

sundheitswesens, Prag). Der Begriff „Kunstfehler“ umfasse nicht nur die Verletzung rein wissenschaftlicher Postulate. Komplizierte operative Eingriffe verlangten eine große Kunstfertigkeit und technische Meisterschaft. Deshalb seien auch bedeutsame psychologische Aspekte (die Art des Umgehens mit dem Kranken, die Gewinnung seines Vertrauens, seines aktiven Mitwirkens usw.) zu beachten. Der Arzt sei aber „nicht nur eine Summe medizinischer Kenntnisse, technischer Geschicklichkeit und psychologischer Fähigkeiten“; er sehe sich häufig vor sehr kritische Situationen gestellt und müsse sekundenschnell eine Entscheidung treffen, ohne vorher eine präzise Analyse vornehmen zu können. In jedem Fall setze die (strafrechtliche oder disziplinarische) Verantwortlichkeit des Arztes hinsichtlich des Kunstfehlers ein Verschulden voraus.

Bemerkenswert waren Stepāns Ausführungen über die Haftung für ärztliche Kunstfehler nach dem Zivil- und Arbeitsrecht der CSSR. Danach hafte die Gesundheitseinrichtung dem Patienten für Schäden. Sie könne sich bei widerrechtlich verursachtem Schaden nur exkulpieren, wenn sie beweist, daß sich der Schaden trotz Aufbietung aller von ihr erwarteten Sorgfalt nicht verhindern ließ. Außerdem hafte die Gesundheitseinrichtung auch ohne Verschulden, wenn der Schaden seinen Ursprung im Charakter der Einrichtung mit erhöhtem Risiko hat. Ein Regrefanspruch gegen den Arzt sei nur bei nachgewiesenem Verschulden möglich. Die materielle Verantwortlichkeit des Arztes erstreckte sich maximal auf drei Monatsgehälter.

Zum ärztlichen Risiko vertrat Stepān u. a. folgende Thesen:

1. Jeder medizinische Eingriff sei mit einem potentiellen Risiko verbunden. Dieses dürfe jedoch nicht zu einer psychischen Belastung des Arztes führen, die ein Absinken der Leistung oder eine weniger anspruchsvolle Wahl der Mittel zur Folge haben kann.
2. Das Risiko sei dem eventuellen Behandlungserfolg gegenüberzustellen. Der Arzt könne aber niemals alle mitwirkenden Faktoren kennen. Die Möglichkeit unvorhergesehener äußerer Einflüsse könne nicht ausgeschlossen werden.
3. Ist mit Sicherheit ein unerwünschter Erfolg zu erwarten, so müsse der Arzt von zwei Übeln das kleinere wählen, um das größere zu verhindern.
4. Das zulässige Maß des Risikos sei um so größer, je höher die Wahrscheinlichkeit sei, daß eine Gesundheitsstörung mit den üblichen Mitteln nicht verhindert werden könne, und je höher und dringlicher die Intensität der drohenden Störung sei.

Prof. Dr. med. H a n s e n (Friedrich-Schiller-Universität Jena) erörterte in seinem Diskussionsbeitrag *ärztliche Probleme an der Grenze von Leben und Tod*. Ausgehend von der Maxime allen ärztlichen Handelns, der uneingeschränkten Pflicht zur Erhaltung des menschlichen Lebens, befaßte er sich u. a. mit der Todeslinderung und der Verlängerung des Lebens eines hoffnungslos Kranken durch ärztliche Mittel. Die Frage, wie lange in solchen Fällen die Resuszitiation (Wiederbelebung) anhalten solle und wann und unter welchen Umständen der Arzt berechtigt sei, Geräte zur biologischen Erhaltung des menschlichen Körpers abzuschalten, könne mit der bisherigen Definition des Todes, als dessen Kriterien seit Jahrhunderten der Ausfall von Atmung und Kreislauf gelten, nicht beantwortet werden. Es sei notwendig, die Diagnose des Todes auf den Tod des Zentralnervensystems aufzubauen und den Begriff des Hirntodes einzuführen.

In der Diskussion über diese Problematik wurde angeregt, neben dem Erlöschen der Atmung und der Herztätigkeit auch das Erlöschen der Hirntätigkeit als ein Kriterium für die Toterklärung anzusehen. Ob das letztgenannte Kriterium vorliegt, sollte in schwierigen Grenzfällen durch ein Ärztegremium entschieden werden. Eine gesetzliche Fixierung der Definition des Todes wurde insbesondere von Hinderer abgelehnt, weil die Feststellung des Todes eine ausschließliche Aufgabe der Mediziner sei.

Eine Reihe interessanter Anregungen gaben auch die Vorträge über *gerichtsmedizinische Aspekte von Verkehrsunfällen*. Mit der Rekonstruktion des Verkehrsunfalls beschäftigte sich Prof. Dr. med. D ü r w a l d (Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik, Leipzig)<sup>3</sup>. Nach seinen Darlegungen hängt die Verringerung der Verkehrsunfälle mit Todesfolge wesentlich davon ab, inwieweit die Ursachen der Verkehrsunfälle geklärt werden. In Leipzig bestehe ein ständiger gerichtsmedizinischer Bereitschaftsdienst, so daß stets ein Gerichtsmediziner am Unfallort erscheinen kann. Dessen Feststellungen seien für die spätere Obduktion und auch für die aufzustellende Unfallversion oft sehr bedeutungsvoll.

Prof. Dr. med. R a e k a l l i o (Universität Turku) referierte über histochemische Methoden bei der Untersuchung von Verkehrsunfällen, die besonders im Hinblick auf die Feststellung der zeitlichen Reihenfolge der Verletzungen eine wichtige Rolle spielen. Er wies nach, daß mit histochemischen Methoden die Unterscheidung zwischen vitalen und postmortalen Wunden etwa vier- bis achtmal früher möglich ist und man das Alter besonders der Wunden genauer schätzen kann, die während 1 bis 16 Stunden vor dem Tode entstanden sind.

Medizinalrat Dr. med. K o s c h l i g (Zentralinstitut für Verkehrsmedizin, Berlin) erörterte die für die strafrechtliche Beurteilung einer Fahrerflucht bedeutsame Frage, ob die Unterbrechung der Wahrnehmung physiologisch auch durch den Lidschlag erfolgen kann. Er bejahte dies, wies jedoch darauf hin, daß beim Straßenverkehr der Lidschlag als echte Wahrnehmungsunterbrechung nur unter bestimmten Voraussetzungen zu berücksichtigen ist (z. B. Erkrankungen mit erhöhter Lidschlagdauer, wie Allergie).

Versuchsergebnisse, nach denen die Nervenleitgeschwindigkeit durch Alkohol meßbar beeinflusst wird, schilderte Dozent Dr. med. M a l l a c h (Universität Tübingen). Er legte dar, daß mit Ausnahme der Fälle, wo der Blutalkoholspiegel infolge kleiner Alkoholdosen verhalten zunimmt, stets mit einer Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeit durch Alkohol zu rechnen ist.

Die gemeinsam von Prof. Dr. med. V ä m o š i (Martin-Luther-Universität Halle) und L o g e s (Medizinische Akademie Magdeburg) vorgelegten Ergebnisse einer repräsentativen Meinungsforschung über Alkohol bei Kraftfahrern vermittelten einen Einblick in die Kenntnisse der Verkehrsteilnehmer über die Physiologie des Alkohols allgemein und die Respektierung bestimmter Tatsachen. Die bei 1186 Probanden (Berufskraftfahrern oder Fahrschülern) vorgenommene Untersuchung ergab u. a. folgendes: 68 % der Berufskraftfahrer bejahten eine Verringerung der Sicherheit nach Alkoholgenuß, die Fahrschüler zu 58 %. Über den Begriff „1 Promille Blutalkoholgehalt“ wußten nur ganz wenige Bescheid. 33 % der Fahrschüler glauben fälschlich noch an die ernüchternde Wirkung des Kaffees; bei den Berufskraftfahrern waren es nur 20 %. 16 % der Berufskraftfahrer sind der Meinung, daß nach Alkoholgenuß eine Steigerung der Selbstkontrolle erfolgt.

Vámosf und Loges zogen aus diesen Untersuchungsergebnissen u. a. den Schluß, daß eine systematische, wissenschaftlich fundierte Aufklärung der Berufskraftfahrer und der Fahrschüler erforderlich ist, was eine enge Zusammenarbeit der Mediziner, der Trinkerfürsorge und der Rechtspflege voraussetzt.

Die 1. Tagung der Gesellschaft für gerichtliche Medizin der DDR hat auch den Rechtswissenschaftlern und -Praktikern viele wertvolle und interessante Anregungen gegeben. Den Organisatoren der erfolgreichen Tagung unter Leitung des Vorsitzenden der Gesellschaft für gerichtliche Medizin der DDR, Prof. Dr. Vámosf, sei an dieser Stelle dafür gedankt.

GERHARD BAATZ, Richter  
am Kreisgericht Halle (Stadtbezirk West)

<sup>3</sup> Vgl. Dürwald, *Gerichtsmedizinische Untersuchungen bei Verkehrsunfällen*, Leipzig 1966.