

Demgegenüber erkennt das Bundessozialgericht auch psychologische Motive unter bestimmten Umständen als rechtserheblich an.

Zwei eigene Fälle hierzu werden kurz erwähnt.

Summary

The legal decisions about suicide as a result of an accident have changed.

In the opinion of the RVA (Reichsversicherungsamt) accidents must have led to insanity and this latter must have been the cause for the suicide.

As against this the BSG (Bundessozialgericht) acknowledges in certain circumstances also psychological motives as forensically relevant.

In respect of this two of our cases are briefly mentioned.

Dr. med. Dipl.-Psych. J. v. KARGER
Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Universität
23 Kiel, Hospitalstraße 17—19

S. MERLI und G. UMANI RONCHI (Rom): Zur Frage des postoperativen Tetanus.

Unter dem Ausdruck „postoperativer Tetanus“ verstehen wir einen „Tetanus, der nach einem operativen Eingriff, innerhalb eines Zeitraums auftritt, der mit der Tetanusinfektion in Einklang zu bringen ist“ (BARNI). Glücklicherweise handelt es sich um eine seltene Erscheinung, doch sind von gerichtsärztlicher Seite oft Fragen einer etwaigen Verantwortlichkeit von seiten des Operateurs zu klären, wenn auch ein kürzlich erlassenes Urteil der Ansicht ist, daß „man nicht von einem ärztlichen Kunstfehler sprechen kann im Falle, daß im Verlauf eines chirurgischen Eingriffs tödliche Infektionen auftreten, die auf das bereits fertig zum Gebrauch gelieferte antiseptische Material, das sich dann als verunreinigt erwies, zurückzuführen sind, da der Chirurg keinerlei Verpflichtung zu einer weiteren Kontrolle habe“ (Gerichtssentscheid, Reggio Calabria vom 29. 11. 1957). Der Entscheid bezieht sich augenscheinlich auf den exogenen Tetanus, der allein — nach BORRI — die Frage nach einer Verantwortlichkeit des Chirurgen in Betracht ziehen kann.

Zweifellos stellt der postoperative Tetanus nur eine Seite des ausgehnteren Tetanusproblems dar, der immer noch in allen Ländern eine erhebliche Anzahl von Opfern fordert, angesichts der hohen Morbilität, die in der erheblichen Anzahl von Fällen (500 000 in dem Jahrzehnt von 1950—1960) nach den Statistiken der O. M. S. (Organisation Mondiale de la Santé) zum Ausdruck kommt. Erwähnt sei, daß in Italien die mittlere Sterblichkeit sich immer noch um 600 Fälle im Jahr bewegt, eine Zahl,

die in ihrem Prozentsatz nicht wesentlich von der in anderen europäischen Ländern abweicht.

Erst vor kurzem (5. 3. 1963) ist die Antitetanusimpfung in Italien obligatorisch für die am meisten gefährdeten Kategorien geworden; leider aber ist sie noch nicht durchführbar, weil die Bestimmung noch nicht Gesetzeskraft erhalten hat¹.

Die positiven Erfahrungen bei den kriegführenden Truppen des letzten Krieges hätten eigentlich zu einer rechtzeitigeren und schnelleren Annahme dieser vorkehrenden Maßnahme in allen Ländern führen sollen, nach der dann eine entschiedene Abnahme, wenn nicht das Verschwinden des Risikos auch eines postoperativen Tetanus zu erwarten gewesen wäre.

In letzter Zeit sind einige Fälle zu unserer Beobachtung gelangt, die uns einer Mitteilung wert erschienen, da sie sehr demonstrativ für die Wirksamkeit eines entsprechenden gerichtsärztlichen Einschreitens sind, um eine eventuelle professionelle Verantwortlichkeit auszuschließen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen Tetanus, der nach einem Appendektomieeingriff aufgetreten war und leider mit dem Tode des Pat. am 12. Tage seinen Abschluß fand. Die Erkrankung war nach einer Inkubationszeit von 9 Tagen zum Ausbruch gekommen, und die Angehörigen verklagten darauf den Chirurgen.

Bei der pathologisch-anatomischen Untersuchung stellten wir eine gute Verheilung der Operationswunde fest, während die Wand des Coecums und deren unmittelbare Umgebung eine intensive entzündliche Reaktion aufwies. Von besonderem Interesse sind die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung, die an den Operationsrändern, an den darunterliegenden mit Catgut vernähten Muskelschichten und in der von dem Eingriff betroffenen Wurmfortsatzgegend durchgeführt wurden. In allen Schichten der Bauchwand, vor allem auch in dem für die Naht verwendeten Catgut konnte nämlich das Vorhandensein von Tetanusbacillen und Tetanustoxin ausgeschlossen werden. Der einzige intensiv positive Befund fand sich in einem Gewebstückchen, das aus der durch den Eingriff verletzten Darmwand entnommen wurde. Ebenso war in diesem letzteren Stückchen die biologische Untersuchung am Meerschweinchen positiv.

Danach erscheint also die Möglichkeit, daß es sich um einen exogenen Tetanus handle sehr unwahrscheinlich, und noch weniger war eine solche Annahme nachzuweisen. Weit wahrscheinlicher ist dagegen, daß es sich im vorliegenden Falle um ein örtliches Wiederaufflackern von im Coecum lumen, in Höhe des Ansatzes des entfernten Wurmfortsatzes saprophytisch bereits vorhandener Keime gehandelt hat, das heißt also, um einen typisch endogenen Tetanus.

¹ Kürzlich ist die antitetanische Schutzimpfungspflicht mit Gesetzgebung des Bundespräsidenten vom 7. 9. 1965 in Italien in Kraft getreten.

Unsere Schlußfolgerungen wurden denn auch in der Tat vom Richter angenommen, der den Tod des Pat. als absolut akzidentell und nicht vorzusehen erachtete und den Operateur von jeder Verantwortlichkeit freisprach.

Andererseits führt die bakteriologische Untersuchung nicht immer zur Klärung einer genauen Rekonstruktion des Falles und damit zu einem abschließenden Urteil über die eventuelle ärztliche Verantwortung.

Ein weiterer Fall, der von uns begutachtet wurde, scheint uns sehr aufschlußreich. Es handelte sich um einen Pat., bei dem wegen des Verdachts einer Magengeschwulst eine Probelaparotomie vorgenommen wurde und der am 8. Tage die ersten Anzeichen einer Tetanuserkrankung aufwies, die am darauffolgenden Tage generalisierte und nach 4 Tagen, trotz intensiver Serumtherapie, tödlich endete.

Der zeitliche Abstand zwischen dem Eingriff und dem ersten Auftreten der Tetanussymptomatologie ließ den Verdacht aufkommen, daß es sich um einen postoperativen Tetanus handeln müsse. Der Verdacht schien sich durch den pathologisch-anatomischen Befund noch zu verstärken, der eine beginnende Nekrose der tiefen Schichten in der Operationswunde aufzeigte, mit denen ein Teil des Omentums verwachsen war.

Die bakteriologische Untersuchung an der Hautnaht der Operationswunde, an den Wundrändern selbst und an der nekrotischen Zone in der Tiefe ergab dagegen einen vollkommen negativen Befund, ergab also keinen Nachweis für das Vorhandensein weder von Nikolaier-Bacillen noch von Tetanustoxin.

Wenn also einerseits auch in diesem Falle der exogene Ursprung der Infektion im Zusammenhang mit dem chirurgischen Eingriff ohne weiteres ausgeschlossen werden konnte, so blieb andererseits die Unklarheit über seine Genese nach wie vor bestehen, auch schon weil die Untersuchung auf die mutmaßliche Stelle der Infektion beschränkt und nicht auf andere eventuell mögliche Eingangspforten ausgedehnt worden war, die hypothetisch auch in Punktionen oder in anderen Läsionen bestehen konnten, die so geringfügig waren, daß sie der nekroskopischen Untersuchung entgangen sein konnten.

Ungeachtet des Umstandes, daß die Unsicherheit auf streng ätiopathogenetischem Gebiet bestehen blieb, ist dennoch die durchgeführte bakteriologische Untersuchung äußerst wertvoll gewesen, weil sie dem Richter Elemente für sein Urteil an die Hand zu geben vermochte, der danach ausschließen zu können glaubte, daß im vorliegenden Falle Anhaltspunkte für eine ärztliche Verantwortlichkeit von seiten der Operateure gegeben wären.

Die Zweckmäßigkeit, die bakteriologischen Feststellungen so weit wie möglich auszudehnen, wird uns durch einen weiteren Fall nahe gelegt, der zu unserer Beobachtung gelangte, und bei dem es uns möglich war,

jeden Zweifel über eine etwaige Verantwortlichkeit des Orthopäden zu beseitigen, und zwar gerade auf Grund der erhaltenen Ergebnisse.

Es handelte sich um einen Mann, der sich durch einen unglücklichen Fall einen Bruch des Olecranonsehens rechts zugezogen hatte und bei dem daraufhin eine Osteosynthese vorgenommen wurde. Es war eine länger dauernde Ruhigstellung der oberen Extremität im Gipsverband erforderlich geworden, in deren Verlauf sich einige Decubitusstellen bildeten, deren schlechte Heilungstendenz im übrigen durch den sehr schlechten Allgemeinzustand des durch chronischen Alkoholismus und ein schweres zur Cirrhose neigendes Leberleiden gebrechlichen Pat. unterhalten wurde.

Eben wegen dieses Allgemeinzustandes kam der Pat. des öfteren zu Fall, wobei er, auch nach dem chirurgischen Eingriff Prell- und Rißverletzungen, besonders an dem kontrolateralen Arm davongetragen hatte, die ebenfalls eine geringe Heilungstendenz aufwiesen.

Der Tod trat infolge eines generalisierten Tetanus ein, und die Familie nahm an, daß der Orthopäde dafür verantwortlich sei, weil er es zugelassen habe, daß sich Decubitusstellen unter dem Gipsverband bildeten, auf denen sich offenbar der Tetanusbacillus angesiedelt habe, vielleicht durch eine Verunreinigung des für den Gipsverband verwendeten Materials.

Im Verlauf unserer Nachforschungen stellten wir bakteriologische Untersuchungen an verschiedenen Stellen besonders der Unterarme an, die Verletzungen oder oft auch schlecht verheilte Verletzungsfolgen aufwiesen. Im Verlauf dieser Erhebungen konnten wir einwandfrei feststellen, daß an allen verdächtigen Stellen der rechten oberen Extremität, an der der Eingriff und die anschließende Ruhigstellung im Gipsverband erfolgt waren, keine Tetanusbacillen nachweisbar waren, während der Bacillus in einer schlecht verheilten Narbe, Folge einer Riß- und Quetschverletzung in der Gegend des mittleren Drittels der Vorderfläche des linken Unterarms festgestellt wurde, die der Pat. im Verlauf eines Unfalls in einem späteren Zeitpunkt davongetragen hatte. Auch die am Meerschweinchen angestellte biologische Untersuchung ergab einen positiven Befund nur an dieser einen Stelle.

Es ergibt sich also erneut die Zweckmäßigkeit, in jedem Falle von postoperativem Tetanus, der den Verdacht einer etwaigen professionellen Verantwortlichkeit erregen könnte, ausgedehnte und gründliche bakteriologische Untersuchungen anzustellen, um die tatsächliche Eingangspforte der Infektion genau zu bestimmen.

Auf diese Weise wird es manchmal sehr leicht und einfach sein, jedwede Verantwortlichkeit von seiten der Operateurs auszuschließen, besonders unter der Annahme, wie in unserem dritten Fall, daß die Infektion an einer anderen als der durch den chirurgischen Eingriff betroffenen

Stelle lokalisiert ist; oder aber es läßt sich, wie in unserem ersten Fall leicht nachweisen, daß die Infektion nicht durch den Gebrauch von infiziertem Nähmaterial oder durch mangelnde Sorgfalt bei der Asepsis hervorgerufen wurde, sondern durch das örtliche Wiederaufflackern von in der Gegend des Eingriffs saprophytisch bereits vorhandenen Keimen. Dies letztere ist, wie bereits gesagt, ein typisches Beispiel eines endogenen Tetanus, eine Diagnose, die gemäß unserer doktrinären und juristischen Anschauungen normalerweise schon von selbst jede Verantwortlichkeit des Chirurgen ausschließt.

Wir wollen an dieser Stelle nicht auf die Frage der Verantwortlichkeit eingehen, die von einer nicht erfolgten antitetanischen Serumprophylaxe abzuleiten wäre bei Verletzungen, die das Auftreten einer Tetanusinfektion voraussehen ließen.

Die italienische Rechtsprechung hat sich in dieser Beziehung gelegentlich sehr rigorös und streng ausgesprochen (Gerichtsentscheid Busto Arsizio vom 15. 3. 1941 und Strafkassation vom 17. 10. 1952) und dem Arzt sogar die Verpflichtung auferlegt, den Verletzten von der Notwendigkeit, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu überzeugen (Gerichtsentscheid Turin vom 9. 4. 1954).

Abgesehen von der Strenge dieses letzten Gerichtsentscheids ist es allgemein anerkannt, daß die antitetanische Serumprophylaxe, unter Umständen im Verein mit der antitetanischen Schutzimpfung systematisch in allen verdächtigen Fällen durchgeführt werden sollte, besonders wenn die Schwere und der chronische Zustand der Verletzungen eine absolute Indikation für diese vorbeugende Maßnahme darstellen.

Ein weiterer von uns kürzlich begutachteter Fall bestätigt abermals die Gefährlichkeit chronischer offener Läsionen für das Entstehen einer Tetanusinfektion und stellt andererseits eine eindringliche Mahnung dar, diese Behandlungsart obligatorisch zu machen, die sich in jedem Falle nicht allein auf eine Serumprophylaxe in der Unfallstation beschränken darf, sondern wenn es der Fall erfordert, durch Impfung fortgesetzt und vervollständigt werden muß.

Bei dem hier zur Frage stehenden Fall handelte es sich um einen jungen Mann, der infolge eines unglücklichen Sturzes einen offenen Bruch des linken Oberschenkels im unteren Drittel sowie einen verschobenen Bruch des rechten Oberschenkels im mittleren Drittel davongetragen hatte. Am linken Femur entwickelte sich ein osteomyelitischer Prozeß mit Fistelbildung nach außen. Es wurde eine orthopädische Therapie mit Ruhigstellung der Extremität und fortlaufenden Behandlungen des Eiterherdes für einige Monate eingeleitet. Im Laufe des Krankenhausaufenthalts zog sich der Pat. beim Aufstehen vom Bett erneut einen Bruch in Höhe der infolge der chronischen Osteomyelitis nicht konsolidierten

femuralen Bruchstelle zu. 8 Tage danach zeigte er die ersten Tetanuser-scheinungen, die am 4. Tage zum Tode führten.

Die bakteriologischen Untersuchungen ergaben das Vorhandensein von Tetanusbacillen und Tetanustoxin im Fistelgang.

Wenn auch in diesem Falle eine abschließende Beurteilung über den exogenen bzw. den endogenen Ursprung des krankhaften Prozesses nicht abgegeben werden konnte, so bleibt hier doch die augenscheinliche Tatsache bestehen, daß eine antitetanische Behandlung während der ganzen Zeit des Krankenhausaufenthalts, und zwar angesichts eines traumatischen Krankheitsbildes dieser Art verabsäumt wurde, einen Zustand, der einen ausgesprochenen Nährboden für die Ansiedlung des Tetanuskeimes darstellte.

Wie dem auch sei, wir glauben und möchten es wünschen, daß es sich um eine Problemstellung handelt, die bestimmt ist, in Kürze überholt zu sein, wenn die Antitetanusschutzimpfung weiter ausgedehnt und überall obligatorisch durchgeführt sein wird. Es ist dies der einfachste und auch der sicherste Weg, der auch von der Römischen Gesellschaft für gerichtliche und Versicherungsmedizin, am Schluß einer Reihe wissenschaftlicher Tagungen zu dieser Frage schon seit 1960 zum Ausdruck gebracht wurde mit dem Wunsch, daß sie zu einer weiteren und vielleicht definitiven Verminderung dieser Krankheitsgefährdung beitragen möge.

Zusammenfassung

Die Verff. betonen die Wichtigkeit eingehender bakteriologischer Untersuchungen in allen Fällen von postoperativem Tetanus, um Unterlagen zu erhalten, die geeignet sind, eine einwandfreie Beurteilung zu ermöglichen, wenn der Verdacht einer mutmaßlichen professionellen Verantwortlichkeit besteht.

An Hand einiger persönlicher Beobachtungen beweisen sie, wie auf Grund der bakteriologischen Untersuchungsergebnisse der endogene bzw. der exogene Ursprung des Krankheitsprozesses geklärt werden kann, was eine notwendige Voraussetzung darstellt, um eine eventuelle professionelle Schuld festzustellen.

Es wird ferner die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit einer serumprophylaktischen Behandlung und Impfung gelenkt bei allen Pat., die chronisch-entzündliche Läsionen aufweisen, auf denen sich der Tetanusbacillus ansiedeln könnte.

Sie geben schließlich der Hoffnung auf eine ausgedehnte obligatorische antitetanische Schutzimpfung Ausdruck, als einen maßgeblichen Beitrag für eine weitere Verminderung dieser Krankheitsgefährdung.

Priv.-Doz. Dr. S. MERLI und Dr. G. UMANI RONCHI
Institut für gerichtliche Medizin der Universität
Rom, viale dell'Università 32