

zinischen Wissenschaft und Praxis geltende Grundsatz mißachtet und werden *tetanusverdächtige Wunden verschlossen, dann liegt eine ärztliche Pflichtverletzung vor.*“ Und in den Gründen heißt es: „Im Ergebnis steht daher in Wissenschaft und Praxis unwidersprochen fest, daß *tetanusverdächtige Wunden offen zu behandeln sind.*“

Diese Ausführungen sind in dieser Form nicht haltbar. Sie enthalten nicht nur den falschen Begriff „tetanusverdächtig“, sondern widersprechen auch allen Erkenntnissen der modernen allgemeinen Chirurgie, den bei der Erziehung der Medizinstudenten und Facharztkandidaten übermittelten Behandlungsgrundsätzen und der in den offiziellen Lehrbüchern der allgemeinen und speziellen Chirurgie für die Bereiche Medizin der Hochschulen der DDR vertretenen Lehrmeinung. Als Lehrer der Chirurgie und als Sachverständiger fühlen wir uns zu einer Klarstellung verpflichtet.

In dem Beschluß wird von einer „tetanusverdächtigen Wunde“ gesprochen. Eine tetanusverdächtige Wunde gibt es aber nicht.

Der Tetanus (Wundstarrkrampf) ist eine Wundinfektionskrankheit, die durch die Toxime (Gifte) der Tetanuserreger (*Clostridium tetani*, von denen mehrere Arten bekannt sind) hervorgerufen wird. Diese Tetanuserreger kommen nahezu überall vor. Sie finden sich auf der Haut der Tiere und Menschen, im Darm, im Straßenstaub und in der Erde. Selbst in nordamerikanischen Urwaldregionen, die vorher niemals von Menschen betreten worden sind (ROSTOCK, 1940), auf dem Meeresboden (TSAMALUKAS, 1955) und in Bergwerken (ANDREESEN) hat man sie nachgewiesen.

Man kann einer Wunde weder ansehen noch durch kurzfristig und mit einfachen Mitteln durchführbare Untersuchungsmethoden den Nachweis erbringen, ob Tetanuserreger in sie eingeschleppt wurden. Wir sind somit nicht in der Lage, „tetanusverdächtige“ und „nicht tetanusverdächtige“ Wunden zu unterscheiden. Bei der großen Verbreitung der Tetanuserreger muß aber jede Zufallswunde als mehr oder weniger „tetanusinfiziert“ oder besser als „tetanusgefährdet“ angesehen werden.

Da es im Beschluß des Obersten Gerichts heißt: „... steht daher in Wissenschaft und Praxis unwidersprochen fest, daß tetanusverdächtige Wunden offen zu behandeln sind“, dürfte, wenn die falsche Bezeichnung „tetanusverdächtig“ durch die exakte „tetanusgefährdet“ ersetzt wird, keine Zufallswunde nach exakter chirurgischer Wundversorgung durch Naht verschlossen werden. Dies würde für viele Verletzte nicht nur eine unnötige lange Krankheitsdauer, für manche ein langes Siechtum und schwere Entstellungen und für eine erhebliche Zahl von Verletzten, z. B. jene mit penetrierenden (durchdringenden) Verletzungen der großen Körperhöhlen (Schädel, Brustkorb, Bauch) und der Gelenke, den sicheren Tod zur Folge haben, sondern steht auch im Gegensatz zu allen Erkenntnissen und Lehren der modernen Chirurgie.

Für die chirurgische Versorgung der Zufallswunde sind heute folgende Richtlinien zur Verhütung einer pyogenen (eitrigen), putriden (jauchigen) und anaeroben (Tetanus und Gasbrand) Infektion anerkannt:

1. Unter streng aseptischen (keimfreien) Bedingungen werden jeder Winkel und jede Tasche freigelegt, alles schwergeschädigte Gewebe und alle eingedrungenen Fremdkörper vom Wundrand und aus der Tiefe entfernt. Verschmutzte Knochen werden mit Flach- und Hohlmeißelzangen sorgfältig gesäubert. Von Gefäßen,

Nerven und Sehnen werden im Falle der Verschmutzung die oberflächlichen Scheiden entfernt.

2. Die Entscheidung, ob die exakt chirurgisch versorgte Wunde durch eine lockere und spannungsfreie Hautnaht verschlossen werden darf, hängt von der Zeit ab, die bis zur chirurgischen Wundversorgung vergangen ist, und auch von der zu erwartenden Art, Zahl und Virulenz (Fähigkeit der Erreger, in den Organismus einzudringen, sich zu vermehren und Gifte zu bilden) der eingedrungenen Erreger.

3. Wir wissen, daß die aus einer körperfremden Umgebung in Wunden eingedrungenen Infektionserreger eine bestimmte Zeit brauchen, um sich an das veränderte Milieu zu gewöhnen. Erst danach können sie sich vermehren, die Toxinbildung aufnehmen und weiter ins Gewebe eindringen. Diese Zeit beträgt etwa 6 bis 8 Stunden. Nach dieser Zeitgrenze ist im allgemeinen eine Naht — auch nach exakter Wundausschneidung — nicht mehr erlaubt.

4. Die Tetanusprophylaxe ist durch die Richtlinie des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 3. März 1970 (Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen Nr. 9/1970, S. 72) genau vorgeschrieben. Sie sieht die Auffrischungsimpfung der aktiv immunisierten Verletzten und die Simultanimpfung, d. h. die gleichzeitige Gabe von Tetanusserum und Tetanustoxin\* bei den nicht immunisierten vor. Dabei ist jedoch zu bedenken, daß der Wert der passiven Schutzimpfung mit Tetanusserum bis heute noch nicht einwandfrei bewiesen ist und daß die Gabe von tierischen Seren zu schwersten Komplikationen, bis zum tödlichen anaphylaktischen Schock führen kann (SCHMAUSS, 1970).

5. Neben der exakten Wundausschneidung kann durch die Gabe von wirksamen Antibiotika die Gefahr einer Wundinfektion, auch die eines Tetanus, weiter verringert werden, da diese Medikamente die toxinproduzierenden Erreger vernichten können.

So schreibt W. Schmitt, ein international anerkannter Experte auf dem Gebiet der Chirurgie der Infektionen, in der 1970 in Leipzig erschienenen 7. Auflage seines Lehrbuchs der Allgemeinen Chirurgie: „Wir sind dadurch (Anwendung von Antibiotika — A. K. S.) in der Lage, vom lockereren! Schluß einer exakt ausgeschnittenen Wunde weit mehr als früher Gebrauch machen zu können, ohne dadurch der Entstehung einer Wundinfektion und insbesondere der eines Tetanus Vorschub zu leisten.“ (S. 376)

Die lockere Naht einer sorgfältig ausgeschnittenen Zufallswunde innerhalb der 6 bis 8 Stundengrenze ist daher nicht immer fehlerhaft oder eine ärztliche Pflichtverletzung; im Gegenteil, sie sollte, wenn möglich, angestrebt werden. Eine Reihe von Wunden, z. B. offene Brustkorb-, Bauch-, Schädel- und auch Gelenkverletzungen müssen sogar geschlossen werden.

6. Doch gibt es Zufallswunden, bei denen auch nach exakter Wundausschneidung, Tetanusprophylaxe und Antibiotikagaben eine Naht grundsätzlich verboten ist. Es sind dies Wunden, in welche Keime gelangt sind, die nicht aus einem körperfremden Milieu stammen oder bei denen eine sehr starke Einschleppung menschenpathogener Keime angenommen werden muß. Dazu gehören in erster Linie Biß- und Kratzwunden durch Tiere oder Menschen, Verletzungen durch Fisch, Haustierfleisch und Knochen oder Wildbret, alle Wunden bei Fleischern, Abdeckern, Kanalarbeitern, Sektionsgehilfen, Wunden, die in Tierställen, auf Dunghaufen oder frisch gedüngtem Gelände erworben wurden und ähnliche Verletzungen.

Nur derartige Wunden müssen nach der chirurgischen