtliche Verantwortlichkeit des Leiters des Kollektivs und der einzelnen Mitglieder für die Folgen der Fehler, welche andere Kollektivmitglieder gemacht haben, beurteilt?

4 Hinsichtlich der Entwicklung der Risikoproblematik auf Grund der ökonomischen Bedürfnisse vgl. Sawicki. „Die strafrechtliche Verantwortlichkeit im Bauwesen für das Herbeiführen einer Gefahr im Zusammenhang mit dem normalen und dem Neuerer-Risiko“, Probleme des Bauwesens 1963 Heft 3 (poln.). Vgl. auch Gubidski, „Das Neuerer-Risiko“, Partstwo i Prawo 1960 S. 43 ff. (poln.); Grinberg, Das Problem des Produktionsrisikos im Strafrecht, 1963, S. 18 ff. (russ.); Seidel, „Strafrechtliche Aspekte des Produktionsrisikos“, NJ 1964 S. 527 ff.

Die Bedeutung dieser Grundsätze überschreitet den engen Rahmen des Verhältnisses, das zwischen Arzt und Patienten besteht. Denn diese Grundsätze betreffen die Verantwortlichkeit für alle Folgen der Fehler, die von den Mitgliedern eines Kollektivs bei ihrer kollektiven Tätigkeit begangen werden.

Während in der Gesetzgebung, der Wissenschaft und der Rechtsprechung in der Vergangenheit verschiedene Regeln ausgearbeitet wurden, auf Grund derer es möglich ist, die Verantwortlichkeit von Personen, die in einem Kollektiv zusammenarbeiten, für vorsätzliche Schuld festzustellen und abzugrenzen, sind hinsichtlich fahrlässiger Schuld der in einem Kollektiv zusammenarbeitenden Personen die gesetzgeberischen Hinweise ziemlich allgemein gehalten, die Rechtsprechung ist nicht umfangreich und das von den Wissenschaftlern bearbeitete Material notwendigerweise sehr gering⁵.

Die verschiedenen Auffassungen über die Verantwortlichkeit des Arztes

In der Rechtswissenschaft sind folgende drei Richtungen in groben Zügen zu unterscheiden:

1. Die älteste Richtung, der noch die Vorstellungen über die traditionelle Rolle des Arztes zugrunde liegen, geht davon aus, daß der Arzt für die Folgen aller Fehler der Mitglieder des mit ihm zusammenarbeitenden Kollektivs die volle persönliche Verantwortung trägt. Die Sorgfalt des Arztes soll so weit gehen, daß er jede noch so weit entlegene Situation vorauszusehen hat, in der ein Fehler mit strafrechtlich bedeutsamen Folgen Vorkommen kann.

Dieser Standpunkt ist lebensfremd. Niemand wird ein Kollektiv — sei es auch aus Fachleuten ersten Ranges zusammengesetzt — finden, von dem man allgemein und abstrakt sagen könnte, jede Möglichkeit, daß irgendein Mitglied dieses Kollektivs einen Fehler begehen könnte, sei überhaupt ausgeschlossen⁶.

In der Praxis würde solch ein Standpunkt dazu führen, daß man einen Arzt für die Fehler dritter Personen immer verantwortlich machen könnte, zumindest im Sinne der Fahrlässigkeit. Denn in Übereinstimmung mit den allgemeinen menschlichen Erfahrungen wird man immer behaupten können, ein Arzt hätte voraussehen müssen, daß es zu solch einem Ergebnis kommen konnte, da es doch keine unfehlbaren Menschen gibt.

Man hat festgestellt, daß bei einer relativ einfachen Operation wie der Entfernung von Gallensteinen der Chirurg 272, der erste Assistent 175 und die Operationschwester 108 Handgriffe macht. Bei der Operation eines Magens entfallen auf den Chirurgen 398 und auf die Operationsschwester 304 Handgriffe. Bei komplizierten chirurgischen Eingriffen sind gegenwärtig 1000 und mehr Handgriffe erforderlich.

Es ist unmöglich, daß ein Chirurg während der Operation auf jede Bewegung eines jeden Mitarbeiters seines Kollektivs achtet, weil er sich auf seine eigenen Aufgaben und auf die dabei möglichen Komplikationen während des Eingriffs konzentrieren muß⁷.

5 Vgl. insbesondere Exner, „Fahrlässiges Zusammenwirken“, in: Festschrift für Frank, 1930, Bd. I, S. 572 ff.; Engisch, „Wie ist rechtlich die Verantwortlichkeit des Chirurgen im Verhältnis zur Verantwortlichkeit des Anaesthetisten bei ärztlichen Operationen zu bestimmen und zu beurteilen?“, Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie 1961 S. 237.

6 Vgl. Fischer? r, Die Verantwortlichkeit des Chirurgen und seiner Hilfskräfte! Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie 1961 S. 886. Er klagt darüber, daß manche Gerichte die Grenzen für die Pflichten des Arztes sehr weit gesteckt haben, „daß sich der Arzt um alles und jedes zu kümmern und alles dauernd zu überprüfen hat“.

7 Vgl. Engisch, „Die Haftung des operierenden Chirurgen für Fehler der Operationschwester“, Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie 1958 S. 581: „Es wäre eine jeder Leistungspsychologie Hohn sprechende Überspannung der Sorgfaltspflicht, von dem Operationsarzt zugleich höchste Konzentration auf das Operationsgeschehen und Achtsamkeit auf das Verhalten der Hilfskräfte zu fordern.“