ist auch keine abwegige Ausnahmerecheinung, da der Reiz zurückgelassener Fremdkörper, insbesondere bei der Größe von Bauchtüchern, auf die anliegenden Organe erheblich ist. Als objektiv gesicherte Beweistatsache steht weiterhin fest, daß durch die Sektion bei Frau K. ein solches Krankheitsbild bei fibrinös angeklebtem Bauchtuch vorlag. Diese die Kausalität zwischen der Pflichtverletzung des Angeklagten und dem zum Tode führenden Krankheitsprozeß beweisenden objektiven Tatsachen können nicht mit dem allgemeinen Erfahrungswert, daß zurückgelassene Fremdkörper, so auch Bauchservietten, in anderen Fällen nicht zum Tode geführt haben, diese vom Körper abgekapselt, auf natürlichem Wege ausgeschieden wurden oder erst nach längerer Zeit Reaktionen im Körper auslösten, widerlegt werden. Diese Tatsache ist aus verschiedenen Gründen erklärbar, z. B. dadurch, daß die organische Reaktion auf Fremdkörper unterschiedlich erfolgt und sich dadurch ausgelöste krankhafte physiologische Prozesse oft konstitutionsabhängig verschieden auswirken können. Ein solcher Fall der Abkapselung des Fremdkörpers lag jedoch hier nachweisbar nicht vor.“

Im Strafverfahren wurde festgestellt, daß es in diesem Krankenhaus keine verbindliche Anordnung darüber gab, wie dem Zurückbleiben von Fremdkörpern im Operationsgebiet vorzubeugen ist. Entsprechend einer Anweisung des Leiters der Klinik wurde generell auf das Armieren derartiger Operationsmaterialien verzichtet und nur die Abfragekontrolle praktiziert.

Unseres Erachtens muß in allen Krankenhäusern für die strikte Beachtung der erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen durch allgemeingültige, verbindliche Maßnahmen gesorgt werden. Darüber hinaus darf es dem Leiter einer einzelnen Einrichtung des Gesundheitswesens nicht überlassen bleiben, ob er bestimmte, gesicherte Erkenntnisse und Erfahrungen der Medizin, insbesondere soweit mit ihnen Fehlleistungen vorgebeugt werden kann, durchsetzt oder nicht.

Es ist ferner notwendig, daß die Aufgaben der leitenden Ärzte gegenüber den in der Ausbildung stehenden jungen Ärzten exakt bestimmt und deren Pflichten genau abgegrenzt werden. Nach immer kommt es vor, daß Pflichtassistenten die eigenverantwortliche Lösung von Aufgaben übertragen wird, obgleich sie diesen Aufgaben nach dem Stand ihrer Ausbildung und nach ihrer geringen Erfahrung noch nicht gewachsen sind, oder daß sich der verantwortliche Arzt nicht allseitig über den Ausbildungsstand bzw. die Fähigkeiten des Assistenten informiert“.

Die jungen Ärzte sollten im Rahmen fester, alle wesentlichen Bereiche umfassender Ausbildungsprogramme auch über die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen sowie die im Krankenhaus bestehenden Dienstabweisungen belehrt werden. Darüber hinaus sollten die Leiter der Gesundheitseinrichtungen auch für eine ständige Information aller Ärzte über die wichtigsten Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen sorgen.

Ein weiterer Mangel, der sich begünstigend auf Pflichtverletzungen auswirken kann, besteht darin, daß Fieberkurven, Krankenblätter und Anamnesen oftmals nicht genügend sorgfältig geführt werden.

Wie bereits betont, ist es unbedingt notwendig, der kollektiven Arbeit in den Krankenhäusern mehr Aufmerksamkeit zu widmen, diese zu organisieren und es ggf. zur Pflicht jedes beteiligten Arztes zu machen, seine Feststellungen mit dem Stations- oder Oberarzt zu beraten. Andererseits sollten diese wiederum verpflichtet werden, den Chefarzt oder sogar das Kollektiv der Ärzte zu konsultieren, wenn es — insbesondere bei einem Schwerkranken — Schwierigkeiten bei der Feststellung einer sicheren Diagnose gibt.

Unsere Aussage, daß die jeweiligen Rechtspflichtverletzungen von Ärzten und Schwestern durch Mängel in den Krankenhäusern mitbedingt bzw. begünstigt wurden, stützt sich maßgeblich mit auf die Einschätzungen namhafter medizinischer Sachverständiger, die in den einzelnen Verfahren mitgewirkt haben. Sie haben ebenfalls die Notwendigkeit betont, zu einheitlichen, allgemein verbindlichen Regelungen in den Bereichen medizinischer Tätigkeit zu kommen. Dadurch sollen „gewohnheitsrechtliche“ Praktiken, die die Gefahr individuellen oder kollektiven Versagens in sich bergen, überwunden werden. In zahlreichen Aussprachen mit Medizinern konnten wir feststellen, daß ein großes Interesse daran besteht, die Leitungstätigkeit in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu verbessern und durch die Einführung allgemeingültiger Regelungen die einzelnen Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche exakt zu bezeichnen, damit Ärzte und medizinisches Personal den zunehmenden Anforderungen gerecht werden können.

(Dem vorstehenden Beitrag liegen u. a. Teile eines Aufsatzes zugrunde, den die Verfasser in der „Zeitschrift für ärztliche Fortbildung“ 1968, Heft 6, S. 301 ff., veröffentlicht haben. — D. Red.)

!> Vgl. OG, Urteil vom 26. April 1967 - 5Ustl0.67 - (NJ 1967 S. 481).

Oberrichter Dr. WERNER STRASBERG, Mitglied des Präsidiums des Obersten Gerichts und Vorsitzender des Kollegiums für Zivil-, Familien- und Arbeitsrechtssachen

Oberrichter Dr. KURT COHN, Mitglied des Präsidiums des Obersten Gerichts

Dr. HELMUT GRIEGER, Leiter der Abteilung Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit des Obersten Gerichts

Zur gerichtlichen Beurteilung der ärztlichen Haftpflicht

Nicht selten gibt es zwischen Ärzten und Juristen unterschiedliche Auffassungen über Fragen der zivilrechtlichen materiellen Verantwortlichkeit bei ärztlichen Fehlleistungen. Deshalb soll hier insbesondere an Hand der Rechtsprechung des Obersten Gerichts der DDR und in Auseinandersetzung mit der höchstgerichtlichen Rechtsprechung in Westdeutschland klargestellt werden, wie diese Problematik zu behandeln ist.

Der Charakter des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient

Ausgangspunkt für die Beurteilung der ärztlichen Haftpflicht war in der Spruchpraxis der Gerichte der DDR

stets die Frage nach dem Charakter des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Dieses spezifische Verhältnis ist in großem Maße durch das Vertrauen und die Mitwirkung des Patienten sowie durch die hohe ethische Verantwortung des Arztes geprägt. Deshalb hat das Oberste Gericht der DDR die Rechtsansicht, die das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als Dienstvertrag im Sinne der §§ 611 ff. BGB klassifizierte, abgelehnt¹. Das den Dienstvertrag charakterisierende Element der Weisungsbefugnis des Dienstberechtigten gegenüber dem Verpflichteten fehlt gerade bei einem Vertrag auf

¹ Vgl. OG, Urteil vom 8. Dezember 1955 — 2 Uz 39 54 — (OGZ Bd. 4 S. 46 ff.; NJ 1956 S. 478).