

Medizinhistorische Untersuchungen zur Problematik des ärztlichen Kunstfehlers und der Arzthaftung : eine Medizinal-Ordnung des 19. Jahrhunderts als Regulativ

Autor(en): **Rodega, H.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Gesnerus : Swiss Journal of the history of medicine and sciences**

Band (Jahr): **43 (1986)**

Heft 1-2

PDF erstellt am: **16.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-520941>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Medizinhistorische Untersuchungen zur Problematik des ärztlichen Kunstfehlers und der Arzthaftung*

Eine Medizinal-Ordnung des 19. Jahrhunderts als Regulativ für Arzthaftungsfragen

von H. Rodegra

I. Einleitung

In den letzten Jahren ist die Zahl der Arzthaftprozesse auf strafrechtlichem und zivilrechtlichem Sektor sprunghaft angestiegen.

Ärzte aller Fachrichtungen in Praxis und Krankenhaus sehen sich unter dem Druck zunehmender Haftungsklagen zudem in einem Zwang, «einer Rechtsprechung zu folgen, die in vieler Hinsicht überzogen erscheint und eine Konfliktsituation mit ärztlichen Pflichten in sich birgt».¹

Hinzu kommt, daß die Realität ärztlichen Denkens und Handelns für Juristen oft nur schwer nachempfindbar ist, dieses um so mehr, wenn es sich um Entscheidungen aufgrund eines «langjährigen Erziehungs- und Erfahrungsprinzips handelt, das für die ärztliche Ethik wesentlich ist», wie es H. W. Schreiber einmal formulierte².

In zivilrechtlicher Hinsicht blicken wir sorgenvoll auf die Verhältnisse in den USA, wo die Zahl der Arzthaftprozesse in noch weit höherem Maß angestiegen ist, und wo man als Folge die Entwicklung einer reinen «Rückversicherungsmedizin» fürchtet, wie es H. Franzki in einem Referat in der Neuen Juristischen Wochenschrift belegte³.

Einige Zahlen sollen diese Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland verdeutlichen. In einer Studie «Recht und Medizin aus der Sicht der Staatsanwaltschaft» veröffentlichte H. Plett einige Daten über Verfahren gegen Ärzte und Pflegepersonal aus dem Landgerichtsbezirk Dortmund. Dieser umfaßt etwa 1,2 Millionen Gerichtseingesessene. Im Jahre 1981 waren insgesamt 125 000 Ermittlungsverfahren wegen Verdachts von Straftaten und etwa 13 000 Bußgeldverfahren anhängig. Von diesen 125 000 Ermittlungsverfahren entfielen im Jahre 1981 insgesamt 94 Verfahren

* Herrn Professor Dr. med. Dr. h.c. mult. Erwin H. Ackerknecht gewidmet.

gegen 125 Beschuldigte auf einschlägige Fälle, d. h. Verfahren gegen Ärzte und Pflegepersonal.

Die Zunahme dieser Verfahren verdeutlicht ein Vergleich mit früheren Jahren:

Verfahren gegen Ärzte und Pflegepersonal im Landgerichtsbezirk Dortmund

1972	21 Verfahren gegen 24 Beschuldigte
1976	44 Verfahren gegen 53 Beschuldigte
1981	94 Verfahren gegen 125 Beschuldigte ⁴

Auch die Arzthaftpflichtversicherer sahen sich in den vergangenen Jahren mit einer deutlich ansteigenden Zahl von Ansprüchen der Patienten konfrontiert. Seit 1977 stieg die Zahl der gemeldeten Fälle um 40 %, seit 1972 sogar um 120 %. Die Schadenshäufigkeit pro 1000 Versicherte stieg im Fünf-Jahres-Zeitraum um 35 %⁵.

Dieser Entwicklung Rechnung tragend, hat die Ärzteschaft seit 1975 unabhängige Gutachtergremien geschaffen, die auf Antrag prüfen, ob ein Patient infolge eines schuldhaften Behandlungsfehlers durch seinen Arzt einen Gesundheitsschaden erlitten hat. Sie sollen u. a. einen Überblick darüber vermitteln, welche Fehler auf welchen Gebieten gehäuft vorkommen, um aufgrund dieser Erkenntnisse die Ärzte hierüber unterrichten zu können und damit zu helfen, entsprechende Fehler zu verhüten. Ein weiteres wichtiges Anliegen dieser Gremien ist jedoch, dem geschädigten Patienten die Durchsetzung seiner Ansprüche zu erleichtern und betroffene Ärzte vor unnötigen Zivil- und Strafverfahren zu schützen.

Die Zusammensetzung dieser Gremien ist bei den Landesärztekammern nicht einheitlich geregelt, dieses gilt auch für die Verfahrensart. So gibt es bei einigen Kammern Schlichtungsstellen, bei anderen sind Gutachter und Schlichtungsstellen, bei weiteren wiederum Gutachterkommissionen gebildet worden.

Die Arbeit dieser Schlichtungsgremien als Vorschaltstellen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Über den Arbeitsanfall bei einem dieser Gremien gibt ein Bericht der Gutachterkommission der Ärztekammer Westfalen-Lippe Auskunft:

Seit Errichtung der Gutachterkommission im Sommer 1977 waren bis zum 31.12.81 insgesamt 1463 Anträge eingegangen, und zwar:

1977	229 Anträge
1978	317 Anträge
1979	281 Anträge
1980	335 Anträge
1981	301 Anträge

Die nachfolgende Tabelle zeigt den Anteil der einzelnen Fachgebiete. Zugrunde gelegt wurden 112 Entscheidungen aus dem Jahre 1981. Es entfielen auf die einzelnen Fachgebiete:

	Verfahren	Behandlungsfehler anerkannt
Chirurgie	36	8
Orthopädie	12	5
Gynäkologie	20	4
Urologie	6	2
HNO	5	0
Augenheilkunde	5	2
Innere Medizin	8	0
Allgemeinmedizin	8	1
Kinderheilkunde	1	0
Dermatologie	3	1
Neurologie	4	0
Radiologie	2	1
Anästhesie	2	1
Insgesamt	112	25(6)

Diese spezielle Situation auf dem Gebiet der Arzthaftung fordert auch den Medizinhistoriker heraus, diese Entwicklung nachzuvollziehen und insbesondere das nachweisbare «Sich-fremd-Gegenüberstehen» von Medizin und Jurisprudenz im Laufe der einzelnen Epochen zu untersuchen.

Das Wort «Kunstfehler» dürfte erst im 17. oder 18. Jahrhundert entstanden sein⁷. Herold schreibt zur Entstehung dieses Begriffes in seiner Arbeit «Der Begriff des ärztlichen Kunstfehlers»:

«Die ärztliche Tätigkeit wurde damals als «Heilkunst» bezeichnet – heute sprechen wir von «Heilkunde» – so erklärt es sich, daß der Ausdruck «Kunstfehler» seit jeher fast ausschließlich mit Bezug auf *ärztliches* Handeln (oder Unterlassen) verwendet wird ... Der Begriff «Kunstfehler» ist seit seiner Entstehung in erster Linie von Ärzten und medizinischen Wissenschaftlern verwendet worden; das ist aber nicht immer mit der gebotenen Vorsicht geschehen ...

Aus dem medizinischen Schrifttum ist das Wort «Kunstfehler» in die juristische Literatur und in die Rechtsprechung gelangt. Häufig wird hier damit so umgegangen, als ob es sich um einen feststehenden Rechtsbegriff handelt.»⁸

Juristen und Mediziner sind heute bemüht, andere Termini für diesen Vorgang zu finden, z. B. «Sorgfaltspflichtwidrigkeiten» (Gramberg-Danielson), ein Begriff, der einen Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft besser definiert⁹, oder einfach «Behandlungsfehler», wie es H. Franzki empfiehlt, da Ärzte und Juristen vom «Kunstfehler» so unterschiedliche Vorstellungen hätten, daß auf diesen unscharfen, nirgends gültig definierten Begriff besser ganz verzichtet werden sollte¹⁰.

II. Zur Ahndung ärztlicher Sorgfaltspflichtwidrigkeiten in den verschiedenen Epochen der Medizingeschichte

Schon aus der alten ägyptischen Medizin sind uns bestimmte Regelungen zur Ausführung der ärztlichen Kunst überliefert. Hier genossen der Arzt und seine Kunst hohes Ansehen, wie uns bestimmte Papyri übermitteln. Weit mehr medizinische Dokumente stammen aus Mesopotamien, dem Land zwischen Euphrat und Tigris. Hier benutzte man Tontafeln, die sich besser als die Papyri erhalten haben.

Hinsichtlich der Arzthaftung berichtet Ackerknecht in seiner «Geschichte der Medizin», daß das älteste erhaltene Gesetzbuch, das Gesetzbuch des König Hammurabi von Babylon (etwa 2250 v. Chr.), das wohl aus 1000 Jahre älteren sumerischen Gesetzen abgeleitet ist, unter vielen anderen gesetzlichen Regeln auch Bestimmungen über die Bezahlung ärztlicher Tätigkeit und über *Strafen für schlechte Praxisausübung* enthielt:

«Wenn der Arzt einen Herrn behandelt und einen Abszeß mit dem Messer öffnet und das Auge des Patienten erhält, so soll er 10 Shekel Silber erhalten. Ist der Patient ein Sklave, so soll sein Herr 2 Shekel Silber bezahlen. Wenn der Arzt einen Abszeß mit einem stumpfen Messer öffnen und den Patienten töten oder sein Augenlicht zerstören sollte, so soll seine Hand abgeschnitten werden» (Charles Edwards, The Hammurabi Code, London 1921, S. 77)¹¹.

In der hippokratischen Medizin hatte die Nichtbehandlung prognostisch infauster Fälle eine besondere Bedeutung. Für den koischen Arzt war die Prognose das Ausschlaggebende, die Richtschnur für sein weiteres therapeutisches Vorgehen. Bei der Behandlung von Kranken mit infauster Prognose tat der Arzt gut daran, die Angehörigen unverzüglich von dem zu erwarten-

den tödlichen Ausgang zu unterrichten, *um nachträglichen Vorwürfen zu entgehen*¹².

Nach den uns erhaltenen Quellen regelten auch in Rom Gesetze die Haftung des Arztes. So finden sich im *corpus juris civilis* Belege, die für eine Arzthaftung bei den Römern sprechen. Haftbar wurde danach der Arzt für kunstwidrige Operationen, für falsche Anwendung eines Medikamentes und für fahrlässige Behandlung. Auch hier bestand für ihn die Verpflichtung zum Schadenersatz¹³.

In Deutschland wurden im mittelalterlichen Recht («Peinliche Halsgerichtsordnung») Fehler der Ärzte durch Sachverständige begutachtet und geahndet¹⁴.

In Frankreich war im 17. Jahrhundert eine Änderung in der Betrachtung der Haftungsfragen eingetreten. Nach einer Periode extremer Strenge gegenüber dem Arzt schien eine Milderung in der Forderung aus der rechtlichen Verantwortung des Arztes einzutreten, wie aus einem Entscheid des Pariser Parlamentes vom Juli 1696 gedeutet werden kann. Dieser Beschluß legte fest, daß die Chirurgen für ihre Heilmittel weder Gewähr zu leisten noch Verantwortlichkeit zu tragen hätten, solange auf ihrer Seite nur «Unwissenheit und Unerfahrenheit» vorlagen.

Es mehrten sich in jener Zeit auch Stimmen, die eine rechtliche Haftung des Arztes für ein fahrlässiges Verhalten generell ablehnten. Man argumentierte, daß die Verantwortlichkeit des Arztes eine rein «moralische» sei. Mit Hinsicht auf seine Tätigkeit wäre er nur Gott und seinem eigenen Gewissen gegenüber verantwortlich.

Trotz dieser Bemühungen seitens der Ärzteschaft zur Schaffung eines «eigenen Rechtsprivilegs» haben die französischen Gerichte jedoch in den meisten Fällen die zivilrechtliche Haftung des Arztes bejaht¹⁵.

Die Nichtbehandlung prognostisch infauster Fälle wurde erst im 18. Jahrhundert im Gefolge der Aufklärung abgelehnt. Jetzt erst wurde die Flucht des Arztes bei großen Seuchen – ein von Galen bis Sydenham völlig legitimes Verhalten – «unethisch» und die Nichtbehandlung Unheilbarer verworfen.

Die medizinische Aufklärung hat insbesondere in England prominente Vertreter gefunden, welche auch ihren Einfluß auf Europa und Nordamerika ausübten. Berühmt wurde die Schrift von Gregory von Edinburgh (1724–1773) mit dem Titel «Vorlesung über die Pflichten und Eigenschaften eines Arztes», in der er sich mit Entschiedenheit gegen das nach wie vor geübte Verlassen der Unheilbaren wandte und forderte, den Arzt und seine

Tätigkeit einer Kontrolle zu unterziehen. Als eine dieser Methoden zur Selbstkontrolle empfahl er die Konsultation mehrerer Ärzte (Ackerknecht)¹⁶.

Sowohl die medizinischen Eide – angefangen vom Eid des Hippokrates bis zu den weiteren abgewandelten Formen – sowie auch die von Gregory und anderen erhobenen Forderungen zur Kontrolle und Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen waren Postulate, die in der Hauptsache von Ärzten für Ärzte erhoben wurden. Im weiteren Verlauf der Geschichte finden wir jedoch zunehmend den Erlaß von Richtlinien durch verschiedene behördliche Institutionen, die auf der einen Seite eine Abgrenzung des Ärztestandes gegen andere sogenannte «Heilkundige» schaffen, jedoch auch eine Qualitätssicherung der ärztlichen Leistungen gewährleisten sollten. Bei diesen Bemühungen war die Ärzteschaft an der Erarbeitung der Richtlinien beteiligt, zunehmend übernahmen jedoch die Juristen diese Aufgaben.

Die wichtigste Instanz für die Gewährleistung einer Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich waren zwischen 1500 und 1800 die medizinischen Fakultäten. In jener Zeit waren sie zunächst und vor allem die Gemeinschaft der regelrecht approbierten praktischen Ärzte einer Universitätsstadt. Die medizinische Fakultät jener Epoche nahm Aufgaben wahr, die heute von anderen Institutionen erfüllt werden. So verteidigte sie als beruflicher Verband die Standesinteressen der Ärzte, überwachte als Gesundheitsbehörde die öffentliche Hygiene und war oft die einzige zuständige Autorität für die gerichtliche Medizin¹⁷ (Lichtenthaeler).

III. Eine Medizinalordnung als Regulativ bei Verletzungen ärztlicher Sorgfaltspflichten

Im 16. Jahrhundert hatte man in verschiedenen Städten und Fürstentümern Deutschlands durch Apothekenordnungen (Abb. 1 + 2) versucht, nicht nur für die Apotheker, sondern auch für andere Heilberufe eine gewisse Ordnung zu schaffen. Eine Weiterentwicklung dieser Apotheken-Ordnungen waren die Medizinal-Ordnungen des 18. und 19. Jahrhunderts, deren Hauptanliegen es war, der Bevölkerung wieder die Sicherheit zu verschaffen, im Krankheitsfall von wirklich qualifizierten Ärzten und Wundärzten behandelt zu werden und damit dem Unwesen der Quacksalberei unbedingt Einhalt zu gebieten (Abb. 3). Dabei war es erforderlich, für die einzelnen Berufszweige auf dem Gebiet der Heilkunde – Ärzte, Wundärzte, Barbieri,

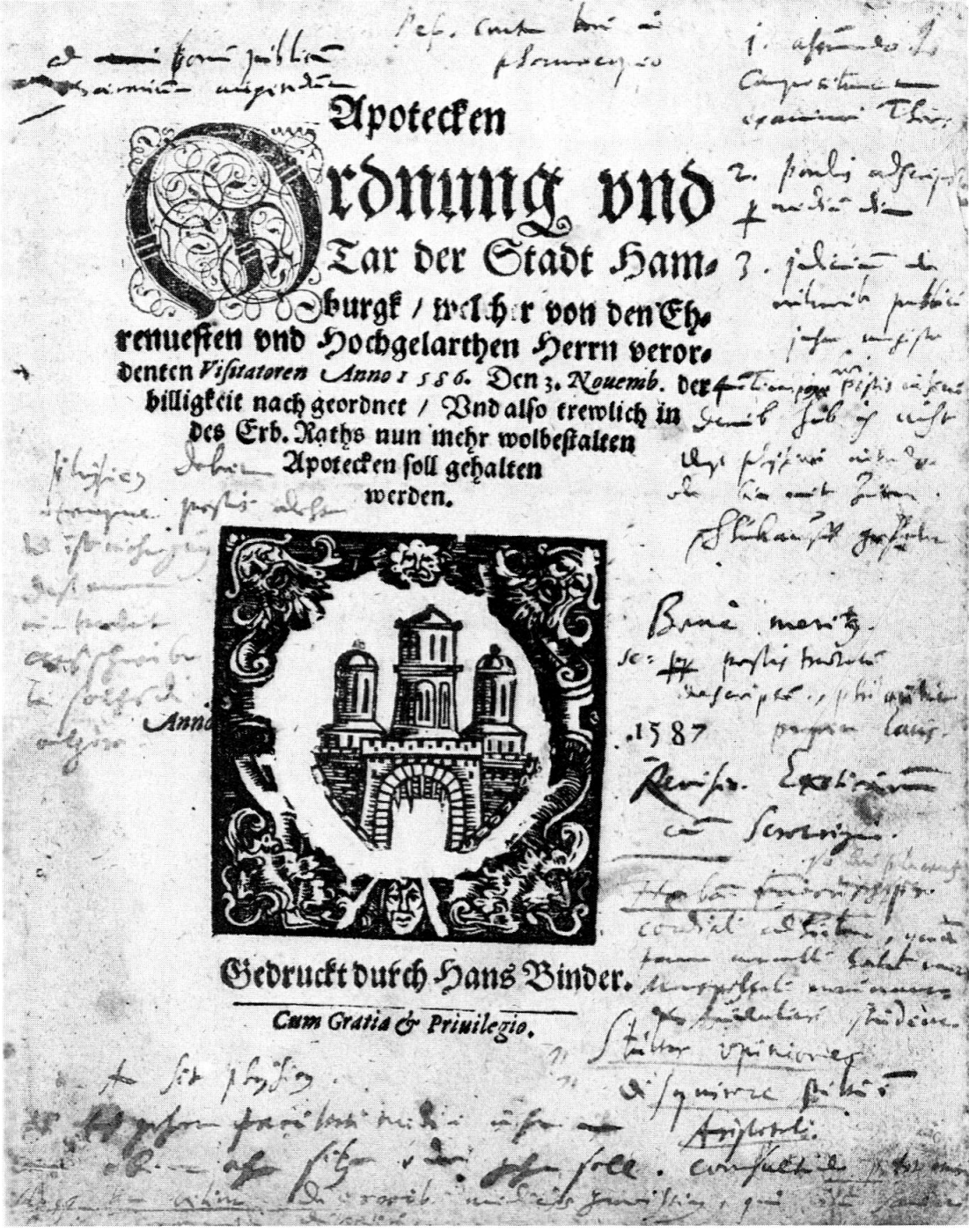


Abb. 1. Titelblatt zu: Apotrecken Ordnung und Tax der Stadt Hamburgk vom 3. November 1586. Hamburg 1587. Mit handschriftlichem Glossar. Staatsarchiv Hamburg: Senat, Cl. VII Lit.L^b No 1 Vol. 1

Sines
Hoch-Edlen, Hochweisen
Raths
Der Kayserlichen Freyen, und des
Heiligen Römischen
Reichs = Stadt
LÜBECK,
Revidirte
MEDICINAL-
Ordnung,
De Anno 1714.



Gedruckt Anno MDCCXV.

Abb. 2. Titelblatt zu: «Revidirte Medicinal-Ordnung der Reichs-Stadt Lübeck»
aus dem Jahre 1714. Archiv der Stadt Lübeck

Bader, Apotheker, Hebammen etc. – Berufsordnungen und Tätigkeitsmerkmale aufzuzeigen.

In eigenen Untersuchungen zur Entwicklung der Medizinal-Gesetzgebung der Hansestadt Hamburg vom 16. bis 19. Jahrhunderts konnte ich nachweisen, daß schon bei den Vorarbeiten für die Medizinal-Ordnung des Jahres 1818 (Abb. 4) entsprechende, die *Haftpflicht betreffende Regelungen* diskutiert, in der endgültigen Fassung berücksichtigt wurden und in der Folgezeit auch Eingang in die Rechtsprechung fanden.

Die Medizinal-Ordnung eines Stadtstaates wurde damit neben ihrer Eigenschaft als Berufsordnung gleichfalls zur «lex specialis» und als solche in das damals bestehende Hamburger Stadtrecht integriert.

Hatten die Vorläufer dieser Medizinal-Ordnung von 1818 – die Apotheken-Ordnungen des 17. und 18. Jahrhunderts – eine durch *Ärzte, Apotheker* o. a. auf dem Gebiet der Heilkunde Tätigen verursachten Behandlungsschaden nicht behandelt, so tauchte jetzt erstmals der Begriff «Haftung» für eine nicht eingehaltene Sorgfaltspflicht bei der medizinischen Behandlung auf. So heißt es im § 29 der Medizinal-Ordnung von 1818:

«In Hinsicht der Ausübung der Kunst ist jedoch ein jeder *Arzt* dem hiesigen, ordentlichen Gerichts-Stande unterworfen, und, nach Vorschrift der Gesetze, für jeden Nachtheil verantwortlich, der, erweislich durch seine Schuld, für Leben oder Gesundheit der Menschen entsteht. Es kann ihm dem gemäß ausser der verwirkten gesetzmässigen Bestrafung, bei wiederholten Fällen, von nachlässiger oder tief gesunkenen Moralität, die Erlaubniß zur Praxis, auf Vorstellung des Gesundheit-Rathes durch den Senat genommen werden, welches sodann auf Erkenntniß desselben durch den Gesundheit-Rath öffentlich bekannt gemacht werden soll.»

Auch für den *Wundarzt* wurden entsprechende Bestimmungen erlassen:

«In Hinsicht der Ausübung der Kunst ist ein jeder hiesiger *Wundarzt* dem hiesigen ordentlichen Gerichtsstande unterworfen, und nach Vorschrift der Gesetze für jeden Nachtheil verantwortlich, der erweislich durch seine Schuld für Leben oder Gesundheit der Menschen entsteht. Es kann ihm dem gemäß ausser der gesetzlichen Bestrafung, bei wiederholten Fällen von nachlässiger oder gewissenloser Behandlung der Kranken, oder bei einer tief gesunkenen Moralität die Erlaubniß der Praxis auf Vorschlag des Gesundheit-Rathes durch E. H.-Rath genommen werden, welches sodann auf Erkenntniß des Senats öffentlich bekannt gemacht werden soll.» (§ 50)

Man ging jedoch noch einen Schritt weiter, indem man versuchte, durch dieses Gesetzeswerk *vorbeugend* zu wirken, indem man einen festen Rahmen für die Tätigkeitsbereiche der einzelnen Gruppen auf dem Gebiet der Heilkunde (*Ärzte, Wundärzte, Barbieri, Bader, Hebammen, Apotheker*



Abb. 3. Ein Quacksalber an seinem Stand auf der Straße. Kupferstich von Willem Buytewech, ohne nähere Angaben (17. Jh.). Aus dem Inst. f. Gesch. d. Md., Wien

Medizinal-Ordnung

für die
freie Hansestadt Hamburg
und
deren Gebiet

durch Rath- und Bürgerschluss vom 19. Februar 1818 beliebt.

Auf Befehl
Eines Hochedlen Rathes der freien Hansestadt Hamburg
publizirt den 20. Februar 1818.



Gedruckt bei Gottlieb Friedrich Schniebes, Eines Hochedlen und Hochwelfen
Rathes Buchdrucker.

u. a.) schuf. So waren für die Wundärzte, Barbieri und Bader in den §§ 38 bis 41 besondere Richtlinien hinsichtlich ihrer chirurgischen Tätigkeit erlassen und durch die Klasseneinteilung (§ 40) eine Abgrenzung der einzelnen Tätigkeitsbereiche gegeben:

- «1. Classe, welcher man die ganze Chirurgie auszuüben erlaubt.
2. Classe, die nur die leichten chirurgischen Übel behandeln darf. Ob es besser sey, die Operationen, welche sie übernehmen, oder die, welche sie nicht übernehmen dürfen, namentlich anzugeben, bleibt dem Ermessen des Gesundheit-Rathes überlassen.
3. Classe, denen man nur Schröpfen, Barbieren und andere kleinere, namentlich anzuführende chirurgische Handlungen erlaubt.»

Durch die Abgrenzungen ihrer Befugnisse und Tätigkeitsbereiche sollten *Sicherheiten* eingebaut werden, die imstande waren, *Fehlbehandlungen zu verhindern*. Dieses sollte auch durch spezielle Prüfungs- und Zulassungs-Ordnungen gewährleistet werden. So hatten sich z. B. – nach Erlaß der Medizinal-Ordnung von 1818 – alle Ärzte, Wundärzte und Apotheker, die in Hamburg praktizieren wollten, einer nochmaligen Prüfung durch den Gesundheitsrat (Abb. 5) zu unterziehen.

Das Bestehen dieser Prüfung war maßgebend sowohl für die Erteilung der Genehmigung, in Hamburg praktizieren zu dürfen, als auch für die Entscheidung, für welche Bereiche der Heilkunde eine Zulassung erfolgen konnte: Für die gesamte Medizin, für die gesamte Chirurgie oder für Teilbereiche in der Chirurgie.

Anhand der noch vorhandenen aktenkundigen Fälle über Arztprozesse konnte ich nachweisen, daß in der Mehrzahl der zur Anklage gebrachten Behandlungsfehler *der Schaden dadurch eingetreten war, daß der Beklagte in Nichterkenntnis seiner fachlichen Qualifikation und Nichtbehandlung der zuerkannten Behandlungskompetenzen Eingriffe vorgenommen hatte, die zur weiteren Schädigung des Erkrankten führten*. Durch das Überschreiten der von der Medizinal-Behörde aufgrund seiner Kenntnisse zuerkannten Befugnisse wurde der Entsprechende schuldhaft, und zwar in einer fahrlässigen Handlung wie auch «grob-fahrlässig» nach der heutigen Definition.

Der Begriff «Kunstfehler» erschien in dieser Zeit in den Gerichtsakten sowie im Gesetz in Hamburg nicht. Hier wählte man zur Definition der Klärung des Sachverhaltes über die eingetretene Schädigung bei einer medizinischen Handlung Umschreibungen wie z. B.:

«Verantwortlichkeit für jeden Nachtheil, der erweislich durch die Schuld des Beklagten für Leben oder Gesundheit des Menschen entsteht»,
«nachlässige oder gewissenlose Behandlung der Kranken», «Nachlässigkeit oder Ungeschicklichkeit»,
«erwiesene Verschuldung gegen Menschenleben oder Gesundheit»,
«erwiesene Nachlässigkeit in der Ausübung der Geschäfte.»

Über die Gesamtzahl der im 19. Jahrhundert nach Erlaß der Medizinal-Ordnung in Hamburg geführten Prozesse und Verfahren kann keine Aussage mehr gemacht werden. Bei dem noch vorhandenen Aktenmaterial aus dem Zeitraum zwischen 1820 und 1880 handelt es sich u. a. um folgende Fälle:

«Fehlbehandlung bei einem erkrankten Kind durch einen Chirurgen»,
«Anklage wegen Durchführung einer nicht erlaubten Operation durch einen Chirurgen der 2. Classe»,
«Entzug der Erlaubniß zur Führung einer ärztlichen Praxis aus moralischen Gründen»,
«unbefugtes Praktizieren, fahrlässige, fehlerhafte ärztliche Behandlung mit Todesfolge»,
«Ausstellung eines falschen Attestes»,
«Anklage wegen fahrlässiger Fehlbehandlung mit Antrag auf Schadenersatz»,
«kombiniertes Strafverfahren vor dem Senat gegen zwei Personen: Anklage gegen die erste Person wegen Verführung zum Beischlaf abhängiger Personen und versuchte Abtreibung, gegen die zweite Person (Arzt) wegen versuchter Abtreibung»,
«Behandlung vor dem Niedergericht – Schadenersatzanspruch aus fehlerhafter ärztlicher Behandlung», u. a.¹⁸

Der Umstand, daß in den Prozessen jener Zeit überwiegend Angehörige des Standes der Wundärzte und Barbieri angeklagt waren, findet auch darin eine Erklärung, daß dieser Stand der Barbieri neben den Chirurgen seit dem Mittelalter die eigentlichen «Allgemeinpraktiker» für die Bevölkerung waren. So kam es häufig vor, daß ein Wundarzt sogenannte «innere Kuren» ausführte, d. h. Behandlungen nichtchirurgischer Krankheiten übernahm und hier mangels Vorbildung natürlich die Gefahr der Schadenssetzung besonders groß war.

Eine Erweiterung der chirurgischen Praxis war nach § 57 der Medizinal-Ordnung möglich, wenn ein zusätzliches medizinisches Examen abgelegt wurde:

«Sollte ein Chirurgus sich fähig halten, auch innerliche Kuren zu übernehmen, so hat er sich bei dem Gesundheit-Rath zu melden, nach beigebrachtem Beweise, daß er eine gehörige Bildungs-Anstalt besucht, sich dem medizinischen Examen zu unterwerfen und nach Befinden der Fähigkeiten, die Erlaubniß auch zur inneren Praxis zu erwarten. Ohne diese Erlaubniß ist dem Chirurgus die innere Praxis bei 20 RThl. untersagt (§ 57).

Für die angeführten Schadensfälle waren nach der im 19. Jahrhundert in Hamburg geltenden Verfassung sowie nach der Justiz-Organisation im Verwaltungsaufbau zuständig:

«Regierung, Gerichte und Behörden – im einzelnen: Der Senat, die Polizeibehörde und der ordentliche Gerichtsstand (= die <generellen> Gerichte I., II. und III. Instanz: Niedergericht, Obergericht und das gemeinschaftliche Ober-Appellationsgericht der vier Freien Städte Deutschlands als <generelles> Gericht III. Instanz).

Neben diesen Institutionen bestanden weitere spezielle «Justizbehörden für einzelne Klassen von Sachen». Zu diesen Sondereinrichtungen ist auch der Gesundheitsrat im Rahmen von Vergehen gegen die Medizinal-Ordnung zu sehen.

Interessant ist auch die Einstellung der Gerichte aus jener Zeit bei der Beurteilung von Lehrmeinungen, auf die in verschiedenen Prozessen Bezug genommen wurde und die sich z. T. widersprachen, von den praktizierenden Ärzten jedoch als Leitfaden angesehen wurden. Viele Ärzte schlossen sich in der damaligen Zeit einer herrschenden Lehrmeinung an und verfuhrten in ihrem praktischen Wirken nach dieser Lehre. Die Gerichte sahen im Wettstreit der medizinischen Lehrmeinungen jedoch eine Gefahr für den Patienten, zum «Experimentierobjekt» zu werden, und forderten vom Arzt, nicht auf Kosten der Gesundheit anderer Personen zu experimentieren.

Im Jahre 1855 wurden in einem ärztlichen Schadenersatzprozeß in Hamburg, der durch alle Gerichtsinstanzen ging und sich von 1855 bis 1857 hinzog, erstmalig *ärztliche Aufzeichnungen* über einen Patienten (Patientenkartei, Krankengeschichte) als *Beweismaterial* herangezogen. Die Krankengeschichte wurde in diesem Prozeß von dem Arzt freiwillig vorgelegt, um eine Klärung des Sachverhaltes herbeizuführen¹⁹.

Besonderer Erwähnung bedarf auch die Tatsache, daß in diesen – für einen Stadtstaat erarbeiteten Regelungen – auch die *Ausdehnung der Haftung für beschäftigte Hilfspersonen* erfolgte. Damit verbunden war die strenge Forderung an den Arzt und Wundarzt, den jeweils Beschäftigten nur mit den seiner Ausbildung entsprechenden Handlungen zu betrauen und für seine stetige Weiter- und Fortbildung Sorge zu tragen (§ 51 der Medizinalordnung von 1818). Hier finden wir schon früh eine Forderung, die der heutigen Haftung für medizinisches Assistenzpersonal entspricht, indem der Vertragspartner «Arzt» dem Patienten nicht nur für sein eigenes (schadenursächliches) Verhalten einzustehen hat, sondern auch für haftpflichtiges Verhalten einzelner Personen, derer er sich zur Erfüllung seiner

vertraglichen Pflichten bedient, und zwar ohne jede Entlastungsmöglichkeit, d. h. er muß eine sorgfältige Auswahl der Erfüllungshilfen gewährleisten.

Das Ergebnis der entsprechenden Prozesse gegen Angehörige der Heilberufe wurde jeweils in den Tageszeitungen veröffentlicht (Abb. 6).

Der Gesundheits-Rath bringt in Folge § 35 der Medicinal-Ordnung und Conclusi Amplissimi Senatus de 7ten Februar d. J. hiedurch zur Kenntniß des Publicum, daß Carl Ludwig Friedrich Eller wegen unbefugter medicinischer Praxis in Strafe genommen worden ist und warnt das Publicum vor dessen Quacksalbereien, deren Gefährlichkeit sich durch eine kürzlich gegen denselben statt gehabte Untersuchung herausgestellt hat.

Hamburg, den 5ten Juni 1811.

Der Gesundheits-Rath.

Abb. 6. Veröffentlichung eines Praxisverbotes in einer Tageszeitung

Die Vorbereitungen für diese Medizinal-Ordnung und der Erlaß derselben im Jahr 1818 fanden in einer Zeit statt, in der das Gesundheitswesen in der Freien und Hansestadt Hamburg sehr im argen lag, in der der «Kranken-hof», der frühere Pesthof, mit seinen unzulänglichen räumlichen und personellen Möglichkeiten das zentrale Hospital darstellte. Das Allgemeine Krankenhaus wurde erst im Jahre 1823 erbaut; dieses Hospital gehörte dann mit dem später erbauten Eppendorfer Krankenhaus (Eröffnung 1889) neben der Berliner Charité zu den größten dieser Zeit, sie umfaßten jeweils über 1000 Betten (Murken)²⁰.

Mit den gesetzlichen Maßnahmen gelang es, in das Chaos unregelter und ungesetzlicher Zustände auf dem Gebiet des Gesundheitswesens eine Ordnung zu schaffen, durch die Erbauung des Allgemeinen Krankenhauses wurde auch erreicht, eine Neuorientierung des Arztberufes durchzuführen, da es von diesem Zeitpunkt an gelang, Weiterbildungsplätze für Ärzte zu schaffen. Durch geeignete Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten versuchte man ebenfalls, die fachliche Qualifikation der Angehörigen der einzelnen Gruppen der Heilkunde zu verbessern; diese Maßnahmen trugen

wiederum dazu bei, die Zahl der Schadenssetzungen auf medizinischem Gebiet zu verringern.

Als einer der maßgeblichen Ärzte, die sich bei der Neuorientierung des ärztlichen Berufsstandes sowie bei der Umstrukturierung des Krankenhauswesens besonders verdient gemacht haben, darf Johann-Carl-Georg Fricke (1790 bis 1841) genannt werden²¹.

Die Stadt Hamburg war lange im Bund der Hanse in einer gewissen vergleichbaren Situation mit den Hansestädten *Bremen* und *Lübeck* auf allen Bereichen des Gemeinwesens. Es liegt daher nahe, auch einen Blick auf die Entwicklung der Medizinal-Gesetzgebung in diesen beiden Städten unter besonderer Berücksichtigung der Haftpflichtfragen zu werfen. Bei diesem Vergleich kann festgestellt werden, daß Bremen erst spät diese Entwicklung vollzogen hat und daß das Hamburger Modell hier z.T. als Vorlage übernommen wurde, insbesondere die Einrichtung des Gesundheitsrates. Es ist aber dem Gesundheitsrat in Bremen nicht gelungen, die Bedeutung des Hamburger Sachverständigen-Gremiums zu erreichen. Weiterentwicklungen wurden hier oft durch Kompetenzstreitigkeiten zwischen Senat und Gesundheitsrat blockiert. Aus Lübeck liegt eine Apotheken-Ordnung aus dem Jahre 1606 und eine revidierte Ordnung aus dem Jahre 1717 vor, die den Hamburgern bei den Beratungen zur neuen Medizinal-Ordnung von 1818 als Vorlage diente. Zu Beginn des 19. Jahrhunderts versuchte man auch in Lübeck, die Medizinalgesetze zu verbessern bzw. neue Regelungen zu schaffen. Die Erneuerer setzten aber nur zwischen 1814 und 1819 sowie zwischen 1825 und 1831 eine Revision der alten Medizinal-Ordnung durch, die erst 1867 durch eine neue Verordnung abgelöst wurde.

In beiden Städten sind in den einzelnen Medizinal-Ordnungen dieser Zeit *keine* Regelungen zu Haftpflichtfragen enthalten, so daß Hamburg in dieser Beziehung doch eine Sonderstellung einnahm²².

IV. Weitere Entwicklungen – Ausblick

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts war in Deutschland eine Zunahme von sogenannten ärztlichen Kunstfehlerprozessen festzustellen, und man beobachtete in jener Zeit unter diesem Eindruck eine Intensivierung der Diskussion über «Kollegialität». Man wollte damit erreichen, daß beim Eintreten derartiger Fälle das Geschehen zunächst innerhalb der eigenen Reihen erörtert wurde. Schon 1778 hatten sich Gregory und 1806 Hufeland für eine «disziplinierte und auf den ärztlichen Binnenraum beschränkte Diskussion» eingesetzt, und Julius Pagel unterstrich 1897 den

«Segen und ehrlicher Collegialität in solchen Fällen», zumal ungeschicktes Verhalten das Eingreifen des Staatsanwaltes erst herbeiführen würde²³. Es erschienen zahlreiche Arbeiten, in denen von ärztlicher und juristischer Seite zu diesen Fragen Stellung genommen wurde.

Auch Rudolf Virchow nahm zu diesen Kunstfehler-Prozessen Stellung und bemerkte u. a.:

«Das Publikum und zuweilen auch der Staatsanwalt gehen nur zu leicht von der Voraussetzung aus, der Arzt dürfe nie krank, nie ermüdet, nie erschöpft sein» ...

Virchow wünschte, daß ein entsprechendes Gesetz mit dem Vorbehalt versehen würde, «daß der Arzt nur haftbar wäre, wenn er durch Mangel an sorgfältiger Aufmerksamkeit oder Vorsicht allgemein anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst verletze.» (Ackerknecht)²⁴.

Im Jahre 1915 gab Reichsgerichtsrat Mansfeld in der «Leipziger Zeitschrift» eine zusammenfassende Darstellung über die Haftung des Arztes:

«Nach § 823, Abs. 1 BGB haftet der Arzt dem Kranken oder dessen gesetzlichem Vertreter aus dem mit ihm geschlossenen Dienst- oder Werkvertrage für jede Verletzung der Vertragspflicht, daneben aber auch aus dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung für jede in Verletzung seiner Berufspflicht begangene, schuldhaft, widerrechtliche Schädigung des Lebens, des Körpers und der Gesundheit des Kranken. Hat ein Dritter den Vertrag mit dem Arzt geschlossen, so besteht eine vertragsmäßige Haftung nur gegenüber dem Dritten, dem Kranken gegenüber kommt nur die Haftung aus unerlaubter Handlung infrage. Da dem Arzt ein besonderes Berufsrecht zu Eingriffen in die körperliche Unversehrtheit oder in die Freiheit eines Kranken nicht zusteht, ist jeder, sei es auch zu Heilzwecken lege artis, aber gegen den Willen des Kranken oder bei dessen Willensunfähigkeit ohne Zustimmung des gesetzlichen Vertreters vorgenommene Eingriff oder eine so bewirkte Freiheitsentziehung objektiv widerrechtlich, und lediglich die Einwilligung des Kranken oder seines Vertreters, vermag diese objektive Rechtswidrigkeit zu beseitigen.»

Dieses war ein vom Reichsgericht in ständiger Rechtsprechung vertretener, wenn auch in der Praxis lebhaft bekämpfter Standpunkt. Eine besondere Problematik wäre dabei im Kriege aufgetreten, wenn man jedem Militärarzt zugemutet hätte, vor einem als nötig erachteten Eingriff die Zustimmung des Bewußtlosen, Verwundeten oder gar seines gesetzlichen Vertreters einzuholen. Bei einer Nichtbeachtung dieser Regelung würde er sich einer strafrechtlichen Verfolgung und zivilrechtlichen Haftung wegen vorsätzlicher Körperverletzung aussetzen. Mansfeld erkannte dieses deutlich und machte daher eine sehr begrüßenswerte Konzession: Eine Einwilligung wird für nicht erforderlich erachtet, wenn Gefahr im Verzug ist. Er bezog sich dabei auf ein Urteil des III. Senats vom 30. Juli 1911.

Neben der Haftung wegen eigenmächtiger Eingriffe behandelte Mansfeld auch Haftungsfälle aus Kunstfehlern. Er ging dabei von der herrschenden Meinung der damaligen Rechtsprechung aus, die hinsichtlich des Kunstfehlers aussagte:

«Ob ein solcher vorliegt, ist unter freier Würdigung des Beweisergebnisses zu entscheiden. Nicht jeder Fehler gereicht dem Arzt zum Verschulden; es kann nicht von ihm erwartet werden, daß seine Anordnungen unbedingt sachgemäß ausfallen und die denkbarste Gewähr für schnelle und volle Heilung gibt. Selbst bei der sorgfältigsten ärztlichen Praxis kommen Fehler und Unrichtigkeiten vor, auch der geschickteste Arzt arbeitet nicht mit der Sicherheit einer Maschine.»

(Seuffert's Archiv für Entscheidungen der Obersten Gerichte 67. Band 1912, Nr. 432)²⁵

Inbesondere mußten sich die Gerichte in jener Zeit mit Fällen von «Zurücklassens von Fremdkörpern in der Operationswunde, in der Operationswunde versehentlich zurückgelassene Gaze-Servietten sowie Fällen von Auftreten von Beschwerden nach durchgeführten Operationen» beschäftigen. Unter dem Eindruck der Zunahme derartiger Prozesse versuchte man von seiten der Ärzte, in den eigenen Reihen die «Kollegialität» zu fördern, um sich, wie bereits erwähnt, gegen unrechtmäßige Forderungen seitens der Patienten zu schützen; dieses insbesondere unter dem Eindruck, daß von seiten der Juristen keine besondere Hilfestellung zu erwarten war.

Auch heute versuchen *Ärzte und Juristen* gemeinsam eine Diskussionsbasis zu erarbeiten. Als ein solches Vorhaben darf auch die im Juli 1980 gegründete Forschungsstelle für Arzt- und Arzneimittelrecht der Bundesrepublik Deutschland an der Universität in Göttingen angesehen werden, deren Aufgabe es ist, «die rechtlichen Fragen von Medizin und Arzneimittelwesen übergreifend zu erfassen». An dieser Aufgabenstellung arbeiten Juristen und Mediziner gemeinsam.

Zur Entwicklung des Arztrechts führte A. Laufs in einer im Juni 1984 erschienenen Arbeit in der «Neuen Juristischen Wochenzeitschrift»²⁶ die wichtigsten Kriterien an, die z. Zt. die Gerichte im Zusammenhang mit Fragen der Arzthaftung beschäftigen.

Es sind hier vorrangig die rechtlichen Konsequenzen, die sich aus einer planmäßigen Arbeitsteilung und dem interdisziplinären Zusammenspiel zwischen Spezialisten innerhalb einer modernen Hochleistungsmedizin ergeben. Fragen, ob und inwieweit der Arzt seinen Kollegen auf Fehler und Nachlässigkeiten zu überprüfen hat, bilden eine ebenso zentrale Rolle wie die nach der Beurteilung von Auswahl- und Kontrollpflichten im Verhältnis zu den nichtärztlichen Mitarbeitern. Von besonderer Bedeutung ist auch die

Übertragung einer selbständig durchzuführenden Operation auf einen dafür noch nicht ausreichend qualifizierten Assistenten, da nach einem viel beachteten Urteil des BGH hier ein Behandlungsfehler vorliegt, der dem ausbildenden Arzt zur Last fällt. Hier wird die Forderung erhoben, daß die Ausbilder den Anfänger *schrittweise und unter Aufsicht* an die Operationen der verschiedenen Schwierigkeitsstufen heranführen sollen. Dabei müssen die Verantwortlichen «vorher nach objektiven Kriterien prüfen und danach zu dem ärztlich vertretbaren Ergebnis kommen, daß für den Patienten dadurch kein zusätzliches Risiko entsteht. Es muß immer der *Standard eines erfahrenen Chirurgen* gewährleistet sein».

Weitere Überlegungen werden angestellt, inwieweit die *Reichweite des Vertrauensgrundsatzes*, d. h. die Sorgfaltspflichten – auch des Krankenhausträgers – abzustecken sind, das ärztliche Personal, vornehmlich das nachgeordnete, zu überwachen.

Auch stehen hinsichtlich des vorprozessualen Zugangs der Patienten zu Krankenunterlagen und des Umfangs der Aufklärungspflicht sowie der aus der Neulandmedizin sich ergebenden unentbehrlichen Therapiestudien, die zu Spannungen zwischen dem wissenschaftlich Erwünschten und dem rechtlich Erlaubten führen können, noch manche Fragen offen.

Die Entwicklung auf dem Gebiet der Arzthaftung bewirkt neben der juristischen Diskussion in neuerer Zeit auch zunehmend eine politische, die in engem Zusammenhang mit den speziellen Kriterien der Professionalisierung des Arztberufes²⁷ steht. In diesem Zusammenhang mehren sich die Forderungen nach Verstärkung der Kontrollmaßnahmen innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung.

Das dauernde «In-der-Bewährung-Stehen» des Arztes – auch in rechtlicher Hinsicht – ist in den verschiedenen Epochen der Medizingeschichte nachweisbar, erfährt jedoch seit einigen Jahrzehnten und verstärkt in den letzten Jahren – bedingt durch die Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten – eine Zuspitzung und verursacht eine Störung der Arzt–Patienten-Partnerschaft, eine Störung der nicht nur juristischen Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient. Daraus kann eine «fatale Verunsicherung beider Vertragspartner entstehen, aus der insbesondere für den Arzt Behinderungen erwachsen in seinem Bemühen, einfacher und schneller sowie allseits überzeugender helfen zu wollen», wie es Schreiber und Winkler einmal formulierten.

Das gemeinsame Interesse für den kranken Menschen im Bemühen um «Heilung» – als Aufgabe für die Ärzte –, «Sorge für seinen rechtlichen

Schutz» – als Anliegen der Juristen – sollte dabei beide Berufsgruppen nicht zu Gegnern machen. Sie müssen vielmehr einen Weg suchen, der über aufgeschlossene, vorurteilsfreie und konstruktive Gespräche mit dem Ziel eines gegenseitigen Verstehens zu einer Beendigung des im Laufe der Rechts- und Medizingeschichte nachweisbaren «Sich-einander-fremd-Gegenüberstehens» von Medizin und Recht führen kann.

Anmerkungen und Literaturhinweise

- ¹ Imdahl, H.: Recht und Medizin – ein Versuch der Annäherung. *Med. Welt* 33, 1255–1280 (1982).
- ² Imdahl, H.: a. a. O.
- ³ Franzki, H.: Waffengleichheit im Arzthaftungsprozess. *N.J.W. H.* 49, S. 2225–2272 (1975).
- ⁴ Plett, H.: Recht und Medizin aus der Sicht der Staatsanwaltschaft. *Med. Welt* 33, 1255–1280 (1982).
- ⁵ *Ärztezeitung*, Nr. 161, 14.–15. Sept. 1984.
- ⁶ Reiermann, E.: Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe. *Med. Welt* 33, 1255–1280 (1982).
- ⁷ Liertz-Paffrath, N.: *Handbuch des Arztrechts*, S. 263 (Zit. nach Herold, G.: *Rechtsfragen. Med. Klin.* 57, Nr. 7, 276–279 (1962).
- ⁸ Herold, P.: *Rechtsfragen*, in: *Med. Klin.* 57, Nr. 7, 276–279 (1962).
- ⁹ Gramberg-Danielsen, B.: *Die Haftung des Arztes*, Stuttgart 1978.
- ¹⁰ Franzki, H.: Recht und Medizin. Die Arzthaftung aus der Sicht des Richters. *Med. Welt* 33, 1255–1280 (1982).
- ¹¹ Ackerknecht, E. H.: *Geschichte der Medizin*, 4. überarbeitete Auflage von *Kurze Geschichte der Medizin*, S. 27, Stuttgart 1979.
- ¹² Diller, H.: *Hippokrates. Schriften. Rowohlt's Klassiker der Literatur und der Wissenschaft. Griechische Literatur*, Band 4; Reinbek 1962, S. 64; vgl. auch Lichtenthaeler, C.: *Geschichte der Medizin*, Band 1, Köln 1974, S. 135.
- ¹³ Volk, P., H. J. Warlow: *Med. Monatsspiegel* 4, 77–81 (1971); vgl. auch Fischer-Homberger, E.: *Medizin vor Gericht*, Bern/Stuttgart/Wien 1983, S. 20.
- ¹⁴ Breitenecker, L.: *Der Arzt und das Recht. In: Ring-Rund-Jahrg.* 19, Heft 11, Wien 1. 6. 1972, S. 27.
- ¹⁵ Kühne, A.: *Die Kunstfehler der Ärzte vor dem Forum der Juristen*. Frankfurt am Main 1886.
- ¹⁶ Ackerknecht, E. H.: *Praxis*, *Schweiz. Rundschau Med.* 53, 578–581 (1974).
- ¹⁷ Lichtenthaeler, C.: a. a. O. 1974, Band II, S. 450; vgl. auch Fischer-Homberger, E.: a. a. O. 1983, S. 46.
- ¹⁸ Staatsarchiv Hamburg: *Polizeibehörde – Kriminalwesen. 10. Jahrgang, 1822, Nr. 378 und Extractus Protocolli Senatus Hamburgensis 1. Nov. 1822 – Staatsarchiv Hamburg: Senat C. 1. VIII. Lit. L. b. Nr. 23 a vol. 1. Bd. 2–9 und Extractus Protocolli Senatus Hamburgensis 27. Nov. 1850 – Staatsarchiv Hamburg: Extractus Protocolli der Landherrenschaft der*

Geestlande vom 29.4.1944 – Staatsarchiv Hamburg: Extractus Protocolli Senatus Hamburgensis, 7. Febr. 1844. In: Polizeibehörde – Kriminalwesen C. 1843, Nr. 2658 – Staatsarchiv Hamburg: Polizeibehörde – Kriminalwesen C. 1834, Nr. 303. Staatsarchiv Hamburg: Senat C. 1. XI, S. spec. Lit. B. Nr. 3. Vol. 1e – Staatsarchiv Hamburg: Polizeibehörde – Kriminalwesen, Jahrg. 1825, 91 – Staatsarchiv Hamburg: Niedergericht B. Nr. 3627 – Staatsarchiv Hamburg: Ober-Appellationsgericht B. 1125 und Sammlung von Erkenntnissen und Entscheidungsgründen des Ober-Appellationsgerichtes zu Lübeck. In: Hamburger Rechtssachen neben den Erkenntnissen der unteren Instanzen 3, Bd. 1, Abt. Hamburg 1895, S. 175 ff.

- ¹⁹ Sammlung von Erkenntnissen und Entscheidungsgründen des Ober-Appellationsgerichtes zu Lübeck in Hamburgischen Rechtssachen neben den Erkenntnissen der unteren Instanzen, 3. Band. 1. Abt. Hamburg 1895. S. 177.
- ²⁰ Murken, A.H.: Aus der hamburgischen Krankenhausgeschichte. *Historia Hospitalium*, (1972). H. 7, S. 25–43.
- ²¹ Rodegra, H.: Johann-Carl-Georg Fricke (1790–1841) – Wegbereiter einer klinischen Chirurgie in Deutschland. In: Murken, A.H.: Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens, Bd. 20, Herzogenrath 1983.
- ²² Rodegra, H.: Das Gesundheitswesen der Stadt Hamburg im 19. Jahrhundert, a. a. O. 1979, S. 194.
- ²³ Seidler, E.: Die *leges artis* und die Heilkunde. In: *Der Medizinische Sachverständige*, 72. Jahrg., H. 4 (1976) S. 68–71.
- ²⁴ Ackerknecht, E.H.: Rudolf Virchow. Arzt, Politiker, Anthropologe, Stuttgart 1957, S. 124.
- ²⁵ Ebermayer, L.: *Arzt und Patient in der Rechtsprechung*. Berlin 1925, S. 83.
- ²⁵ Laufs, A.: Die Entwicklung des Arztrechts 1983/84. *N. J. W.*, Nr. 24, S. 1383 (1984).
- ²⁷ Professionalisierung – Begriff sowohl für die sich mit der Arbeitsteilung ergebende Entwicklung immer neuer, d. h. spezialisierter Berufe wie auch für die Entstehung besonderer beruflicher Verhaltens- und Wertstandards (Lüth P.: *Wörterbuch zur medizinischen Soziologie*, Stuttgart 1980, S. 237.

Die moderne Ärzteschaft stellt eine professionelle Berufsgruppe dar, deren Merkmale ganz allgemein folgendermaßen beschrieben werden können:

1. Sie verfügt über einen speziellen, durch formale Ausbildungskriterien festgelegten Wissensbereich.
2. Sie besitzt eine spezifische Berechtigung oder Lizenz zum Handeln aufgrund erworbener Kenntnisse.
3. Sie übt ein Definitionsmonopol im Bereich ihrer Handlungsgebiete aus.
4. Als Organisation oder Verband übt sie normgebende und normschützende Aufgaben gegenüber ihren Mitgliedern aus (Siegrist, J.: *Lehrbuch der Medizinischen Soziologie*, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, München/Wien/Baltimore 1977, S. 171).

Die Reproduktionen stammen aus den Bildarchiven des Staatsarchivs Hamburg, des Archivs der Stadt Lübeck und des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Wien. Ich darf mich an dieser Stelle bei den Mitarbeitern der Archive und des Instituts für Geschichte der Medizin in Wien herzlich bedanken.

Summary

Even the dawn of medical science recognized the need to deal with injurious medical treatment, that is, with negligence and the punishment of such blundering. Later the idea of malpractice appeared in connection with the liability of the physician. First applied by physicians and medical scientists, the term later came to be used in judicial literature and in the administration of justice itself.

In Hamburg, towards the end of the eighteenth century, work began on a new Medical Code which was finally promulgated in 1818. Its precursors were the Apothecary Codes of the sixteenth century. These, like the many Medical and Apothecary Codes in other parts of Germany, sought to bring some order to the chaos of unregulated conditions and shady practices in the area of health care and to lay the guidelines for a reorientation of professional as well as non-professional medical occupations.

In common with other Medical Codes, the Hamburg Medical Code provided professional and occupational rules as well as general hygienic prescriptions. Its peculiarity rested in its provisions for criminal and civil procedures in cases of improper treatment resulting either from negligence or from overstepping the legally-defined categories of medical competence. At the same time this Medical Code, as *lex specialis*, formed a valid part of the existing judicial system providing the courts with a basis for handling such offenses. Previously these delicts had received no special consideration in either municipal or customary law.

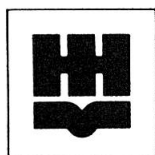
During the second half of the nineteenth century, numerous medical and judicial writings commented on «negligence» in medical practice and on its civil and criminal prosecution.

Priv. Doz. Dr. med. H. Rodegra
Hasenwinkel 33
D-2000 Hamburg 56

Johannes Gessners Pariser Tagebuch 1727

Kommentiert, übersetzt und herausgegeben von Urs Boschung.
Studia Halleriana II. 1985, 420 Seiten, Frontispiz, 15 Abbildungen,
gebunden Fr. 62. — / DM 72. —

Johannes Gessner (1709 — 1790) von Zürich schreibt sein Tagebuch als Medizinstudent, der auf seiner Bildungsreise nach den Universitäten Leiden und Basel in Paris Station macht, um sich Kenntnisse und praktische Fähigkeiten in Anatomie, Chirurgie und Geburtshilfe anzueignen. Diese Fächer wurden an den damaligen Hochschulen nur mangelhaft unterrichtet, und es entspricht dem Geist der frühen Aufklärung, dass die Studenten in eigener Verantwortung das Fehlende zu ergänzen suchen. Gelegenheit dazu bieten die Pariser Chirurgen in privaten Kursen, in denen die Teilnehmer nicht nur zusehen, sondern selbst Hand anlegen dürfen. Gessners Tagebuch gibt ein buntes Bild vom Leben und Treiben jener angehenden Ärzte, aus deren Kreis Albrecht von Haller, der künftige Naturforscher und Universalgelehrte, hervorragt. Gessners bisher unbekanntes Tagebuch wird hier erstmals veröffentlicht und aus dem Lateinischen ins Deutsche übersetzt. Der Inhalt wird eingehend analysiert und in seiner Bedeutung für die Kultur- und Medizingeschichte gewürdigt. Der deutschen Übersetzung folgt der lateinische Originaltext.



Verlag Hans Huber

Bern Stuttgart Toronto