



*Rechtsanwalt Tim Neelmeier, LL.B. (Bucerius)
Hamburg*

*Externer Doktorand bei Prof. Dr. Hans Kudlich
Lehrstuhl für Strafrecht u.a. - Universität Erlangen
tim.neelmeier@law-school.de*

Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider aus strafrechtlicher Sicht

**Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF), Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“**

- Würzburg, 21.04.2012 -

Dr. Gerda Müller

2000-2009 Vorsitzende des VI. Zivilsenates am BGH (Arzthaftungsrecht)

2005-2009 Vizepräsidentin des BGH

Beitrag „Arzthaftung **in Zeiten knapper Kassen**“

in: Festschrift G. Hirsch 2008, 413-422

„Soweit die Rspr. sich bisher in einzelnen Fällen und insgesamt eher selten mit Fragen der Wirtschaftlichkeit zu befassen hatte, galt stets der Grundsatz, dass **aus wirtschaftlichen Erwägungen keine Abstriche** gemacht werden dürfen, die die Sorgfaltsanforderungen unter den gebotenen **Mindeststandard** drücken würden.“ (421 f.)

„Wenn etwa in Zukunft die Mediziner selbst den Standard herabsetzen [...], wäre es fraglich, ob eine derartige Reduzierung des Standards der rechtlichen Nachprüfung standhalten würde [...].

Allerdings sind die Möglichkeiten einer Nachprüfung des Standards durch die Gerichte durch deren fehlende Sachkunde sehr begrenzt. Deshalb ist nicht auszuschließen, dass sich [...] eine **schleichende Reduzierung des Standards** ergibt [...]. Deshalb ist für die Richter sowohl erhöhte Wachsamkeit, als auch verstärkte Kooperation mit den Mediziner geboten, die hierzu auch bereit sind, zumal sie die **Haftungsrichter zunehmend als Bundesgenossen** zur Aufrechterhaltung des Standards betrachten, soweit ihnen dieser durch die Gesundheitsreform gefährdet scheint.“ (422)

WARUM sind die „Kassen knapp“?

→ „**KOSTENDRUCK**“ ?

- 20 % der **kommunalen** Kliniken arbeiten defizitär.
(WELT ONLINE 1.1.2012, www.welt.de/105848035)
- „Ausdrückliches Ziel der in Kraft getretenen Intergrations-Versorgung nach § 140 Gesundheitsreformgesetz ist der **Verdrängungswettbewerb unter den Leistungserbringern.**“
Ministerialdirigent im BMG Dr. Ulrich Orlowski, freistehend abgedrucktes Zitat vom 16.6.2000, HNO-Mitteilungen 2000, 158.
- „ Langfristig könnten nur 1500 der heute noch mehr als 2000 Krankenhäuser überleben. Bei dem Krankenhaussterben gehe es um einen **,politisch gewollten Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess,** der zur Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung im Krankensektor beitragen wird“, erklärten die großen Kassenverbände in einer Anhörung im Bundestag.“ (WELT ONLINE 18.11.2008, www.welt.de/wirtschaft/article2741530.html)
- DKG und Marburger Bund fordern (mit Blick auf aktuelle Überschüsse der Sozialversicherungsträger) eine „Tarifausgleichsrate“ bei Verabschiedung des Psych-EntG Mitte Mai 2012 (Dt. Ärzteblatt 2012, A 685; Marburger Bund Zeitung 2012, Heft 5 v. 13.04., 3)

WARUM sind die „Kassen knapp“?

→ „**Gewinnmaximierung**“ ?

- Zwei Drittel aller Krankenhäuser erwirtschaften Überschüsse.
- 96% der **privat** getragenen Kliniken arbeiten zumindest kostendeckend.
(Quelle jeweils: WELT ONLINE 1.1.2012, www.welt.de/105848035 bzgl. Erhebungen v. DKI, RWI et al.)

• Beispiel Helios: jährliche **Umsatz- und Ergebnisrekorde** beim neuen Marktführer

Zur Erklärung: EBIT-Marge = Gewinn vor Zinsen und Steuern im Verhältnis zum Umsatz

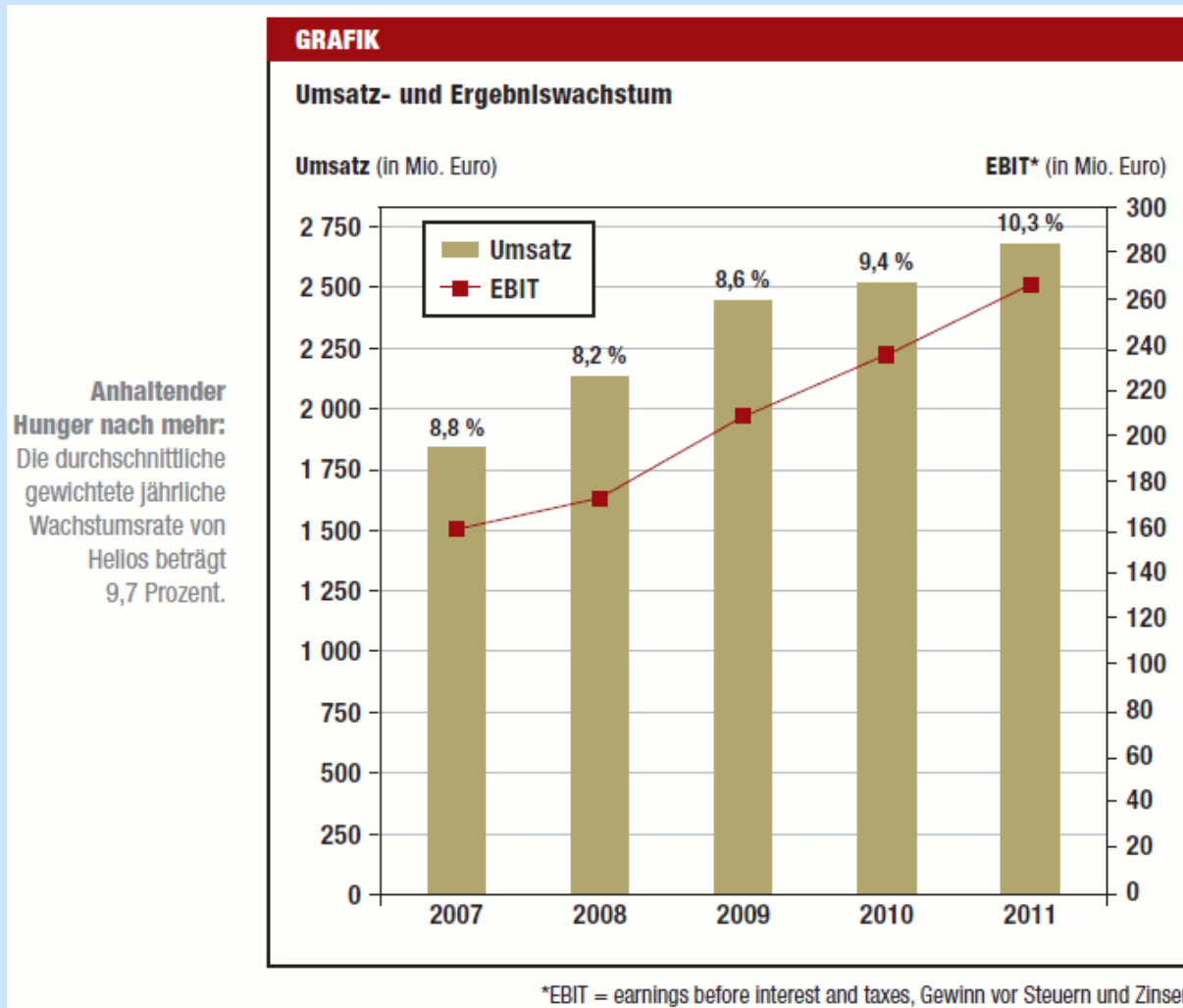
Zum Vergleich: Bezogen auf das erste Halbjahr 2011 lag die EBIT-Marge...

- ... der Lila-Logistik-Gruppe bei 4,6 %
- ... von Daimler bei 10,0 %
- ... von Audi bei 11, 8 %
- ... von BMW bei 14 %

(Handelsblatt Online, 08.02.2012, www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/bilanz-2011-daimler-faellt-zurueck/6178536.html; Verkehrsrundschau, 19.08.2011, www.verkehrsrundschau.de/lila-logistik-betriebsergebnis-leidet-unter-hohen-kosten-1056918.html)

„Wir sind eben besser als andere.“

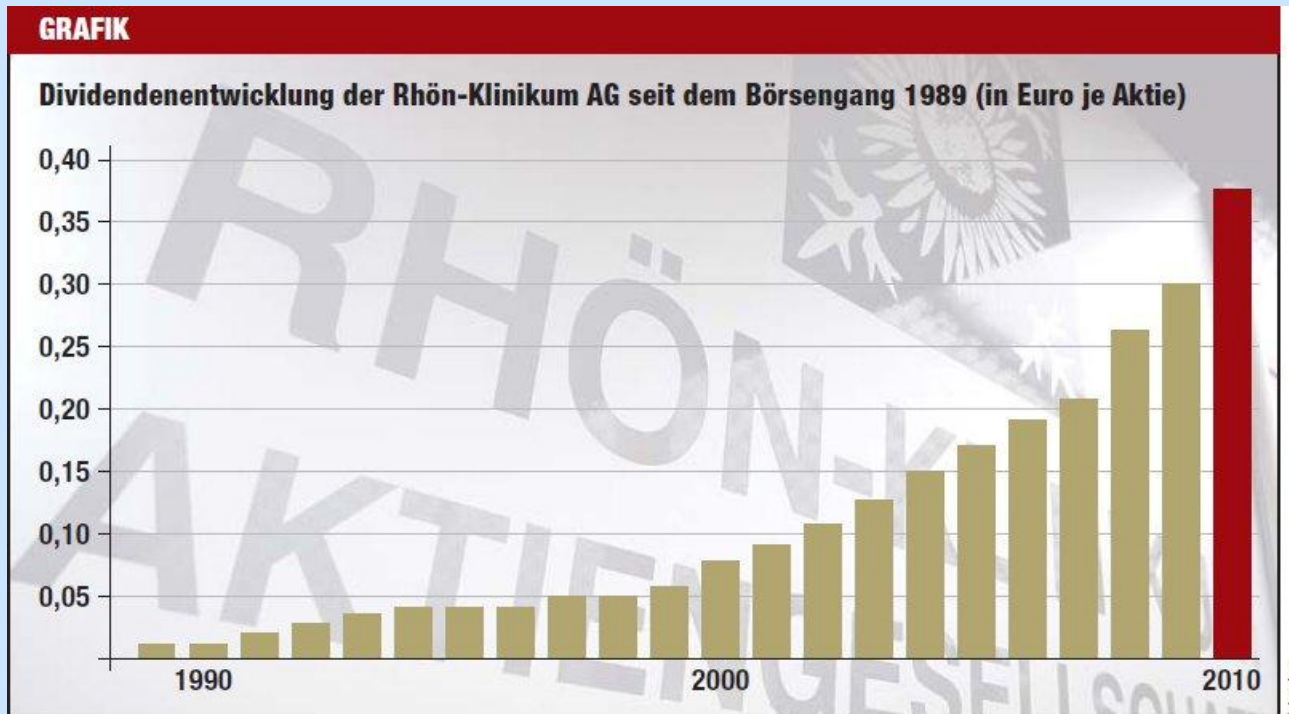
Francesco De Meo, Vorsitzender der Helios-Geschäftsführung



Deutsches Ärzteblatt 2012, A 722 (Heft 14/06. April)

- Beispiel Rhön-Klinikum AG

„ Gewinn mit Nebengeräuschen - Die Aktionäre des privaten Klinikbetreibers freuen sich über eine **Rekorddividende**. Kritiker behaupten, der ökonomische Erfolg des Konzerns werde teuer erkaufte.“ (Deutsches Ärzteblatt 2011, A 983)



Fr. d. dpa

Rekorddividende: Mehr als 51 Millionen Euro schüttet der private Klinikbetreiber für das Geschäftsjahr 2010 an seine Anteilseigner aus.

Uniklinikum Marburg und Gießen - Geplanter Stellenabbau: Kritik von allen Seiten, Deutsches Ärzteblatt 2012, A 460:

„Obwohl der Konzerngewinn zuletzt um elf Prozent auf 161 Millionen Euro gestiegen ist, sieht sich Rhön zu Einsparungen gezwungen. Ein Sprecher des Uniklinikums sagte, man stehe aufgrund des **enormen Kostendrucks** im Gesundheitswesen vor einem ‚massiven Problem‘.“

Zwei politische Grundsatzentscheidungen haben das Gesundheitswesen verändert:

1. Großflächige **Privatisierung** der Krankenhauslandschaft

- Leistungserbringer verfolgen das grundsätzlich legitime Ziel maximaler Rentabilität
- Reduzierung der Kostenquote + Steigerung der Fallzahlen/-schwere sind jeweils **getrennt zu betrachtender Selbstzweck** betriebswirtschaftlich rationaler Unternehmensführung

2. Aufgabe des Systems kostenorientierter Umlagefinanzierung

- DRG bzw. Regelleistungsvolumen basieren auf dem **Bemessungsprinzip relativer Kosten** und anschließender Verteilung eines gedeckelten Gesamtbudgets
- Konsequenz: Unterschreitung von Sicherheitsstandards oder medizinisch nicht indizierte Eingriffe **schädigen** nicht nur Patienten, sondern auch die **Marktchancen der Mitbewerber !**

Kein Markt ohne Regeln !

Interview mit Andreas Mundt, Präsident des Bundeskartellamtes
(Deutsches Ärzteblatt 2011, A 2754)

„**DÄ:** Die **Befürchtung, dass sich die Anbieter im Gesundheitswesen in der Qualität unterbieten**, um so zu günstigeren Preisen zu gelangen, ist doch nicht von der Hand zu weisen. Eine **Mindestqualität ist unabdingbar.**“

Mundt: Da bin ich ganz Ihrer Meinung. Genau das ist die Aufgabe des Staates, Leitplanken im Sinne von Qualitätsstandards festzuschreiben.“

Zur wettbewerblichen Bedeutung des Arztrechts ausführlich Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65-72 „Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer - Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Verantwortungsgefälle“

Problem 1: Teilweise fehlen inhaltlich **präzise Mindeststandards**,
z.B. zur Notsectiofähigkeit von Geburtskliniken (E-E-Zeit)

Dazu ausführlich Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65-72 „Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer - Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Verantwortungsgefälle“

Problem 2: **Vollzugsdefizit** bestehender Mindeststandards ggü. denjenigen, die maßgeblich über die Rahmenbedingungen ärztlicher Behandlung entscheiden
(bildlich: „**Täter hinter dem Täter**“)

a) **Klinikleitungen** als patientenferne Entscheider

b) **Praxisbetreiber** im Verhältnis insb. zum fahrenden Anästhesisten als „hinzugezogene[r] ärztliche[r] Hilfskraft“, der üblicherweise „keinen nennenswerten Einfluss“ auf die personelle und sachliche Ausstattung der operierenden Praxis hat (OLG Düsseldorf, Urt. v. 19.10.2000 - 8 U 183/99, juris Rn. 27)

Ausführlich Neelmeier, ArztR 2011, 256-264 „Bin ich meines Kollegen Hüter? - Strafbarkeit von Arztpraxisinhabern bei ‚Einkauf‘ von Billig-Anästhesie“

Lindemann (in: AG Medizinrecht im Deutschen Anwaltverein/IMR Düsseldorf (Hrsg.), Brennpunkte des Arztstrafrechts 2012, 9, 21) sieht „eine fatale Tendenz in der Praxis ambulanten Operierens [...], die mit einer adäquaten anästhesiologischen Versorgung verbundenen ‚Kostenfaktoren‘ zu reduzieren, auch wenn dies mit erkennbaren Risiken für Leib und Leben der behandelten Patienten verbunden ist“, am Beispiel AG Limburg a. d. Lahn, Urt. v. 25.03.2011 - 3 Js 7075/08 - 52 Ls, ArztR 2011, 232-239 (= BeckRS 2011, 21303; juris).

Personalmangel und Führungsverantwortung

Landesarbeitsgericht Düsseldorf, Urt. v. 04.11.2005 - 9 Sa 993/05, juris (= ArztR 2006, 297-301)

Unzulässigkeit der isolierten Kündigung einer (erstmalig fahrlässigen) Assistenzärztin, wenn die konkret mitverantwortlichen Chef- bzw. Oberärzte nicht einmal abgemahnt werden.

„Wird weiter berücksichtigt, dass die Klägerin [...] **normalerweise** auf der Station 3 **13 Patienten**, am 02.02. und 03.02.2005 **jedoch 48 Patienten** zu betreuen hatte, für die normalerweise vier Assistenzärzte eingesetzt werden, und dass die auf der Station 3 an den fraglichen Tagen noch tätigen zwei weiteren Stationsärzte zeitweise mit Aufgaben außerhalb der Station 3 befasst waren, erscheint die fristlose Kündigung unverhältnismäßig. Damit ist diese unwirksam.“ (juris Rn. 47)

Qualifikationsmängel als „Kehrseite“ von Personalmangel

Rüge des Bundesgerichtshofes an die Staatsanwaltschaft Bremen

BGH, Urt. v. 29.04.2010 - 5 StR 18/10, NJW 2010, 2595-2599 (= BGHSt 55, 121-138)

Grund: ALLEINIGE Tötungsanklage gegen einen unerfahrenen Arzt, den seine Vorgesetzten für die eigenverantwortliche Durchführung eines schwierigen Eingriffs (BtM-Exkorporation mittels Emetika) eingeteilt hatten.

- Zu Recht sah der BGH ZWAR ein **Übernahmeverschulden** (§ 222 StGB) des überforderten Arztes , der den Eingriff unter Hinweis auf seine Unerfahrenheit hätte ablehnen müssen.
- Der BGH empfahl JEDOCH eine milde Sanktion „[...] vor dem Hintergrund, dass die strafrechtliche Verantwortlichkeit für das [...] Tatgeschehen von **Organisatoren** und anderen Mitwirkenden **mit deutlich höherem Schuldgehalt** greifbar naheliegt.“ (NJW 2010, 2595, 2599)

BGH-Richter Thomas Fischer stellt im wichtigsten strafrechtlichen Praxiskommentar fest:

„Aus **leitenden Funktionen innerhalb der Organisation von Kliniken** - sowohl im medizinischen wie im nichtmedizinischen Bereich (vgl. dazu Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241 ff.) kann sich eine Pflicht zur Vermeidung organisationsbedingter Sorgfaltsverletzungen und damit eine **(Neben-)Täterschaft** ergeben.“

(Fischer, StGB, 59. Aufl. 2012, § 222, Rn.10)

Kudlich/Schulte-Sasse (aaO):

Wenn aber [in der Ermittlungspraxis] ohne Beachtung der **Fahrlässigkeitsdogmatik, die Nebentäter verschiedener Organisationsstufen zwanglos zulässt**, das strafrechtliche Augenmerk nur auf die unmittelbar handelnden Ärzte gerichtet wird, da mit ihrer Verfolgung ein spontan-oberflächliches Bedürfnis nach Verantwortungszuweisung befriedigt ist, offenbart dies nicht nur evident Gerechtigkeitsmängel, sondern ist insbesondere auch generalpräventiv den bedrohten Rechtsgütern der Patienten nicht dienlich, weil eine Verbesserung der schadensanfälligen Organisation dadurch nicht wahrscheinlicher wird.“ (NStZ 2011, 241, 246)

Fahrlässige Tötung/Körperverletzung (§§ 222, 229 StGB)

I. Tatbestand

1. Tod/Körperverletzung eines Patienten durch Handlung des Täters
(bei Garantenstellung iSv § 13 StGB reicht ein Unterlassen)
2. „durch Fahrlässigkeit“ (**Prinzip des Einheitstäters!**)
 - a) **Obj. Sorgfaltspflichtverletzung** → Organisationspflichten
 - b) Obj. Vorhersehbarkeit
3. Obj. Zurechnung
 - a) **Vermeidbarkeit (= Pflichtwidrigkeitszusammenhang)**
 - b) Verantwortungsverlagerung
 - c) Schutzzweck der verletzten Sorgfaltspflicht

II. Rechtswidrigkeit

→ **Patienteneinwilligung** deckt nur **lege artis** Behandlung

Ausführlich Neelmeier, Deutsches Ärzteblatt 2012, (im Erscheinen) „Schädigung in Kauf genommen - Bundesgerichtshof stellt in einem Mordprozess klar, wann Organisationsfehler und verzögerte Patientenrettung vorsätzliche Straftaten darstellen“

III. Schuld

1. Subj. Sorgfaltspflichtverletzung + Vorhersehbarkeit
2. Zumutbarkeit normgemäßen Verhaltens
(vgl. Reichsgericht, Urt. v. 23.03.1897 - 576/97, RGSt 30, 25-28 - „Leinenfänger“)
3. fehlendes Unrechtsbewusstsein grds. unbeachtlich (§ 17 StGB)

Typische **Verdachts**fallgruppen von Organisationsverschulden

Vgl. Übersichten bei Schulte-Sasse, ArztR 2010, 200-208 „Der Täter hinter dem Täter - Persönliche Verantwortung der ‚patientenfernen‘ Entscheider bei der gerichtlichen Würdigung von medizinischen Katastrophen in Zivil- und Strafprozessen“ (202 f.); ders., ArztR 2009, 32-41 „Kostensparen vs. Patientensicherheit: Der Arzt im Spannungsverhältnis zwischen klinischem Alltag und Rechtsprechung“

„Die - im Regelfall **ärztlichen - Gutachter** eines Zivil- oder Strafverfahrens widmen sich **häufig** mit Akribie medizinischen Detailfragen aus ihrem jeweiligen Fachgebiet, ohne aber die Behandlung als Ganze in den Blick zu nehmen. Wer sich als Gutachter aber z.B. zum Facharztstandard in der jeweiligen Behandlungssituation äußert, **ohne sich mit der vorhandenen Personalsituation der Abteilung und den Verantwortlichkeiten für das Personalbudget zu beschäftigen**, verwertet wesentliche Teile des Prozessstoffs nicht.“ Bruns, ArztR 2003, 60-66 „Persönliche Haftung des Krankenhaus-Geschäftsführers für Organisationsfehler?“ (65)

➤ **fachübergreifende Bereitschaftsdienste**

Boemke, NJW 2010, 1562-1566 „Facharztstandard bei fachübergreifendem Bereitschaftsdienst“; Schulte-Sasse/Bruns, ArztR 2006, 116-127 „Fachübergreifender Bereitschaftsdienst - Lebensgefahr als Folge von Kosteneinsparungen“

➤ **fachärztliche Rufbereitschaftssysteme außerhalb der regulären Dienstzeiten, insb. beim Betrieb geburtshilflicher Abteilungen**

Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65-72 „Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer - Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Verantwortungsgefälle“

Typische **Verdachts**fallgruppen von Organisationsverschulden

- **Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliches Personal, z.B. Führung von Anästhesien und Sedierungen durch Pflegepersonal**

Andreas, ArztR 2008, 144-152 „Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal“; Schulte-Sasse/Bruns, ArztR 2007, 116-124 „Sedierung ohne zweiten Arzt - Lebensgefahr für die Patienten“; Schulte-Sasse/Dehong, ArztR 2005, 116-123 „Haftung beim Tod sedierter Patienten“

- **Übertragung von Fachpflegeaufgaben auf unqualifiziertes Personal oder gar Laien, etwa Hypoxie nach postoperativer „Überwachung“ durch Patientenangehörige**

AG Limburg a. d. Lahn, Urt. v. 25.03.2011 - 3 Js 7075/08 - 52 Ls, ArztR 2011, 232-239 mit Anmerkung Neelmeier, ArztR 2011, 256-264

AG Hamburg-Harburg, Urt. v. 02.12.2009 - 627 Ds 7200 Js 75/07 (526/08),
vgl. www.abendblatt.de/hamburg/polizeimeldungen/article1293508/9-Jaehriger-stirbt-nach-OP-Geldstrafe-fuer-Narkoseaerztin.html

- **sehr hohe Taktfrequenzen bei der Behandlung**

Schulte-Sasse, Anästh Intensivmed 2009, 552-563 „Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten“; ähnlich Kienzle, zitiert im Deutschen Ärzteblatt (2012, A 391 und 2011, A 836)

AG Limburg, aaO: OP-Pläne „zeitlich sehr knapp gehalten“

AG HH-Harburg, aaO: pro Tag „in kurzen Abständen ca. 12-15 Operationen durchgeführt“ (1 OP-Tisch)

Typische **Verdachts**fallgruppen von Organisationsverschulden

➤ nosokomiale Infektionen

aufgeheizte Öffentlichkeit und z.T. unberechtigte Anzeigen

Erste **Allokation von Ermittlungsressourcen** mit oberflächlicher, aber evidenzbasierter Fallanalyse
nötig: Ansatzpunkt **Personalausstattung der betroffenen Station**

Korrelation zwischen Personalschlüssel pro Patient und Infektionsausbrüchen in der Literatur belegt

Mit weiteren Nachweisen Schulte-Sasse, Die Schwester/Der Pfleger 2011, 60-62 „Krankenhausinfektionen - Wenn zu wenige Hände zu viele Kranke versorgen“; ders., Krankenhaushygiene up2date 2010, 277-289 „Risiko für nosokomiale Infektionen: voll zu beherrschen? Nosokomiale Infektionen als Folge von (Hygiene-)Fehlern patientenferner Entscheider“

➤ fehlerhafte Erstversorgung (mangels personeller/apparativer Notfallvorsorge)

AG Limburg: „In diesem Moment war zur Überzeugung des Gerichts das ‚Chaos‘ in der Praxis ausgebrochen mit einer vom Tod bedrohten Celine und einer in Vollnarkose liegenden N.W.“ (ArztR 2011, 232, 237)

➤ verzögerter Notruf, um nicht Kollegen eigene Fehler offenbaren zu müssen

BGH, Urt. v. 07.07.2011 - 5 StR 561/10, NJW 2011, 2895-2898 (= BGHSt 56, 277-289) mit Anmerkungen Kudlich, NJW 2011, 2856-2858; Sternberg-Lieben/Reichmann, MedR 2012, 97-101; Neelmeier, Deutsches Ärzteblatt 2012 (im Erscheinen)

Kausalität der Organisationspflichtverletzung (=Pflichtwidrigkeitszusammenhang=Vermeidbarkeit)

→ wichtig bei Unterlassungs- und vor allem bei Fahrlässigkeitsstrafbarkeit

→ vorsätzliche Körperverletzung/Tötung ist auch bei nur vorgestellter Kausalität strafbar (sog. untauglicher Versuch, vgl. BGH, Urt. v. 07.07.2011 - 5 StR 561/10)

Beispiel „MAfA-Fall“

AG Erfurt, Strafbefehl v. 02.02.2010 - 46 Cs 102 Js 27948/06 sowie Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Erfurt vom 20.01.2010

vgl. Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241-247 „‘Täter hinter den Tätern‘ in deutschen Krankenhäusern? Strafbarkeit von ‚patientenfernen‘ Entscheidern in Gesundheitseinrichtungen bei organisationsbedingten Patientenschäden“ (245)

Zum Sachverhalt: Thüringer Allgemeine (24.02.2010), Nach missglückter Operation bekam Narkose-Oberarzt in Erfurt Strafbefehl, <http://erfurt.thueringer-allgemeine.de/web/lokal/leben/detail/-/specific/Nach-missglueckter-Operation-bekam-Narkose-Oberarzt-in-Erfurt-Strafbefehl-1980043872> (abgerufen am 19.04.2012)

Kausalität der Organisationspflichtverletzung

MAfA-Vorwurf gegen Klinikleitung

Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Erfurt vom 20.01.2010:

„Zweifelsohne ist vorliegend gut nachvollziehbar, dass der **auf Leitungsebene der Klinik** seinerzeit **befürwortete** und auch erfolgte **Einsatz** eines Medizinischen Assistenten für Anästhesie bei der Betreuung von Narkosen im Hinblick auf den einem Patienten zuzubilligenden Facharztstandard ärztlicherseits sehr umstritten ist, und auch **im vorliegenden Verfahren gut geeignet war, den Vorwurf eines strafrechtlich relevanten Handelns** gegen die insoweit Verantwortlichen **zu erheben**.

Voraussetzung für eine Strafbarkeit wäre jedoch, dass der Beschuldigte S. als **MAfA** vorliegend pflichtwidrig die durchgeführte Hypotension **allein und eigenverantwortlich** - ohne Hinzuziehung des Mitbeschuldigten [Anästhesie-Oberarztes] Dr. H. - eingeleitet und überwacht hätte und hierbei durch eine fehlerhafte Medikamentengabe und mangelhafte Überwachung des Patienten die schwerwiegenden **Folgen verursacht hätte**. Wie bereits oben dargelegt, war dies indes nicht der Fall, den Beschuldigten S. trifft nach dem Ergebnis der Ermittlungen insoweit kein Verschulden.“

Kausalität der Organisationspflichtverletzung

Oberarzt überschätzt sich - sogar ex post !?

Einstellungsverfügung der Staatsanwaltschaft Erfurt vom 20.01.2010:

„Unstreitig ist, dass der Mitbeschuldigte Dr. H. als Oberarzt seinerzeit **gleichzeitig für drei OP-Säle** zuständig war, in denen durchgehend Operationen stattgefunden haben. Zudem war bei der hier in Rede stehenden OP lediglich ein MAFa eingesetzt, der einer ganz besonderen Aufsicht durch den Mitbeschuldigten Dr. H. bedurfte; in den übrigen Sälen waren Ärzte mit teilweise noch wenig praktischen Erfahrungen im Bereich der Anästhesie tätig. Berücksichtigt man diese Umstände, bedarf es sicherlich auch hier der genauen Prüfung, ob vorliegend eine **patientengefährdende personelle Fehlbesetzung**, verbunden mit **fehlender Facharztkapazität** ursächlich für die schwerwiegenden Folgen bei dem Patienten Hoffmann gewesen ist.

Ein solcher **Kausalzusammenhang** lässt sich [...] jedoch **nicht** [...] **nachweisen**. [Es konnten keine] Feststellungen dahingehend getroffen werden, dass die hier relevanten Pflichtwidrigkeiten des Mitbeschuldigten Dr. H. auf die sicherlich kritisch zu sehende personelle Besetzung an diesem Tag im OP-Bereich zurückzuführen sind. Insbesondere hat in diesem Zusammenhang selbst der **Mitbeschuldigte Dr. H. nicht geäußert, dass er unter einem unüberwindbaren Zeitdruck gestanden hätte**, der eine pflichtgemäße Durchführung der kontrollierten Hypotension erschwert oder unmöglich gemacht hätte. [...] **Auch kann nicht unberücksichtigt bleiben, dass der Mitbeschuldigte Dr. H. - so ein Zeitmangel bestanden hätte - verpflichtet gewesen wäre**, die von der Oberärztin Dr. Ho. erbetene kontrollierte Hypotension mit dem erforderlichen hohen Überwachungsaufwand **abzulehnen**, zumal diese nicht zwingend medizinisch indiziert gewesen ist.“

(Schwere) Körperverletzung (mit Todesfolge) (§§ 223, 224, 226, 227 StGB)

I. Tatbestand

1. Objektiv

a) Zurechenbare Körperverletzung durch Handlung/Unterlassen des Täters

b) § 224 I Nr. 1, 2, 5: gesundheitsschädl. Stoffe/gefährl. Werkzeug/das Leben gef. Behandlung

2. Subjektiv → **Vorsatz** bzgl. a) + b)

Körperverletzung **für möglich halten UND** in der konkreten Situation billigen
oder **sich** um des erstrebten Ziels willen **damit abfinden**

(↔ Fahrlässigkeit bei berechtigtem Vertrauen auf Ausbleiben des Erfolges)

II. Rechtswidrigkeit + Schuld

III. Siechtum o.ä./Tod des Patienten

*IV. **Verwirklichung der typischen Gefahr** der Körperverletzungshandlung (h.M.)*

*V. „wenigstens Fahrlässigkeit“ gem. § 18 StGB: **Obj. + Subj. Vorhersehbarkeit** von Siechtum/Tod (Sorgfaltspflichtverletzung bereits durch Körperverletzung, h.M.)*

Zivilrechtliche Haftung

- Anspruchskonkurrenz zwischen **vertraglicher** und **deliktischer** Haftung
- Unterscheidung der Anspruchsgrundlagen praktisch wenig bedeutsam
(Ausnahme: §§ 278, 831 BGB)
- Patient muss „nur“ darlegen und beweisen:
 - erlittener Schaden
 - **kausal** beruhend auf
 - **Behandlungsfehler (lege-artis Verstoß)**
 - Verschulden (Vorsatz oder Fahrlässigkeit, vgl. §§ 276, 823 BGB)