

Hans-Georg Hofer

Medizin. Macht. Fehler.
Zur historischen Verortung einer aktuellen Diskussion

In: Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 6:
Fehler und Ethik in der Medizin: Neue Wege für Patientenrechte
hg. von Andreas Frewer et al., Würzburg 2013, S. 21-44

Hans-Georg Hofer

**Medizin. Macht. Fehler.
Zur historischen Verortung einer aktuellen Diskussion¹**

„Alle Fehler, die man hat, sind verzeihlicher als die Mittel,
welche man anwendet, um sie zu verbergen.“

François de La Rochefoucauld (1613-1680)

Ärztliches Fehlverhalten hat in jüngster Zeit in Medizin, Politik und Öffentlichkeit große Aufmerksamkeit erfahren. Die Medizingeschichte kennt von der Antike bis in die Gegenwart zahlreiche Fälle, bei denen *prima vista* die Versuchung groß ist, von Irrtümern und Fehlern zu sprechen. Doch zeigen sich bei näherem Hinsehen Probleme, die zu Vorsicht und Differenzierung mahnen. Dies beginnt bereits auf der sprachlichen Ebene: Das „Lübecker Impfunglück“ von 1930² oder die „Contergan-Katastrophe“³ waren schmerzliche und folgenschwere „Fehler“, die im Handlungsfeld von Medizin, Gesundheitspolitik und pharmazeutischer Industrie passierten (und nicht hätten passieren dürfen). Gleichzeitig gibt es Unsicherheiten, wie diese Ereignisse adäquat benannt und charakterisiert werden können: Handelte es sich hier jeweils um ein Unglück, eine Katastrophe, einen Irrtum, einen Skandal, eine Affäre? Wer gebraucht mit welcher Intention welchen Begriff? War dies wirklich gleichbedeutend mit einem Fehler? Worin bestand dieser genau? Was machte den Fehler zum Fehler?

Der englische Historiker David Wootton hat vor einigen Jahren sogar den Versuch unternommen, die Geschichte der Medizin retrospektiv als eine *bad medicine-story*, als eine Geschichte des verspäteten oder verhinderten Fortschritts zu erzählen.⁴ Nach gegenwärtigen Maßstäben der wissenschaftlichen Medizin gilt eine Vielzahl von Arzneimitteln und Behandlungsverfahren nicht nur als unwirksam und überholt, sondern als gefährlich, gemessen an aktuellen Standards vielleicht sogar als „schlecht“ und „falsch“. Aber waren sie deshalb auch ein Fehler? Bedingen „falsches Wissen“ und „Fehler“ einander überhaupt? Und

1 Überarbeitete und erweiterte Fassung eines Vortrages, der am 16. November 2012 auf der von der Evangelischen Akademie Tutzing organisierten Tagung *Fehler – Schuld – Verantwortung* in Rothenburg ob der Tauber gehalten wurde.

2 Bonah/Menut (2004), S. 111-128.

3 Kirk (1999) und Steinmetz (2003).

4 Wootton (2006).

muss nicht (auch) die Medizin letztlich Fehler machen, um ihren Wissensstand auszuweiten und ihr therapeutisches Handeln zu verbessern? Ignaz Heinrich Schürmayer hatte dies 1838 unter dem Eindruck der aufkommenden Kunstfehler-Diskussion auf den Punkt gebracht:

„Wer kann sich zum Operateur, wer kann sich zum Heilkünstler überhaupt bilden und emporschwingen, wenn er nicht gewissermaßen ein heiliges Recht hat, *absichtslos* fehlen zu dürfen? Durch Fehler geht der Weg auch zur Erkenntnis und Wissenschaft.“⁵

Zweifellos hatten Fehler und Irrtümer für den medizinischen Erkenntnisgewinn und die Etablierung wirksamer Behandlungsstandards ihren Nutzen (*beneficial errors*) – gerade auch für das 19. Jahrhundert, in dem sich der Aufstieg der modernen, naturwissenschaftlichen Medizin vollzieht.⁶ In diesem Zusammenhang wäre freilich auch die Frage zu stellen, wer aus begangenen Fehlern Gewinn und Nutzen ziehen konnte, und wer dafür zu leiden und sogar mit seinem Leben zu bezahlen hatte. Für die unmittelbar Betroffenen waren ärztliche Fehler, selbst wenn sie in weiterer Folge zu Richtigem führten, eine bittere Erfahrung.

So wie die Forderung, absichtslos Fehler machen zu dürfen, hat auch das Bekenntnis, Fehler begangen zu haben, eine längere und vielschichtige Geschichte. Das Eingeständnis – das Reklamieren – eines Fehlers ist nicht *per se* eine moralische Handlung, sondern kann einem interessengeleiteten Kalkül entspringen. Die Zeitgeschichte der Medizin zeigt zahlreiche Beispiele dafür. Nach 1945 konnte in der deutschen Ärzteschaft der Hinweis, Fehler begangen zu haben, eine relativierende, nicht selten auch exkulpierende Funktion haben, um den weitaus schwerwiegenderen Vorwurf des Verbrechens abzuschwächen. Dies war etwa die Absicht einer Kommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, die den im Nürnberger Ärzteprozess aufgrund von Meerwasserexperimenten im KZ Dachau verurteilten Internisten Wilhelm Beigböck mittels eines Gutachtens zu entlasten suchte. Darin argumentierte die Kommission, dass „Fehler in der Art der Auswahl und Gewinnung der Versuchspersonen begangen worden sind“, ebenso in der Wahl eines Konzentrationslagers als Versuchsort, dass diese Fehler aber nicht als Verbrechen zu werten wären.⁷

So naheliegend und berechtigt es also ist, den Fehler-Begriff auf die Medizin und ihre Geschichte zu beziehen, so zeigen schon diese ersten Annäherungen, dass es sich hierbei um ein vielschichtiges Thema handelt, das insgesamt noch wenig erforscht ist und daher auch mehr Fragen aufwirft als Antworten bereithält. Der Aufsatz möchte daher in diachroner Perspektive und mittels einer exemplarischen Herangehensweise Sortierungsarbeit leisten: Nachge-

5 Schürmayer (1838), S. 48 [Hervorhebung im Original].

6 Steger (2012), S. 243.

7 Mitscherlich/Mielke (1949), S. 81 und Weindling (2004).

zeichnet und analysiert werden jene historischen Entwicklungslinien und Spannungsfelder, die in der aktuellen Diskussion um Fehler in der Medizin selten explizit aufgegriffen und bewusst gemacht werden, häufig aber fort- oder nachwirken.

In einem ersten Schritt wird gezeigt, dass die Diskussion über ärztliches Fehlverhalten keineswegs an die moderne Medizin gebunden ist, sondern bereits unter den Ärzten der Antike einsetzt. In der Frühen Neuzeit wurde mit der *Carolina* ein Gesetzeswerk geschaffen, das die strafrechtliche Verantwortung von Ärzten genau festlegte. In einem zweiten Schritt wird ausgehend vom „Fall Horn“ dargelegt, dass die Fragen, was in der Medizin als ein Fehler angesehen werden kann, wer darüber entscheidet und welche Schwierigkeiten damit verbunden sind, über das gesamte 19. Jahrhundert intensiv diskutiert wurden. Um 1900 hatte diese Diskussion bereits ein bemerkenswertes Niveau der Differenzierung und des Problembewusstseins erlangt. Dies führt zu einem dritten Teil, der zunächst nach den Anfängen moderner, rationalisierter Fehlerforschung im 20. Jahrhundert fragt. Daran anschließend wird auf die Zeit nach 1945 eingegangen, die nicht nur die Fortführung und Ausdifferenzierung der adressierten Thematik bringt, sondern auch neuartige Entwicklungen gesehen hat. Hierzu zählen etwa die Ausbildung einer kritischen Medienöffentlichkeit, Patienteninitiativen sowie die seit Ende der 1960er Jahre an Intensität und Schärfe zunehmenden medizinkritischen Bewegungen. Seitdem hat das Themenfeld anhaltende Aufmerksamkeit erfahren. In diesem Sinne möchte der Beitrag auf einer allgemeinen Ebene zeigen, dass die aktuelle Diskussion um ärztliches Fehlverhalten nicht neu, sondern bloß erneut aktuell geworden ist. Zugleich soll deutlich werden, dass die Fragen, wann ärztliches Fehlverhalten vorliegt, wie es zu bewerten ist und was daraus gelernt werden kann, einen reichhaltigen historischen Hintergrund haben; dessen Kenntnis mahnt zur Vorsicht gegenüber vermeintlich einfachen Antworten und kann uns anregen, die zugrundeliegende Problematik vielschichtiger zu denken.

Der Beitrag versteht sich als ein medizinhistorischer Überblicksaufsatz. Die gewählten Schwerpunktsetzungen und Beispiele in den drei Hauptkapiteln sind nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten ausgewählt und lassen somit über den sehr langen Zeitraum eine nur eingeschränkte Vergleichbarkeit zu. Gleichwohl war es mir wichtig, den Fokus zu öffnen und exemplarisch ein breites Spektrum an Themenfeldern und Einflussfaktoren in den Blick zu nehmen: Hierzu zählen Rechtsverhältnisse, wissenschaftliche Diskurse und Wissenssysteme, professionpolitische Machtinteressen, moralische Werthaltungen und ethische Richtlinien sowie Medien und (Fach)Öffentlichkeiten. Wer über ärztliches Fehlverhalten und Fehler in der Medizin spricht, kommt nicht umhin, diese mitzuberücksichtigen – historisch wie heute.

1. **Ärztliches Fehlverhalten in der Vormoderne**

1.1. **Fehler in der Heilkunde des Altertums**

Fehler und Irrtümer der Medizin sind keine Begleiterscheinung der modernen Medizin; sie sind der vormodernen Welt als Problem bewusst und haben in bedeutenden ärztlichen Schriften sowie in der Rechtsprechung große Aufmerksamkeit erfahren.⁸ Für die mesopotamische Medizin wird auf den *Codex Hammurapi* verwiesen, der dem Arzt nach missglückten Eingriffen harte Strafen androhte, die vergeltungsrechtlichen Charakter hatten.⁹ In der antiken griechischen Medizin ist ärztliches Fehlverhalten ausdrücklich thematisiert worden. In der hippokratischen Schrift *Über die alte Medizin* etwa wird jener Arzt gelobt, „der nur kleine Fehler begeht“.¹⁰ Auch wenn sich von einem Kunstfehler im modernen Sinne noch nicht sprechen lässt, so lassen die hippokratischen Schriften doch eine bemerkenswerte Bandbreite erkennen, die von pauschalen Bemerkungen über die Misserfolge ärztlicher Kollegen bis hin zu selbstkritischen Eingeständnissen eigenen Fehlverhaltens reicht. Der gesellschaftlichen und öffentlichen Bedeutung des Problems war sich die Ärzteschaft voll und ganz bewusst, konnte doch die „mangelnde Beherrschung der Kunst“ (*atechnia*) das individuelle Ansehen des Arztes wie auch die gesamte Berufsgruppe gefährden. Auch zeigen sich rechtliche Differenzierungen in der Frage, ob begangene Fehler der ärztlichen Heilkunst durch Absicht, Unkenntnis oder durch einen Unfall verursacht wurden.¹¹

Von griechischen Schriften ausgehend setzte sich der römische Arzt Galen ausführlich mit der Frage auseinander, wie Fehler in der medizinischen Erkenntnis und im therapeutischen Handeln vermieden werden können. Galen zufolge war dies vor allem über die Schärfung ärztlicher (Selbst-)Kritik zu erreichen.¹² Die strafrechtliche Verfolgung von ärztlichen Fehlern wird erstmals in der *Lex Aquilia* thematisiert. In diesem Gesetzeswerk des dritten vorchristlichen Jahrhunderts wurde der Schadensersatz bei Sachbeschädigung geregelt. Hierzu zählte auch die Tötung eines Sklaven, der dem rechtlichen Status nach nicht als *persona*, sondern als *res* galt. Ärzte, die einen folgenschweren Fehler in der Behandlung eines Sklaven begingen, mussten damit rechnen, nach diesem Gesetz

8 Vgl. u.a. Amundsen (1977), Leven (2005) und Gadebusch Bondio (2012).

9 Etwa in den Paragraphen 215 bis 217 des Codex: „Wenn ein Arzt einem Bürger eine schwere Wunde mit einem Operationsmesser beibringt und den Tod des Bürgers verursacht oder wenn er die Schläfe eines Bürgers mit dem Operationsmesser öffnet und das Auge des Bürgers zerstört, soll man ihm eine Hand abhacken.“ Schott (1993) S. 24.

10 Gadebusch Bondio (2012), S. 296.

11 Leven (2005), Sp. 547.

12 Gadebusch Bondio (2012), S. 300.

zur Verantwortung gezogen zu werden. Einer gesetzlichen Regelung war auch die fahrlässige Tötung durch Verabreichung von Medikamenten unterworfen; in diesem Fall hatte der Arzt mit der Verbannung oder – in schweren Fällen – sogar mit der Todesstrafe zu rechnen. Auch Begrifflichkeiten wie Schuld (*culpa*) und Unkundigkeit (*imperitia*) wurden im Zusammenhang mit ärztlichem Fehlverhalten ausdrücklich genannt.¹³

In der mittelalterlichen und insbesondere in der frühneuzeitlichen Medizin wurde die antike Diskussion um ärztliche Fehlbarkeit wiederholt aufgegriffen und weiter ausdifferenziert. Vor allem italienische Autoren wie Giovanni Antonio Sico, Leonardo Botallo oder Paolo Zacchia präzisierten Diskussionslinien und differenzieren – nicht zuletzt auch terminologisch – unterschiedliche Kategorien und Verantwortlichkeiten ärztlichen Fehlverhaltens, und zwar sowohl in allgemeinen Zusammenhängen ärztlichen Wissens und Handelns als auch bei der Schilderung konkreter Fehlersituationen (wie etwa bei Patientenuntersuchung, Diagnosestellung und Behandlung).¹⁴ Ein genaueres Verständnis hatten diese Autoren auch über die Doppelgestaltigkeit des Fehlers entwickelt, der vom Arzt nicht nur aktiv begangen werden konnte, sondern auch dadurch, dass er eine gebotene Handlung unterließ. Paolo Zacchia, päpstlicher Leibarzt in Rom, hatte dies in seinen *Questiones medico-legales* auf die prägnante Kurzformel *Medicus errat ommitendo et commitendo* gebracht.¹⁵

1.2. *Carolina* und Kunstfehler in der Neuzeit

An der Wende vom 15. zum 16. Jahrhundert wurde ärztliches Fehlverhalten in mehreren Gerichtsordnungen präzisiert und normiert. Nachhaltige Bedeutung erlangte die 1532 von Kaiser Karl V. auf dem Reichstag zu Regensburg erlassene *Constitutio Carolina Criminalis*. Die *Carolina* fasste nicht nur verschiedene ältere Gerichtsordnungen römischer und deutscher Provenienz zusammen, sondern regelte in einem eigenen Artikel die strafrechtliche Verantwortlichkeit für jene Ärzte, deren Handeln zum Tod des Kranken geführt hatte.¹⁶ Der Artikel benannte zunächst die vorsätzliche (*willigkliche*) Tötung des Kranken durch den Arzt; doch war diese vergleichsweise selten vorgekommen und rechtlich einfach zu handhaben. Wichtiger war die Regelung jener tödlich endender Fehlhandlungen, die aus *unfleiß* oder *unkunst* entstanden; ersteres setzte ärztliche Fachkenntnisse voraus und meinte einen tödlichen Fehler, den ein akademisch ge-

13 Krähe (1984) und Riegger (2007).

14 Gadebusch Bondio (2012), S. 300.

15 Zit. nach Wagner (1981), S. 304.

16 Artikel 134: *Straff, so ein Artz̄t durch sein ertzney todtet*. Vgl. Laufs/Eichener (1991), S. 71-96.

bildeter Arzt *leychtfertigklich* begangen habe. Während hier die Fahrlässigkeit in der Ausführung einer (grundsätzlich als anerkannt geltenden) Behandlung adressiert war, wurden mit dem Begriff der *unkunst* Tatbestände benannt, die außerhalb anerkannter Behandlungspraxis lagen. Gemeint war etwa, dass kein Arzt eine Behandlung übernehmen dürfe, der er nicht gewachsen sei, und sich keiner *unzulässiger artzney* bedienen dürfe.¹⁷

Zudem wurde mit dem Begriff der *unkunst* auch die mangelnde Qualifikation behandelnder Personen in den Blick genommen. Als *unkunst* galt etwa, wenn ein unerfahrener Barbier beim Aderlass nicht nur die Vene, sondern auch die benachbarte Sehne getroffen hatte und es in der Folge beim Kranken zu Schwellungen und Lähmungserscheinungen gekommen war.¹⁸ In Fällen, wo der Kranke durch Fehlbehandlung an Folgeerscheinungen und Schmerzen litt, konnte er den mit dem (Wund-)Arzt vereinbarten Vertrag über die Behandlung aufkündigen, das gezahlte Honorar zurückfordern und beim Magistrat der Stadt Klage einreichen. Freilich konnte nicht immer zwischen einer erfolglosen und fehlerhaften Behandlung unterschieden werden.¹⁹

Um die strafrechtliche Verantwortung des Arztes genau und gerecht umsetzen zu können, sah die *Carolina* die Hinzuziehung eines *Rates der verstendigen* vor.²⁰ Dieser Rat, der aus akademischen Ärzten bestand, sollte dem Richter beratend zur Seite stehen; Art und Ausmaß der Strafe blieben allerdings dem Richter vorbehalten. Damit enthielt die *Carolina* einen Passus über das, was man mit einem modernen Wort als Expertengremium bezeichnen könnte. Die Frage, wer vor Gericht über den Status von Fehlhandlungen zu entscheiden hatte, führte wiederholt zu Kontroversen zwischen akademischen Ärzten und (nicht-akademischen) Chirurgen, Barbieren oder Wundärzten und reflektierte solcherart auch das Ringen um standespolitische Kompetenz wie Einfluss.²¹ Über die Reichweite und die praktische Anwendung der *Carolina* ist nur wenig bekannt. 1819 machte der Greifswalder Gerichtsmediziner Ludwig Julius Caspar Mende in seinem *Handbuch der gerichtlichen Medizin* auf die großen Schwierigkeiten aufmerksam, die sich bei ihrer Benutzung *in praxi* ergeben hatten. Zwar sei es mit der *Carolina* möglich geworden, gegen die „Vergehungen“ von Barbieren, Quacksalbern, Geburtshelfern und Hebammen vorgehen zu können, aber nur in seltenen Fällen sei es zu einer tatsächlichen Verurteilung gekommen, da der verhandelte Tatbestand „so ungemein schwer ermittelt werden kann“.²²

17 Ebd.

18 Jütte (1991), S. 73.

19 Jütte (1991), S. 147 und Stolberg (2003), S. 105.

20 Laufs/Eichener (1991).

21 Fischer-Homberger (1983), S. 49.

22 Mende (1819), S. 393.

Festzuhalten bleibt, dass mit der *Carolina* eine gesetzliche Grundlage zur Strafverfolgung ärztlicher Fehler geschaffen war, die bis in das 18. Jahrhundert hinein Gültigkeit hatte. Kam ein Kranker durch die Behandlung eines Arztes zu Tode, so waren Unerfahrenheit, Nachlässigkeit, Leichtsinn oder mangelnde Qualifikation der Behandelnden keine Entschuldigung dafür. Ende des 18. Jahrhunderts zeigt sich auch erstmals ein vergleichsweise präziser und modern anmutender Gebrauch des Begriffs *Kunstfehler* durch den Landphysikus der Grafschaft Hohnstein im Harz, Johann Christoph Fahner. Fahner verstand darunter „Vergehungen gegen die von den Lehrern der Arzneikunst als zuverlässig und allgemein angenommenen Regeln der gesamten Arzneikunst“.²³ Die Ursachen ärztlicher Vergehungen sah der Physikus in „argloser Übereilung“, „grober Unwissenheit“, „Verwegenheit“, „Bosheit“, „zu großer Ängstlichkeit“ oder auch „unverzeihlicher Nachlässigkeit“.²⁴

2. Kunstfehler und der Aufstieg der modernen Medizin: 19. Jahrhundert

2.1. Der „Fall Horn“

Im 19. Jahrhundert wurde der Kunstfehler zum Gegenstand intensiver und kontroverser Diskussionen. Diese entzündeten sich an einem Fall, der sich 1811 an der Berliner Charité zugetragen hatte.²⁵ In diesem Jahr wurde gegen Ernst Horn, einen hochrangigen Arzt an der Charité sowie Professor an der Medizinisch-Chirurgischen Militärakademie, eine Untersuchung eingeleitet. Anlass war der Tod einer Patientin namens Louise Thiele, die im August des Jahres aufgrund einer psychischen Erkrankung aufgenommen worden war. Horn und seine Mitarbeiter brachten unterschiedliche, nach dem damaligen Stand der Medizin durchaus übliche Behandlungsmethoden zur Anwendung. Hierzu zählten heiß-kalte Wechselbäder und Wassergüsse, das Verabreichen von Brechmitteln oder das Fesseln in einer Zwangsjacke. War die Patientin besonders unruhig, so wurde sie auf Veranlassung von Horn in einen „Sack“ gezwungen, den man zuband und auf die Erde legte. Unter diesen Umständen verstarb Louise Thiele am 1. September 1811.

Kurz darauf wurde von Seiten eines Verwandten der Verstorbenen beim Kammergericht in Berlin eine Anzeige eingereicht, die zunächst folgenlos blieb. Zeitgleich wandte sich der Arzt Heinrich Kohlrausch, der wie Horn eine leiten-

23 Fahner (1797), S. 162 f.

24 Siehe auch Wagner (1981), S. 303-306.

25 In der Schilderung des Falles folge ich Krähe (1984), S. 35-63. Eine Kurzzusammenfassung findet sich bei Flüh (2011).

de Stellung an der Charité innehatte, in einem Brief an einen hohen Beamten der preußischen Staatsverwaltung. Darin beschuldigte er Horn nicht nur der „grausamen“ Behandlung der Geisteskranken, sondern machte ihn auch für den Tod von Louise Thiele verantwortlich. Dieses Schreiben zeigte Wirkung und löste in der Folge eine Vielzahl weiterer Vorgänge und Reaktionen aus. Ein Preußischer Staatsrat des Innenministeriums wies das Kammergericht an, gegen Horn eine Untersuchung einzuleiten. Um die erhobenen Vorwürfe klären zu können, holte das Gericht das Gutachten des zuständigen Stadtphysikus ein, das für Horn entlastend ausfiel. Die auf dieser Grundlage beabsichtigte Einstellung der Untersuchung wurde durch das Justizministerium mit dem Hinweis untersagt, dass das Gutachten des Physikus nicht alle Fragen hinreichend beantwortet habe. Daraufhin wurden zwei weitere Ärzte um eine Stellungnahme gebeten, darunter auch Johann Christian Reil. Reil hatte eine einflussreiche Stellung an der neu gegründeten Universität Berlin und war zu diesem Zeitpunkt der wohl renommierteste Experte in allen Fragen der Psychiatrie – ein Begriff, der von Reil kurz zuvor selbst geprägt worden war.

Reil entlastete in seinem Gutachten Horn vollständig und bestätigte damit das Gutachten des Physikus. Weder sei die Patientin durch eine verfehlte Behandlung ums Leben gekommen – diese hätte der herrschenden Lehre und Praxis vollständig entsprochen –, noch könne der Aufenthalt der Patientin im „Sack“ als Todesursache angesehen werden. Reil stellte heraus, dass der inkriminierte Sack luftdurchlässig gewesen und im Übrigen als „relativ schonende“ und erfolversprechende Form der Behandlung von Geisteskranken anzusehen sei. Die Obduktion habe zweifelsfrei ergeben, dass Louise Thiele nicht durch Ersticken, sondern durch einen „Schlagfluß“ gestorben war. Aufgrund dieser und der ähnlich lautenden Stellungnahmen des zweiten ärztlichen Sachverständigen sah das Gericht die Vorwürfe gegen Horn als unbegründet an. Horn wurde freigesprochen und konnte, nunmehr vollständig rehabilitiert, seine akademische Karriere fortsetzen. Heinrich Kohlrausch hingegen, der die Vorwürfe gegen Horn erhoben hatte, verließ die Charité.

Es ist hier nicht der Ort, die Einzelheiten dieses Falls sowie dessen weitere Verlaufsgeschichte näher auszuführen. Festzuhalten sind in unserem Zusammenhang jedoch zwei Punkte. Erstens: Die Untersuchung gegen Horn wurde nicht nur im zeitgenössischen Umfeld kontrovers diskutiert, sondern prägte auch in der Folgezeit die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ärztlichem Fehlverhalten. Die im 19. Jahrhundert erheblich an Umfang und Dynamik zunehmende Diskussion über *Kunstfehler der Ärzte* hat von diesem Fall ihren Ausgang genommen. Zweitens: Die Bedeutung dieses Falls liegt nicht nur im Umstand, dass er an einem prominenten Ort und unter Beteiligung hochrangiger Ärzte und Institutionen geschehen war, sondern vor allem auch darin, dass

damit Grundprobleme aufgeworfen waren, die bis heute die Diskussion über Kunst- und Behandlungsfehler bestimmen. Hierzu zählt etwa die Frage der Gutachten, die hier eine entscheidende Rolle spielten und die zunächst die Zeitgebundenheit medizinischen Wissens und Handelns spiegeln. Was als jeweils anerkannter und gültiger Stand medizinischen Wissens angesehen werden kann, ist stetigem Wandel unterworfen. Bereits gegen Ende des 19. Jahrhunderts hätten die Gutachter – und damit auch das Gericht – wohl ganz anders geurteilt. Sehr deutlich wird hier aber auch: Die Diskussion über einen Kunstfehler darf sich nicht allein auf die Frage beschränken, ob das zugrundeliegende medizinische Wissen bzw. ob die angewandten Behandlungsmethoden den allgemein anerkannten Regeln der Medizin entsprechen. Legte man allein diesen Maßstab an, so wäre – wie geschehen – am ärztlichen Verhalten von Horn gegenüber seiner zu Tode gekommenen Patientin kaum etwas auszusetzen gewesen. Notwendig ist gleichzeitig die Berücksichtigung von ethischen Grundhaltungen des Arztes, der von der Menschenwürde seiner Patientinnen und Patienten ausgeht, der Anwendungswissen reflektieren und potenzielle Risiken therapeutischen Handelns erkennen – und auf diesem Wege auch Machtmissbrauch – verhindern sollte.

2.2. Kunstfehler und Behandlungsfehler

Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts brachte eine stürmische Phase der Professionalisierung und Expansion der universitären Medizin wie auch des Gesundheitswesens. Durch Industrialisierung und Bevölkerungswachstum stieg die Zahl behandlungsbedürftiger Menschen, durch neue diagnostische Techniken und therapeutische Verfahren auch die der Behandlungsmöglichkeiten. Im zeitlichen Umfeld des Deutsch-Französischen Krieges und der Gründung des Deutschen Kaiserreichs entstand zudem die Notwendigkeit, in allen deutschen Territorien eine einheitliche und verlässliche Rechtslage zu schaffen. Noch im Jahre 1871 wurde reichsweit das Strafgesetzbuch eingeführt, 1900 das Bürgerliche Gesetzbuch.

Vor diesem Hintergrund sind die Bemühungen von Rudolf Virchow um eine Eingrenzung und Präzisierung ärztlichen Fehlverhaltens zu sehen, die er 1870 in einer Stellungnahme niederlegte. Virchow hatte sich auf Anfrage des Preußischen Justizministeriums mit dem Problem befasst, „unter welchen Umständen eine Verantwortlichkeit der Ärzte vor dem Strafrichter stattfinden soll“. Virchow zufolge war von einem strafbaren *Kunstfehler* dann zu sprechen, wenn „aus Mangel an gehöriger Aufmerksamkeit oder Vorsicht gegen allgemein aner-

kannte Regeln der Heilkunst verstoßen ist“.²⁶ Der Fokus war somit auf eine nicht regelkonforme Handlung des Arztes gerichtet, die infolge von Unaufmerksamkeit oder Fahrlässigkeit zustande gekommen war. Die Frage nach den anerkannten Regeln der Heilkunst beließ Virchow im Vagen. Er begnügte sich mit der Feststellung, dass es „keinen allgemein anerkannten Codex der Heilkunde gibt, dass jedoch eine gewisse Zahl allgemein anerkannter Regeln vorhanden ist“²⁷. Die Frage, was genau unter einem Verstoß gegen „allgemein anerkannte Regeln“ zu verstehen war, blieb unbeantwortet, auch in den medizinisch-juristischen Kontroversen der folgenden Jahrzehnte;²⁸ sie ist letztlich bis heute eine der großen und schwierigen Fragen im Bestreben, ärztliches Fehlverhalten möglichst präzise fassen zu können.

Das späte 19. Jahrhundert war durch einen Prozess der „Verrechtlichung“ des Arzt-Patienten-Verhältnisses gekennzeichnet.²⁹ Ein Meilenstein war in diesem Zusammenhang die 1894 vom Reichsgericht getroffene Grundsatzentscheidung, wonach ärztliche Eingriffe ohne zumindest stillschweigende Einwilligung des Patienten (oder seines gesetzlichen Vertreters) als tatbestandsmäßige „Körperverletzung“ nach dem Strafgesetzbuch einzuordnen seien. Diese Entscheidung beeinflusste weitere rechtliche und ethische Erwägungen über die Pflichten des Arztes, wie etwa die Notwendigkeit der Aufklärung und freiwilligen Einwilligung von Patienten in wissenschaftliche Experimente, die 1900 in den „Anweisungen“ des preußischen Kultusministeriums erstmals ausdrücklich festgehalten wurde. Die Frage, wie Humanversuche unter möglichst weitgehender Vermeidung nachteiliger Folgen für die Betroffenen zu gestalten waren, war damit als ethisches Problem erkannt und vorläufig beantwortet worden.³⁰

Parallel dazu, wenn auch nicht unmittelbar miteinander verknüpft, wurde auch die Diskussion um ärztliche Kunstfehler weiter geführt. Ein Blick in *Meyers Großes Konversations-Lexikon* zeigt, dass der Begriff auch in das Bewusstsein einer breiten Öffentlichkeit Eingang gefunden hatte: 1907 hielt das Lexikon einen eigenen Artikel zum Thema Kunstfehler bereit. Diesem war zu entnehmen:

26 Virchow (1870/1990), S. 50 f.

27 Ebd.

28 König (1933), S. 161-172.

29 Noack/Fangerau (2006), S. 81-83.

30 Ruisinger (2007), S. 28-31 und Sauerteig (2000). Die „Anweisungen“ betrafen zunächst nur wissenschaftliche Experimente. Die Pflicht zur umfassenden Aufklärung in therapeutischen Versuchen wurde 1931 in den vom Reichsinnenministerium veröffentlichten „Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“ formuliert. Die „Reichsrichtlinien“ waren formal durch die ganze Zeit des Nationalsozialismus gültig. Vgl. Roelcke (2007), S. 143.

„Kunstfehler (Berufsfehler) eines Arztes ist ein schwer zu definierender Begriff. Im allgemeinen kann man als Folge eines Kunstfehlers die erwiesenermaßen durch eine ärztliche Behandlung eingetretene Gesundheitsschädigung oder den erwiesenermaßen ebenso herbeigeführten Tod eines Menschen ansehen, wenn die vom Arzt eingeschlagene Behandlung vollkommen von den sowohl durch die Wissenschaft als auch durch die ärztliche Erfahrung festgestellten und als richtig anerkannten Grundsätzen abwich. Hiernach kann ein K. sowohl durch Fahrlässigkeit (Unachtsamkeit, Mangel an genügender Vorsicht etc.) als auch durch Unwissenheit herbeigeführt werden.“³¹

Die Definition zeigt, dass an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert die Diskussion um Kunstfehler und ärztliches Fehlverhalten einen bemerkenswert hohen Stand und Differenzierungsgrad erreicht hatte.

Die hier angesprochenen, von Virchow zusammengefassten und weiterentwickelten Definitionsmerkmale überdauerten nicht nur das Deutsche Kaiserreich, die Weimarer Republik und den Nationalsozialismus, sondern fanden – dies zeigt etwa die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes – auch in der Bundesrepublik Deutschland noch Berücksichtigung. Erstaunlich erscheint freilich, dass die Bezeichnung *Kunstfehler* nur wenig hinterfragt wurde und sich über einen so langen Zeitraum halten konnte. Denn bereits zu Virchows Zeiten hatte die universitäre Medizin zu einer Absetzbewegung von der „Heilkunst“ angesetzt, ohne den Begriff des Kunstfehlers selbst in Frage zu stellen. Erst in den 1970er Jahren verdichtete sich die ärztliche Kritik am Begriff des Kunstfehlers mit dem Hinweis darauf, dass er in der modernen, naturwissenschaftlichen Medizin nicht mehr zeitgemäß sei.³² Von juristischer Seite wurde die ärztliche Kritik am Begriff „Kunstfehler“ anerkannt. 1978 sprach der Bundesgerichtshof in einer Entscheidung erstmals von einem *Behandlungsfehler*, der in der Folge die Bezeichnung „Kunstfehler“ ersetzte.³³ 1987 ließ der Bundesgerichtshof dann erkennen, was er grundsätzlich unter einem „Behandlungsfehler“ verstand. Die Definition war bewusst recht weit gefasst. Die Annahme eines Behandlungsfehlers sei

„davon abhängig, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat.“³⁴

31 Art. Kunstfehler, in: Meyers Großes Konversations-Lexikon, Band 11. Leipzig 1907, S. 812.

32 Dotzauer (1976), S. 3025-3028.

33 Riegger (2007), S. 16.

34 Ebd., S. 16. Die neueste medizinrechtliche Diskussion konzentriert sich vor allem darauf, Fallgruppen von Behandlungsfehlern zu präzisieren (z. B. falsche Maßnahme, Pflichtverletzung im Unterlassen einer notwendigen Maßnahme).

2.3. Fehlleistungen und Ehre

Begriffsgeschichtlich sind wir weit ins 20. Jahrhundert vorgedrungen, doch müssen wir an dieser Stelle nochmals in die Medizin des Deutschen Kaiserreichs zurückblicken, denn neben den angesprochenen medizinrechtlichen und sprachlich-begrifflichen Entwicklungen sind in diesem Zeitraum auch solche von Interesse, die Mentalität und Sozialverhalten der Ärzteschaft im Umgang mit Fehlleistungen betreffen. Dieser das Selbstverständnis der Ärzteschaft, ihre Selbstdeutungen und „Selbstregulierung“ betreffende Bereich ist nicht minder spannend. Erinnerung sei zunächst an die Ausweitung der medizinischen und gesellschaftlichen Deutungsmacht, welche die akademische Medizin vor allem in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts erlangte. Wissenschaftlich gründete sich dies auf die Hinwendung zu den Naturwissenschaften, auf neue Orte und Techniken der Wissensproduktion wie Labor und Experiment; in der Erforschung von Infektionskrankheiten ermöglichten Hygiene, Bakteriologie und Infektiologie neue, zum Teil spektakuläre Erfolge. In der Chirurgie wurden ab den 1880er Jahren aseptische Operationen durchgeführt. Hierzu zählte nicht nur die Dampfsterilisation aller Instrumente, Tücher und Verbandstoffe, sondern auch das Tragen eines weißen, möglichst keimfreien Operationskittels. Von dem Berliner Chirurgen Ernst von Bergmann in den 1880er Jahren eingeführt, wurde der „weiße Kittel“ bald zum Symbol einer Nobilitierung des Arztes. Dies spiegelt sich auch in der Metapher vom „Halbgott in Weiß“ wider – einer Redewendung, die erstmals für die 1950er Jahre als belegt gilt und die im Zusammenhang mit der Kritik an ärztlichen Fehlleistungen (und einem nicht adäquaten Umgang damit) häufig gebraucht wird.³⁵

Auch gesundheitspolitisch ist das späte 19. Jahrhundert mit einem erheblichen Zuwachs an Macht und Einfluss der Ärzte verbunden. Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung und deren konstante Ausweitung auf immer größere Gruppen von Versicherten stellte die Gesundheitsversorgung auf eine neue Grundlage – und sprach Ärzten darin eine privilegierte (und für Freiberufler einzigartige) Stellung zu. Mit der Verwissenschaftlichung, Professionalisierung und Expansion der Medizin einher ging die Ausbildung eines ausgeprägten Elitebewusstseins. In Kombination mit der zeittypischen Fortschrittsgläubigkeit führte das nicht nur zu überzogenen Erwartungshaltungen in der Medizin, sondern gelegentlich auch zu Selbstüberschätzung bis hin zu einer Überheblichkeit gegenüber anderen akademischen Disziplinen. Ein wissenschaftshistorisch gut untersuchtes Beispiel dafür ist das Ansinnen des Wiener Physiologen Siegmund Exner, die bildenden Künste naturwissenschaftlich korrigieren (und revolutionieren) zu wollen. So versuchte Exner in seiner Schrift

35 Dinges (2013), S. 145-162.

Die Physiologie des Fliegens und Schwebens (1882) Künstlern der Renaissance ex post nachzuweisen, dass ihre dargestellten Figuren nach dem modernen Wissen von Physik und Physiologie fehlerhaft präsentiert waren.³⁶

In der ärztlichen Berufsethik spielte die Diskussion über ärztliche Fehlhandlungen eine eher untergeordnete Rolle. Dies hat – wie Andreas-Holger Maehle zeigen konnte³⁷ – vor allem mit dem Begriff der „Ehre“ zu tun, der im Deutschen Kaiserreich nicht nur unter Adligen und Offizieren, sondern gerade auch im Selbstverständnis der Ärzteschaft ganz zentral war. Die in den 1890er Jahren eingeführten ärztlichen Ehrengerichte beschäftigten sich mit der Einhaltung von Verhaltenskodizes, die sie als fundamental für die ärztliche Berufsethik hielten. Dementsprechend bestrafte sie nicht-standesgemäßes, unehrenhaftes Verhalten, wie beispielsweise die Beleidigung von Kollegen, unangemessenes geschäftliches Verhalten, aber auch sexuelle Übergriffe gegenüber Patientinnen. Kunstfehler zählten nicht zum unmittelbaren Wirkungskreis ärztlicher Ehrengerichte. Der Vorwurf, einen „Fehler“ begangen zu haben, ging freilich über medizinische Belange hinaus und konnte an der Ehre des Beschuldigten rühren. Bedenkt man zudem, dass unbegründete Vorwürfe als unkollegiales Verhalten galten und eine ehrengerichtliche Disziplinierung nach sich ziehen konnten, so wäre eine historische Teilerklärung für die Vorsicht, Zurückhaltung und nicht selten auch Indifferenz gefunden, die ärztliche Standesvertreter im Umgang mit ärztlichen Fehlern erkennen ließen.

3. Fehlerforschung und iatrogene Schäden: 20. Jahrhundert

3.1. Fehlerforschung: Akteure, Beispiele, Ressourcen

1923 unternahm der Pädagoge Hermann Weimer in seinem Werk *Psychologie der Fehler* eine eingehende Bestimmung des Fehlerbegriffs. Weimer führte nicht nur eine Theorie und Typologie des Fehlers ein (z.B. Geläufigkeitsfehler, Gewohnheitsfehler, Ähnlichkeitsfehler, Mischfehler), sondern versuchte auch, den Begriff des Fehlers von dem des Irrtums abzugrenzen. Hierbei sah Weimer keine absoluten, sondern graduelle Unterschiede. Der Tendenz nach sei der Irrtum als „Zustand, als etwas Verharrendes“ aufzufassen („man befindet sich im Irrtum“), während der Fehler als „Gebilde des Augenblicks“ verstanden werden müsse, das in seiner Entstehung psychologisch und in seiner Konsequenz als Handlung zu erklären sei („man macht einen Fehler“). Dementsprechend hielt Weimer fest:

³⁶ Geimer (2004), S. 170-190.

³⁷ Maehle (2010).

„Der Fehler ist eine Handlung, die gegen die Absicht ihres Urhebers vom Richtigen abweicht und deren Unrichtigkeit bedingt ist durch ein Versagen psychischer Funktionen.“³⁸

Mit dem Versagen psychischer Funktionen meinte Weimer einen Mangel an Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Konzentration, die Voraussetzung für das Begehen eines Fehlers waren. Trotz des Versuchs, verschiedene Fehlerarten unterscheiden zu können, warnte Weimer vor jeder vereinfachenden und schematisierenden Betrachtungsweise, die der sozialen Wirklichkeit nicht gerecht werde. Niemals könne ein Fehler auf nur einzelne Ursachen zurückgeführt werden, sondern müsse als „mehrquelliges Gebilde“ verstanden werden, als ein „weitläufiges Geflecht von ursächlichen Bedingungen“, das in der Analyse entwirrt werden müsse.³⁹

Weimers Fehlerforschung basierte auf Erkenntnissen der Pädagogik und der Psychologie, doch lieferte sein Werk auch wertvolle Hinweise für die Problematisierung von Fehlern und Irrtümern in der Medizin. Sicher, erst die intentionale Immunisierung eines Irrtums macht diesen zum Fehler.⁴⁰ Eine Trennschärfe zwischen einem „Irrtum“ und einem „Fehler“ einzuziehen, ist oftmals schwierig, zwischen dem *Nichtsebenkönnen* und *Nichtsebenwollen* des forschenden oder behandelnden Arztes zu unterscheiden, nicht selten unmöglich. Dies gilt für alle Ebenen medizinischen Wissens und Handelns – und gerade auch für jene medizinischen Disziplinen, die an der Herausbildung der modernen, naturwissenschaftlichen Medizin maßgeblich und erfolgreich beteiligt waren, wie etwa die Bakteriologie und die medizinische Biochemie. Robert Kochs Tuberkulin war ein spektakulärer therapeutischer Fehlschlag, der zeitlebens von ihm selbst allerdings nicht eingestanden wurde.⁴¹ Emil Abderhaldens diagnostische Methode der *Abwehrenzyme* existierte bloß in der eigenen Vorstellung des Biochemikers, das war durch experimentelle Nachprüfungen schnell klar geworden – und war dennoch bis in die 1960er Jahre weithin anerkannt.⁴²

Ein vergleichsweise neueres Beispiel aus der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ist die Empfehlung des amerikanischen Pädiaters Benjamin Spock, Babys nicht auf dem Rücken, sondern auf dem Bauch schlafen zu lassen, da in dieser Position das Risiko des plötzlichen Kindstods vermindert werden könne. Die Empfehlung des Kinderarztes basierte auf keinerlei wissenschaftlicher Beweislage, dennoch fand sie weite Verbreitung: Spocks *Baby and Child Care* erschien in zahlreichen Auflagen und wurde mit weltweit über 20 Millionen ver-

38 Weimer (1925), S. 5.

39 Ebd., S. 79 f.

40 Vgl. Wiesemann (2012), S. 257.

41 Gradmann (2005), S. 159-162.

42 Deichmann/Müller-Hill (1998), S. 109-111 sowie Frewer (2000).

kauften Exemplaren eines der meistverkauften medizinischen Bücher des 20. Jahrhunderts. In den 1970er Jahren belegten Studien, dass der Bauchschlaf von Babys mit einem erheblich größeren Risiko des *Sudden Infant Death Syndrome* einherging – und somit das Gegenteil von Spocks Behauptung richtig war. Dennoch dauerte es bis in die 1990er Jahre, bis sich diese Erkenntnis auf allen Ebenen durchgesetzt hatte.⁴³ So unterschiedlich diese Beispiele sind, so zeigen sie jeweils auch eine systemische Dimension, die man mit dem Wissenschaftstheoretiker Ludwik Fleck genauer benennen und eingrenzen könnte: Einmal herausgebildete Denkstrukturen und Meinungssysteme können eine erstaunliche Beharrungskraft gegen Widersprüche entwickeln. Der Aufklärung eines etablierten Irrtums und der Vermeidung eines Fehlers stehen systemische Persistenzen gegenüber: „Was in ein System nicht hineinpasst, bleibt ungesehen.“⁴⁴

Weitere Impulse zur Grundlegung einer systematisch betriebenen Fehlerforschung kamen aus Organisationspsychologie und Arbeitswissenschaft. 1936 versuchte der polnisch-amerikanische Psychologe Joseph Jastrow die Fehlerforschung im Schnittpunkt von Wissenschaftsgeschichte und Arbeitspsychologie zu etablieren: Jastrow prägte hierzu den Begriff *Errorology*.⁴⁵ Unter diesem Neologismus widmete sich Jastrow der Erforschung einer *natural history of errors*, die ausdrücklich auch Medizin, Physiologie und Psychiatrie einschloss. Anders als bei Weimer oder Fleck war der bleibende erkenntnistheoretische Wert dieses Ansatzes eher gering. Denn Jastrow, der sich als Organisationspsychologe einen Namen gemacht hatte, stand mit seinem Projekt im Sog eines modernistischen Fortschrittsverständnisses, das *ex post* Fehler, Irrtümer und *lost opportunities* in Medizin und Naturwissenschaften identifizieren wollte, um sich davon distanzieren zu können.

In Erinnerung zu rufen ist an dieser Stelle, dass das erste Drittel des 20. Jahrhunderts die Verwissenschaftlichung von Arbeit und Betriebsführung brachte. Frederick W. Taylors *Scientific Management* und *Task Management* standen für die Rationalisierung und Standardisierung von industriellen Arbeitsprozessen – und erreichten bald auch die Medizin.⁴⁶ Als Musterbeispiel für effizienzgeleitetes, in kleinen Schritten erprobtes und einem rigorosen Ressourcenmanagement unterworfenen medizinisches Handeln galt die Klinik der Brüder Mayo im US-amerikanischen Rochester. Im Zuge der Mobilisierung der Medizin im Ersten Weltkrieg hielten diese Prinzipien auch Einzug in der europäischen Medizin. Spitäler und Krankenhäuser wurden nach industriellen Organi-

43 Gilbert et al. (2005), S. 874-887.

44 Fleck (1935/1999), S. 43.

45 Jastrow (1936), S. 16.

46 Rabinbach (2001), S. 331-336.

sationsprinzipien wie „Gesundungsfabriken“ geführt.⁴⁷ Ging es in der frühen Industrie- und Arbeitspsychologie um die Optimierung von Mensch-Maschine-Prozessen sowie um Mobilisierung und Produktivitätssteigerung, so kam nach dem Zweiten Weltkrieg unter dem Schlagwort *Human-Factor-Research* die Facette der Fehlervermeidung hinzu. Insbesondere in der Luftfahrtforschung wurde eine systematische Fehlerforschung etabliert, die sich nicht nur der kontinuierlichen Verbesserung von technischen Sicherheitsstandards widmete, sondern auch den Piloten selbst als Faktor potenzieller Unfallrisiken begriff – und nach neuen Wegen suchte, um *pilot errors* zu vermeiden.

Die Analogie von Pilot und Arzt bzw. Flugzeug und Krankenhaus ist in der rezenten Fehlerdiskussion wiederholt bemüht worden. Wie stark hier tayloristische und industriepsychologische Wissensbestände fortwirken und gerade auch in der medizinischen Fehler- und Irrtumforschung nachhallen, zeigt das Beispiel des kanadischen Epidemiologen Milos Jenicek. In seiner 2011 veröffentlichten Monographie *Medical Error and Harm* beschrieb Jenicek einen *Human Error in Medicine* wie folgt:

„A flaw in reasoning, understanding, and decision making made by a creator or operator regarding the solution of a health problem [...]. It is a product of the operator's body or mind dysfunction. An operator in medicine may be viewed in this context like a driver in the transportation industry or a machine operator in manufacturing.“⁴⁸

In diesem Zusammenhang griff Jenicek ausdrücklich auf Jastrows Projekt der *Errorology* zurück, das er im 21. Jahrhundert zur *Lathology* umgebaut haben wollte. Jenicek verstand darunter allgemein „the domain of the study and management of error and harm“.⁴⁹ Ob sich eine medizinisch-epidemiologische Fehlerforschung in dieser Form (und unter diesem Namen) zu etablieren vermag, bleibt abzuwarten.

3.2. Iatrogene Schäden und Medizinkritik

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kommen zu den bisher skizzierten Entwicklungslinien noch weitere hinzu. Es mag heute in Deutschland selbstverständlich erscheinen, dass die Diskussion über ärztliches Fehlverhalten in Medizin, Politik und Gesellschaft transparent thematisiert und offen ausgetragen werden kann. Eine wichtige Voraussetzung dafür war die mit der Gründung der Bundesrepublik möglich gewordene Herausbildung kritischer und nicht zensierter Medienöffentlichkeiten. Diese brachten auch eine neuartige Form der Medi-

47 Sehr deutlich in der Schrift des Wiener Physiologen Durig (1922).

48 Jenicek (2011), S. 66.

49 Ebd., S. 19.

zinkritik hervor, die uns von den späten 1950er Jahren an entgegentritt. In diesem Jahrzehnt, das den Arztfilm zum populären Genre macht und die Überhöhung des „Halbgottes in Weiß“ zelebriert, wird gleichzeitig auch die Bereitschaft deutlich, ärztliche Fehlleistungen öffentlich zum Thema zu machen.

Exemplarisch zeigt dies die Kontroverse um den prominenten Chirurgen Ferdinand Sauerbruch, die 1960 von dem Journalisten Jürgen Thorwald (d.i. Heinz Bongartz) mit einer Buchveröffentlichung in Gang gesetzt wurde. 1932 hatte der Maler Max Liebermann scherzhaft zu dem von ihm porträtierten Sauerbruch gesagt: „Wenn Sie ‘n Fehler machen, dann deckt ihn andertags der grüne Rasen. Aber ‘n Fehler von mir sieht man über hundert Jahre an der Wand häng’n.“ Die augenzwinkernde Anekdote, in Sauerbruchs Autobiographie *Das war mein Leben* erzählt,⁵⁰ sollte mit dem Buch von Thorwald eine andere Wendung nehmen: *Die Entlassung*, 1960 veröffentlicht, war die Gegenschrift zu Sauerbruchs stilisierter Autobiographie. Thorwald zeichnete darin das Bild eines alternden und erkrankten Chirurgen, dem in seinem späten Berufsleben die Selbstkontrolle abhanden gekommen war und dem im Operationssaal zahlreiche schwerwiegende – darunter auch tödliche – Fehler unterlaufen waren.

Thorwalds Buch war in einem für die Zeit ungewohnt scharfen Ton und Enthüllungsduktus geschrieben. Er betonte jedoch, dass er damit nicht die Person Sauerbruch selbst treffen, sondern Kritik an den offenkundigen Schönfärbungen und Unterschlagungen aus den Reihen der organisierten Ärzteschaft üben wolle. Sein Anliegen sei es gewesen, am Beispiel Sauerbruch die Mechanismen und Taktiken jener (falsch verstandenen) ärztlichen Standessolidarität offenzulegen,

„der ständig die Versuchung innewohnt, Fälle von Kunstfehlern in den eigenen Reihen zu verbergen und zu verharmlosen, versagende Kollegen zu decken und diejenigen als Verräter am Stande zu betrachten, die sich, fern aller eigennützigen Motive, als Ärzte und als Menschen gegen Versagen und Versagende in den eigenen Reihen wenden.“⁵¹

„In einer Zeit“, fuhr Thorwald fort, „in der die ärztliche Wissenschaft ihren Zitadellen-Charakter und ihre absolute Autoritätsstellung zu verlieren beginnt“, müsse alles unternommen werden, um aus begangenen ärztlichen Fehlern zu lernen und eine Wiederholung der Vorgänge, so wie sie sich im Falle Sauerbruch gezeigt hätten, zu vermeiden. Die Zitate zeigen, dass in der konsolidierten Bundesrepublik Deutschland Journalisten Zweifel und Skepsis gegenüber alt-hergebrachten Autoritäten und Gepflogenheiten hegten, Widerspruch einforderten und gerade auch im Umgang mit ärztlichem Fehlverhalten eine kritische

50 Sauerbruch (1951), S. 421.

51 Thorwald (1960), S. 12.

Öffentlichkeit herzustellen vermochten.⁵² Dies zeigte sich in der Folge ebenso bei der Thematisierung von Zwischenfällen in Krankenhäusern, über die fortan immer häufiger und ausführlicher berichtet wurde.

Auch in einer anderen Perspektive erwiesen sich die 1960er Jahre als Jahrzehnt kritischer Bewusstseinsbildung. Im Nachgang der Contergan-Katastrophe zeigte sich in Medizin und Öffentlichkeit eine zunehmende Sensibilität für „iatrogene Schäden“, insbesondere durch falsch eingeschätzte oder ignorierte Nebenwirkungen von Arzneimitteln. Das 1960 von pharmakologischen Experten veröffentlichte Werk *Klinik und Therapie der Nebenwirkungen* war diesbezüglich ein Meilenstein.⁵³ Die Regulierung von Arzneimitteln war ein langer und schwieriger Weg, der nicht nur von politischen, sondern auch innerärztlichen Auseinandersetzungen gekennzeichnet war – und der erst mit dem Arzneimittelgesetz von 1975 seinen vorläufigen Endpunkt fand.⁵⁴ Ein aus Sicht der zeitgenössischen Ärzteschaft empfundenes Paradoxon lag in dem Umstand, dass die Verwissenschaftlichung und Technisierung der Medizin Garanten des Fortschritts waren und zur Reduktion von Irrtümern und Fehlern beitrugen, gleichzeitig aber auch als eine neue Quelle ärztlichen Fehlverhaltens und von Behandlungsschäden angesehen werden mussten.⁵⁵

In den 1970er Jahren wurden *iatrogene Schäden* zur Parole und Speerspitze einer radikalen Medizinkritik, so wie sie auf besonders wirkmächtige Art von Ivan Illich vorgebracht wurde.⁵⁶ Unter der *klinischen Iatrogenesis*, die sich durch die moderne Medizin „epidemisch“ ausgebreitet habe, fasste Illich nicht nur die unmittelbare Schädigung der Patienten durch Ärzte zusammen, sondern ausdrücklich auch das Bemühen der Ärzte, sich gegen Kunstfehler-Verfahren abzusichern: „Diese Versuche, Anklage und Strafverfolgung zu vermeiden, bewirken möglicherweise mehr Schäden als jeder andere iatrogene Stimulus.“⁵⁷ 1977 brachte die Zeitschrift *Der Spiegel* unter dem Titel *Ärztliche Kunstfehler: Pfuschen und Vertuschen* die Kunstfehler-Thematik auf die Titelseite.⁵⁸ Der Artikel kritisierte vor allem die „ärztliche Schutzhaltung“, die durch politisch-öffentlichen Druck aufgebrochen sowie durch neue, transparent gestaltete Regelungen und Vorgehensweisen ersetzt werden müsse.

52 Von Hodenberg (2006). Zu Thorwald ist anzumerken, dass er im Nationalsozialismus den Propagandajournalismus aktiv mitgetragen hatte.

53 Kuemmerle et al. (1960).

54 Daemrich (2004).

55 Explizit formuliert etwa bei Schaefer (1963), S. 139-142.

56 Illich (1975/2007).

57 Ebd., S. 27.

58 *Ärztfehler: „Verschwörung des Schweigens“*, *Der Spiegel* 31 (1977), Heft 17, S. 46-58.

Die Politik der ärztlichen Standesvertreter ließ zu dieser Zeit tatsächlich keinen klaren Kurs erkennen. Zwar waren seit 1975 bei den Landesärztekammern Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet worden, die als weisungsunabhängige Gremien bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient firmierten und objektiv klären sollten, „ob die gesundheitliche Komplikation auf einer haftungsbegründenden ärztlichen Behandlung beruht“.⁵⁹ Doch wurde gleichzeitig in der Öffentlichkeit eine Abwehrhaltung eingenommen. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bundesärztekammer, leugnete ärztliches Fehlverhalten nicht, versuchte dies aber gleichzeitig zu relativieren. Einzelne Ärztefehler würden gegenüber der „Tatsache, daß Millionen Menschen laufend in ärztlicher Behandlung stehen und wieder gesund werden“, kaum ins Gewicht fallen. Zudem gebe es über die „sogenannten Kunstfehler [...] keine statistischen Zahlen“. Diesbezügliche Schätzungen seien „aus der Luft gegriffen“.⁶⁰ Eine solche Argumentation trug nicht unbedingt zu der eingeforderten Zusammenarbeit und zum Aufbau der Vertrauenskultur bei. Die Parole *Vorsicht Arzt!* wurde in Zeitschriften und Büchern zum Schlagwort.⁶¹

Zugleich traten Patienten-Verbände als neue Akteure auf. In Marburg wurde 1976 der *Allgemeine Patienten-Verband* gegründet. Ziel des Verbandes war „die Auflösung unseres schadenverursachenden Medizinsystems und die Einrichtung eines patientenorientierten Gesundheitswesens“.⁶² Konkret machte es sich der Verband zur Aufgabe, von Ärztefehlern betroffene Patienten bei der Organisation von medizinischer und juristischer Hilfe zu unterstützen. In den folgenden Jahren wurden weitere Arbeitskreise, Interessengemeinschaften und Aktionsbündnisse gegründet, die Patienten mit erlittenen Behandlungsfehlern Unterstützung zusicherten und weitere Reformen im Gesundheitswesen einforderten. Das Ermöglichen einer Kultur des „Zugebens von Fehlern“ im Bereich von ärztlichem und pflegerischem Handeln wurde hierbei als zentral erachtet. Die späten 1970er und frühen 1980er Jahre markieren schließlich auch den Beginn der internationalen bioethischen und medizinethischen Auseinandersetzung mit ärztlichem Fehlverhalten – eine Auseinandersetzung, die sich in den vergangenen Jahren noch verstärkt und zugleich diversifiziert hat.⁶³

59 Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern, vgl. www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301 [21.8.2013].

60 Der Spiegel (1977), S. 57.

61 Halter (1981).

62 Allgemeiner Patienten-Verband (1985).

63 Wolf (1995), S. 1187-1191.

Schluss

Eine historische Auseinandersetzung mit der Thematik „Fehler in der Medizin“ weitet und schärft zugleich den Blick darauf. Seit der Antike ist ärztliches Fehlverhalten als Problem erkannt und vielfach thematisiert, sind Strategien der Vermeidung erdacht und rechtliche Regelungen festgelegt worden. Die Moderne sieht mit der Etablierung der naturwissenschaftlichen Medizin, der Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Expansion des Gesundheitswesens eine Intensivierung und Verstärkung der Diskussion um Kunstfehler, die bereits um 1900 ein beachtliches Niveau an Differenzierung erreichte. Zentrale Problemfelder aktueller Debatten – wie etwa die Frage, *wer* darüber entscheidet, *was* als Fehler zu bewerten und mit *welchen* Konsequenzen zu versehen ist –, knüpfen an diese historischen Diskussionslinien an. Skizziert wurden zudem die Anfänge moderner, „rationalisierter“ Fehlerforschung, die Herausbildung moralischer Wertsetzungen und ethischer Richtlinien sowie die Etablierung von kritischen Öffentlichkeiten, die vor allem seit den 1960er Jahren als weitere Instanz zur Problematisierung und Beurteilung von Ärztefehlern anzusehen sind.

Historische Kenntnisse tragen damit dazu bei, Anliegen, Argumente und Hintergründe der gegenwärtigen Diskussion über Fehler befragen und verorten zu können. Darüber hinaus lassen sie uns ein grundsätzliches ethisches Problem genauer verstehen: Alles Betrachten und Beurteilen von *Feblern* steht in einem Spannungsfeld von (sich wandelnden und nicht selten kollidierenden) Wissenssystemen, Machtinteressen, Werthaltungen, rechtlichen Verhältnissen und politisch-gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen. Eben daraus resultiert auch das Doppelgesicht von Fehlerhaftigkeit: Einerseits sind Fehler immer zeitgebunden und können produktives Potenzial für Verbesserungen und Fortschritt enthalten; andererseits sind sie aber auch stets vermeidbar und bedeuten ein defizitäres Ausüben dessen, was eigentlich besser gemacht werden könnte und sollte.

Literatur

- Allgemeiner Patienten-Verband (Hrsg.) (1985): *Ärztfehler – pfuschen und vertuschen*. Frankfurt/M.
- Amundsen, D. W. (1977): The Liability of the Physician in Classical Greek Legal Theory and Practice. In: *Journal of the History of Medicine* 32 (1977), S. 172-203.
- Bonah, C./Menut, P. (2004): BCG vaccination around 1930 – dangerous experiment or established prevention? Debates in France and Germany. In: *Roelcke/Maio* (2004), S. 111-128.
- Bruchhausen, W./Hofer, H.-G. (Hrsg.) (2010): *Ärztliches Ethos im Kontext. Historische, phänomenologische und didaktische Analysen*. Bonn.
- Daemmrich, A. (2004): *Pharmacopolitics. Drug Relation in the United States and Germany*. Chapel Hill, London.
- Deichmann, U./Müller-Hill, B. (1998): The Fraud of Abderhalden's Enzymes. In: *Nature* 393 (1998), S. 109-111.
- Dinges, M. (2013): Aufstieg und Fall des „Halbgottes in Weiß“? Gesellschaftliches Ansehen und Selbstverständnis von Ärzten (1880-2010). In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 31 (2013), S. 145-162.
- Dotzauer, G. (1976): Warum ist der Begriff „Kunstfehler“ irreführend? In: *Deutsches Ärzteblatt* 47 (1976), S. 3025-3028.
- Durig, A. (1922): *Das Taylorsystem und die Medizin*. Wien, Leipzig.
- Eser, A./Kürschner, A. (Hrsg.) (1990): *Recht und Medizin*. Darmstadt.
- Fahner J. C. (1797): *Vollständiges System der gerichtlichen Arzneikunde*. Band 2. Stendal.
- Fischer-Homberger, E. (1983): *Medizin vor Gericht. Gerichtsmedizin von der Renaissance bis zur Aufklärung*. Bern u.a.
- Fleck, L. (1935/1999): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. 4. Auflage. Frankfurt/M.
- Flüh, T. (2011): Ernst Horn: „Die Criminalgeschichte des Sackes“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108, 12 (2011), A-657, B-533, C-533.
- Frewer, A. (2000): *Medizin und Moral in Weimarer Republik und Nationalsozialismus. Die Zeitschrift „Ethik“ unter Emil Abderhalden*. Frankfurt/M., New York.
- Frewer, A./Schmidt, U. (Hrsg.) (2007): *Standards der Forschung. Historische Entwicklung und ethische Grundlagen klinischer Studien*. Frankfurt/M.

- Gadebusch Bondio, M. (2012): Vom Ringen der Medizin um eine Fehlbarkeitskultur. Epistemologische und ethische Reflexionen. In: Gadebusch Bondio /Paravicini Bagliani (2012), S. 291-311.
- Gadebusch Bondio, M./Paravicini Bagliani, A. (Hrsg.) (2012): Errors and mistakes. A cultural history of fallibility. Firenze.
- Geimer, P. (2004): Das Gewicht der Engel. Eine Physiologie des Unmöglichen. In: Schmidgen et al. (2004), S. 170-190.
- Gilbert, R./Salanti, G./Harden, M./See, S. (2005): Infant sleeping position and the sudden infant death syndrome: systematic review of observational studies and historical review of recommendations from 1940 to 2002. In: *International Journal of Epidemiology* 34 (2005), S. 874-887.
- Gradmann, C. (2005): Krankheit im Labor. Robert Koch und die medizinische Bakteriologie. Göttingen.
- Halter, H. (1981): Vorsicht Arzt! Krise der modernen Medizin. Hamburg.
- Illich, I. (1975/2007): Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. 5. Auflage. München.
- Jastrow, J. (Hrsg.) (1936): The Story of Human Error. New York, London.
- Jayme, E./Laufs, A./Misera, K.-H./Reinhart, G./Serick, R. (Hrsg.) (1991): Festschrift für Hubert Niederländer. Heidelberg.
- Jenicek, M. (2011): Medical Error and Harm. Understanding, Prevention and Control. Boca Raton.
- Jütte, R. (1991): Ärzte, Heiler und Patienten. München.
- Kirk, B. (1999): Der Contergan-Fall: Eine unvermeidliche Arzneimittelkatastrophe? Stuttgart.
- König, F. F. (1933): Geschichte und Begriff des Kunstfehlers. In: *Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin* 20 (1933), S. 161-172.
- Krähe, J. (1984): Die Diskussion um den ärztlichen Kunstfehler in der Medizin des neunzehnten Jahrhunderts (= Marburger Schriften zur Medizingeschichte 13). Frankfurt/M.
- Kuemmerle, H. P./Senn, A./Rentchnick, P./Goossens, N. (Hrsg.) (1960): Klinik und Therapie der Nebenwirkungen. Stuttgart.
- Laufs, A./Eichener, A. (1991): Ursprünge einer strafrechtlichen Arzthaftung. Untersuchungen zu Artikel 134 der *Constitutio Criminalis Carolina*. In: Jayme et al. (1991), S. 71-96.
- Leven, K.-H. (2005): Art. Kunstfehler. In: Leven (2005), Sp. 544-547.
- Leven, K.-H. (Hrsg.) (2005): Antike Medizin. Ein Lexikon. München.
- Maehle, A.-H. (2010): Eine Kultur der Ehre. Ärztliche Berufsethik im Deutschen Kaiserreich zwischen Moral und Recht. In: Bruchhausen/Hofer (2010), S. 59-73.

- Mende, L. J. C. (1819): Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Aerzte und Wundaerzte. Teil 1. Leipzig.
- Mitscherlich, A./Mielke, F. (1949): Wissenschaft ohne Menschlichkeit. Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg. Heidelberg.
- Noack, T./Fangerau, H. (2006): Die Geschichte des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient in Deutschland. In: Schulz et al. (2006), S. 77-93.
- Rabinbach, A. (2001): Motor Mensch. Kraft, Ermüdung und die Ursprünge der Moderne. Wien.
- Reich, W. T. (Hrsg.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. New York.
- Riegger, T. (2007): Die historische Entwicklung der Arzthaftung. Diss. Jur. Regensburg.
- Roelcke, V./Maio, G. (Hrsg.) (2004): Twentieth Century Ethics of Human Subjects Research. Historical Perspectives on Values, Practices, and Regulations. Stuttgart.
- Roelcke, V. (2007): Forschung am Menschen im 20. Jahrhundert: Historische Kenntnisse – ethische Implikationen. In: Frewer/Schmidt (2007), S. 135-150.
- Ruisinger, M. M. (2007): Geschichte des Humanexperiments. Zur Entwicklung der Forschung am Menschen. In: Frewer/Schmidt (2007), S. 19-35.
- Sauerbruch, F. (1951): Das war mein Leben. Bad Wörishofen.
- Sauersteig, L. (2000): Ethische Richtlinien, Patientenrechte und ärztliches Verhalten bei der Arzneimittelerprobung (1892-1931). In: Medizinhistorisches Journal 35 (2000), S. 303-334.
- Schaefer, H. (1963): Die Medizin heute. Theorie, Forschung, Lehre. München.
- Schmidgen, H./Geimer, P./Dierig, S. (Hrsg.) (2004): Kultur im Experiment. Berlin.
- Schott, H. (Hrsg.) (1993): Die Chronik der Medizin. Dortmund.
- Schulz, S./Steigleder, K./Fangerau, H./Paul, N. (Hrsg.) (2006): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt/M.
- Schürmayer, I. H. (1838): Die Kunstfehler der Medizinalpersonen in strafrechtlicher, gerichtlich-medizinischer und medizinisch-polizeilicher Beziehung. Freiburg.
- Steger, F. (2012): Beneficial Errors – Control of Epidemics in the 19th Century. In: Gadebusch Bondio/Paravicini Bagliani (2012), S. 243-256.
- Steinmetz, W. (2003): Ungewollte Politisierung durch die Medien? Die Contergan-Affäre. In: Weisbrod (2003), S. 195-228.
- Stolberg, M. (2003): Homo patiens. Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit. Köln.

- Thorwald, J. (1960): Die Entlassung. Das Ende des Chirurgen Ferdinand Sauerbruch. München, Zürich.
- Virchow, R. (1870): Kunstfehler der Ärzte: In: Eser/Kürschner (1990), S. 43-54.
- Von Hodenberg, C. (2006): Konsens und Krise: Eine Geschichte der westdeutschen Medienöffentlichkeit, 1945 bis 1973. Göttingen.
- Wagner, H.-J. (1981): Zur historischen Entwicklung des Begriffs „Ärztlicher Kunstfehler“. In: Zeitschrift für Rechtsmedizin 86 (1981), S. 303-306.
- Weimer, H. (1925): Psychologie der Fehler. Leipzig.
- Weindling, P. J. (2004): Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent. Basingstoke.
- Weisbrod, B. (Hrsg.) (2003): Die Politik der Öffentlichkeit – Die Öffentlichkeit der Politik. Göttingen.
- Wiesemann, C. (2012): Was macht den Irrtum zum Irrtum? Jacob Henle (1809-1885) und die Mikroskopie der Haut. In: Gadebusch Bondio/Paravicini Bagliani (2012), S. 257-272.
- Wolf, S. M. (1995): Iatrogenic Illness and Injury. In: Reich (1995), Vol. 3, S. 1187-1191.
- Wootton, D. (2006): Bad Medicine. Doctors doing harm since Hippocrates. Oxford.