

Fachübergreifende Bereitschaftsdienste nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig

Urteil des Landgerichts Augsburg vom 30.9.2004 - 3 Kls 400 Js 109903/01 -

Krankenhausträger drängen ihre Chefärzte vermehrt dazu, fachübergreifende Bereitschaftsdienste einzurichten, um Personalkosten zu sparen. Das nachfolgend ausführlich abgedruckte Urteil des Landgerichts Augsburg zeigt anschaulich, mit welchen Ge-

fahren es für den Patienten verbunden ist, wenn beispielsweise ein Internist die postoperativen Komplikationen einer Schilddrüsenoperation nicht rechtzeitig erkennt. Das Landgericht zeigt die engen Grenzen auf, innerhalb derer der zu einer Geldstrafe verurteilte Chefarzt einen fachübergreifenden Bereit-

schaftsdienst nur hätte zulassen dürfen. Schulte-Sasse wird sich in einem späteren Beitrag damit auseinandersetzen, ob die Vorstellungen des Landgerichts, in welchen Fällen ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst zulässig sein kann, den Kriterien des Risk-Managements wirklich standhalten. Es ist be-

merkwürdig, dass im vorliegenden Fall der für die Organisation zuständige, am Schandtag jedoch abwesende Chefarzt angeklagt und verurteilt wurde. Der Geschäftsführer, auf dessen Betreiben der fachübergreifende Bereitschaftsdienst eingerichtet worden war, wurde dagegen nicht belangt.

Aus den Gründen:

I. Vorspann

Der Angeklagte – Chefarzt der chirurgischen Abteilung – wurde wegen eines Sorgfaltspflichtverstoßes bei der Organisation der postoperativen ärztlichen Versorgung frisch operierter Schilddrüsenpatienten verurteilt: Im Anschluss an eine in seinem Zuständigkeitsbereich durchgeführte Schilddrüsenoperation erlitt die Patientin infolge einer Nachblutung in den Hals und einer dadurch ausgelösten Kompression der Luftröhre einen hypoxischen Hirnschaden. **Das Bestehen dieser Nachblutung wurde vom diensthabenden Bereitschaftsarzt Dr. B., einem Assistenzarzt der internistischen Abteilung, der im Rahmen fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes auch für die Betreuung von Patienten auf der chirurgischen Station zuständig war, nicht rechtzeitig erkannt.** Für den Angeklagten wäre voraussehbar gewesen, dass ein fachfremder Arzt die vorhandene Gefahrensituation unter Umständen wie den hier gegebenen verkennet. Der Angeklagte hätte dafür zu sorgen gehabt, dass eine der-

artige Komplikation rechtzeitig erkannt wird. Organisatorische Maßnahmen hierfür wären trotz Bestehens eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes möglich gewesen. Ihre Anordnung durch den Angeklagten hätte verhindert, dass es bei der Patientin zu der eingetretenen Hirnschädigung kommt.

Das Verfahren gegen den mitangeklagten Bereitschaftsarzt Dr. B. wurde gemäß § 153a StPO eingestellt.

II. Persönliche Verhältnisse

Der Angeklagte Dr. A. wurde mit Wirkung vom 1.10.1987 zum Chefarzt der damals neu errichteten chirurgischen Abteilung des Krankenhauses K. ernannt. Diese Position hatte er bis zu seiner regulären Ruhestandsversetzung am 30.9.2004 inne.

Der Angeklagte ist verheiratet, er hat zwei erwachsene Kinder. Seine finanziellen Verhältnisse sind geordnet. Der Angeklagte ist nicht vorbestraft.

III. Festgestellter Sachverhalt

Am 24.3.2000 unterzog sich die seinerzeit 64-jährige Patientin einer Kropfoperation.

Der Eingriff war wegen einer Schilddrüsenüberfunktion medizinisch veranlasst. Die Patientin hatte jedoch bis zum Vortag das blutgerinnungshemmende Präparat ASS 100 eingenommen, das spätestens eine Woche vor der Operation hätte abgesetzt werden müssen. Die Durchführung der Operation an jenem Tag war deshalb kontraindiziert; der Eingriff hätte auch ohne weiteres gefahrlos einige Wochen aufgeschoben werden können. Die Information über die Einnahme des Medikaments gelangte jedoch nicht an die beiden operierenden Chirurgen Dr. D. und Oberarzt Dr. E., obwohl die Anästhesistin Dr. F. nach einer entsprechenden Befragung der Patientin am Abend zuvor auf einem Prämedikationsbogen mit rotem Stift einen entsprechenden Hinweis für ihren für die Operation eingeteilten Kollegen Dr. G.angebracht hatte, und obwohl darüber hinaus auch für die chirurgische Abteilung eine gesonderte Erhebung der Prämedikation in einem mehrseitigen Aufklärungsbogen vorgesehen war, die jedoch unterblieb.

Der daraufhin zwischen 8.30 und 10.30 Uhr durchgeführte Eingriff, bei dem der Patientin beidseitig eine gutartige Geschwulst an der Schilddrüse entfernt wurde, verlief ohne

Auffälligkeiten. Vor dem Verschluss der Operationswunde legten die beiden operierenden Chirurgen zwei Drainageschläuche in das Wundgebiet ein, die durch die Haut nach außen mit jeweils einer Saugflasche (sog. Redonflaschen) verbunden wurden, um bei Nachblutungen Wundsekrete und größere Blutmengen abzuleiten. Gegen 10.40 Uhr wurde die Patientin in den Aufwachraum der Intensivstation aufgenommen. Bei einer Visite dort um 14.30 Uhr stellte Oberarzt Dr. E. keine Besonderheiten fest. Kurz vor 16 Uhr wurde die Patientin dann auf die chirurgische Station verlegt. Um 17 Uhr wechselte die zuständige Krankenschwester erstmals die linke Redonflasche (Füllinhalt: 200 ml) aus, nachdem sich darin bis zu jenem Zeitpunkt bereits 150 ml Blut gesammelt hatte. Dies teilte sie Oberarzt Dr. E. bei dessen nochmaliger Visite gegen 18 Uhr, bei der dieser die Patientin wach, ansprechbar und ohne Beschwerden erlebte, jedoch nicht mit. Um 19.10 Uhr wechselte eine Schwester erneut die linke Redonflasche, nachdem diese zum zweiten Mal fast vollständig mit Blut vollgelaufen war, und dokumentierte dies – anders noch als den ersten Saugflaschenwechsel um 17 Uhr – in den Patientenunterlagen.

Nachdem jene dritte Redonflasche links bereits gegen 19.30 Uhr erneut gewechselt werden musste, verständigte die Schwester den diensthabenden Bereitschaftsarzt, den Mitangeklagten Dr. B. **Dieser ist Assistenzarzt der internistischen Abteilung und war an jenem Abend im Rahmen des seinerzeit fachübergreifend organisierten Bereitschaftsdienstes am Krankenhaus auch für die postoperative ärztliche Nachsorge von Patienten auf der chirurgischen Station zuständig.** Als Dr. B. kurz darauf bei der Patientin eintraf, war die erst Minuten zuvor gewechselte linke Redonflasche erneut zur Hälfte mit Blut gefüllt. Insgesamt waren zu jener Zeit objektiv bereits mehr als 600 ml

Blut über die Drainagen abgeflossen. Subjektiv nahm Dr. B. zwar aufgrund eines Missverständnisses mit der Schwester an, die linke Redonflasche sei erst zweimal gewechselt worden, ging jedoch seinerseits ebenfalls von mindestens 500 ml Blutverlust aus. Auch unter Zugrundelegung dieser Menge wäre erkennbar gewesen, dass bei der Patientin eine akute Nachblutung aus dem Wundbereich bestand und somit die Gefahr einer Kompression der Luftröhre und einer daraus resultierenden Sauerstoffunterversorgung ihres Gehirns innerhalb kürzester Zeit gegeben war; dies galt um so mehr, als sich aus den Aufzeichnungen der Schwester ein verstärkter Blutfluss zwischen 19.10 und 19.30 ergab. **Bedingt durch mangelnde Kenntnisse auf dem für ihn als Internisten fachfremden Gebiet postoperativer Komplikationen nach einer Schilddrüsenoperation** erkannte Dr. B. jedoch nicht, dass allein schon ein Blutverlust von 500 ml ausreichender Anhaltspunkt für das Bestehen einer akuten Nachblutung war. Vielmehr folgerte er aus dem Umstand, dass die Drainageschläuche während seiner Anwesenheit kein Blut mehr transportierten und die Patientin weder über Druckgefühl im Hals klagte, noch ihre Halsweichteile geschwollen waren, dass die Blutung gestillt sei und für die Patientin deshalb keine Gefahr bestehe. Dr. B. legte einen zusätzlichen venösen Zugang, führte der Patientin per Infusion das Blutersatzmittel HES zu und ordnete im Übrigen an, sie zu beobachten und ihm etwaige weitere Wechsel der Redonflaschen mitzuteilen. Nachdem er etwa 10 bis 15 Minuten bei der Patientin verbracht hatte, ging er zurück auf sein Dienstzimmer. Stattdessen hätte er schon um 19.30 Uhr den chirurgischen Hintergrunddienst in Rufbereitschaft daheim verständigen müssen. Der insoweit an jenem Tag zuständige Oberarzt hätte bereits am Telefon geeignete Vorkehrungen ge-

gen eine durch gestautes Blut im Hals ausgelöste Kompression der Luftröhre getroffen: Er hätte angeordnet, die Patientin auf die Intensivstation zurückzuverlegen und dort ihre Luftröhre intubieren zu lassen, um diese zu sichern. Sodann wäre er binnen 15 Minuten vor Ort erschienen und hätte eine Revisionsoperation eingeleitet, im Rahmen derer die Blutung ohne weitere Gefahren für die Patientin gestillt worden wäre.

Etwa 5 bis 10 Minuten nachdem Dr. B. die Patientin verlassen hatte, rief die Schwester ihn erneut an und teilte mit, dass sie abermals die linke Redonflasche habe wechseln müssen; sie stellte dabei klar, dass es sich bereits um den insgesamt vierten Wechsel gehandelt habe. Außerdem berichtete sie Dr. B. über leichte Atemnot der Patientin. Dieser sah jedoch weiterhin kein unmittelbares Eilbedürfnis. Er ordnete telefonisch an, der Patientin Sauerstoff über eine Nasensonde zuzuführen, stellte daraufhin noch einen Ambulanzbrief fertig und begab sich dann ein bis zwei Minuten später auf den Weg zur Patientin. Kurz darauf wurde er bereits per Notfallpiepser zu ihrem Bett gerufen. Als er bei der Patientin eintraf, war ihr Hals infolge der Nachblutung deutlich geschwollen. Die Patientin saß mit blau angelegtem Gesicht und geweiteten Pupillen in verkrampfter Haltung nach vorn gebeugt, rang nach Luft und war bereits dem Ersticken nah, weil die bestehende Nachblutung zwischenzeitlich massiv zugenommen hatte und infolgedessen im Halsbereich gestautes Blut ihre Luftröhre zusammendrückte.

Da Dr. B. nunmehr die Gefahr einer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns der Patientin erkannte, entschied er sich wenige Minuten vor 20 Uhr, die Patientin selbst zu intubieren. Danach prüfte er die richtige Lage des Tubus durch Abhorchen über beiden Lungenflügeln und dem Magen. Unmittelbar anschließend ließ er die Patientin auf die Intensiv-

station bringen. Die dort zu jener Zeit diensthabende Anästhesistin prüfte um 20.01 Uhr die richtige Tubuslage. Dabei stellte sie fest, dass der Tubus sich in der Speiseröhre statt in der Luftröhre befand, zog ihn deshalb heraus und intubierte anschließend nochmals tracheal. Ob der zuvor von Dr. B. gelegte Tubus bereits anfänglich falsch gelegen war, oder er zwar zunächst richtig intubiert hatte, der Tubus dann jedoch – möglicherweise sogar trotz ordnungsgemäßer Befestigung – auf dem Weg in die Intensivstation aus der Luftröhre herausgerutscht und dann in die Speiseröhre geraten war, lässt sich nicht mehr feststellen.

Um 20.02 Uhr trat bei der Patientin Herzstillstand ein. Aufgrund eingeleiteter Reanimationsmaßnahmen begann ihr Herz um 20.26 Uhr wieder zu schlagen. Etwa um 20.15 Uhr war der chirurgische Oberarzt zu Hause vom Zustand der Patientin verständigt worden. Nach seinem Eintreffen im Krankenhaus wurde die Patientin zwischen 20.45 und 20.50 in den Operationssaal transportiert. Anschließend führte er die Revisionsoperation durch. Als Ursache des vorangegangenen Blutverlustes ergab sich dabei eine Blutung aus einem arteriellen Gefäß im Schilddrüsenbett, der so genannten arteria thyroidea superior. Begünstigt wurde diese Blutung mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Wirkung des Präparats ASS 100, das die Blutplättchengerinnung hemmt und dadurch die Blutungsneigung erhöht.

Da das Gehirn der Patientin durch Kompression ihrer Luftröhre über längere Zeit ohne Sauerstoff war, erlitt die Patientin einen hypoxischen Hirnschaden. Sie befindet sich seither in einem dauerhaften Wachkoma. Die Patientin kann sich weder bewegen noch in irgendeiner Form mit der Außenwelt kommunizieren. Es besteht keine Aussicht auf Besserung ihres Zustands.

Der Angeklagte Dr. A. hätte als

chirurgischer Chefarzt erkennen können, dass bei dem Internisten Dr. B. mangels ausreichender Kenntnisse auf dem für ihn fachfremden Gebiet postoperativer Komplikationen nach einer Schilddrüsenoperation ein gegenüber Chirurgen und Intensivmedizinern gesteigertes Risiko gegeben war, das Bestehen einer Nachblutung unter Umständen wie den hier gegebenen zu verkennen. Dr. B. hatte zwar zwischen August 1990 und September 1992 - ganz überwiegend in seiner Zeit als Arzt im Praktikum - Erfahrungen auf chirurgischem Gebiet gesammelt, schwerpunktmäßig allerdings im Bereich der Unfall- und der Bauchchirurgie; mit den postoperativen Komplikationen nach Schilddrüsenoperationen war er aber weder in jener Zeit noch später im Rahmen fachübergreifender Bereitschaftsdienste, die er seit Oktober 1992 wahrnahm, jemals in Berührung gekommen.

Bei pflichtgemäßer Sorgfalt hätte der Angeklagte die postoperative ärztliche Versorgung von Schilddrüsenpatienten durch entsprechende organisatorische Maßnahmen so gestalten müssen, dass die bestehende Nachblutung bei der Patientin rechtzeitig erkannt worden wäre. Im Hinblick auf die Existenz eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes hätte er ...

- ▲ entweder anordnen müssen, dass Schilddrüsenpatienten innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Operation auf der Intensivstation verbleiben,
- ▲ derartige Eingriffe, von denen jährlich 40 bis 50 an dem Krankenhaus stattfinden und die zeitlichen Aufschub dulden, nur an Tagen durchgeführt werden, an denen ein Chirurg Bereitschaftsdienst hat
- ▲ oder dafür sorgen müssen, dass fachfremde Bereitschaftsärzte in geeigneter Form darin un-

terwiesen werden, das Bestehen solcher Nachblutungen zu erkennen.

Hätte der Angeklagte Dr. A. eine dieser Maßnahmen getroffen, wäre es mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht zu dem Hirnschaden der Patientin gekommen: Auf der Intensivstation des Krankenhauses wäre die Patientin wesentlich engmaschiger betreut worden; insbesondere hätte dort rund um die Uhr eine Anästhesistin zur Verfügung gestanden, die die Situation aufgrund ihrer intensivmedizinischen Erfahrung richtig eingeschätzt und die drohende Kompression der Luftröhre rechtzeitig durch Intubation abgewendet hätte. Ein Chirurg hätte die bestehende Gefahr durch die Nachblutung ebenfalls bereits um 19.30 Uhr erkannt, die Patientin daraufhin auf die Intensivstation zurückverlegen und dort ihre Luftröhre intubieren lassen; anschließend hätte er eine Revisionsoperation eingeleitet. Genau jene Maßnahmen wären auch dann rechtzeitig veranlasst worden, wenn Dr. B. durch geeignete Fortbildung darin geschult gewesen wäre, bestehende Nachblutungen nach Schilddrüsenoperationen richtig wahrzunehmen. Er hätte dann um 19.30 Uhr den chirurgischen Hintergrunddienst in Rufbereitschaft daheim verständigt, der bereits am Telefon die genannten Vorkehrungen gegen eine Kompression der Luftröhre getroffen hätte, sodass durch die anfahrtbedingte Zwischenzeit bis zur Einleitung der Revisionsoperation kein Schaden entstanden wäre.

Die Staatsanwaltschaft bejaht das besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung.

Das Verfahren gegen den Mitangeklagten Dr. B. wurde durch gemeinsam mit dem Urteil verkündeten Beschluss gemäß § 153a Abs. 2 StPO gegen Zahlung einer Geldauflage eingestellt.

IV. Beweiswürdigung

Die Feststellungen zu den persönlichen Verhältnissen des Angeklagten beruhen auf dessen eigenen Angaben in der Hauptverhandlung sowie auf dem verlesenen Bundeszentralregisterauszug.

Der festgestellte Sachverhalt ist das Ergebnis der Hauptverhandlung.

1) Einlassung des Angeklagten Dr. A.

Der Angeklagte Dr. A. gab an, einige Wochen vor dem Eingriff ein erstes präoperatives Gespräch mit der Patientin geführt zu haben. Er habe die Patientin dabei – wie üblich – danach befragt, welche Medikamente sie einnehme. Ob diese angegeben habe, ASS 100 einzunehmen, wisse er nicht mehr, gegebenenfalls hätte er sie aber darauf hingewiesen, dass jenes Präparat spätestens eine Woche vor dem Eingriff abgesetzt werden müsse. Am Tag der stationären Aufnahme der Patientin, dem 23.3.2000, sei er selbst nicht im Krankenhaus anwesend gewesen, ebensowenig am Tag der Operation; zu jener Zeit habe er sich auf einer Fortbildungstagung befunden. In die Entscheidung, ob die Operation an jenem Tag stattfinde, sei er insofern nicht eingebunden gewesen. Er habe deshalb auch nicht gewusst, dass die Patientin bis zum Vortag ASS eingenommen habe. Aufgrund dieses Umstands hätte die Operation aus seiner Sicht zum fraglichen Zeitpunkt nicht stattfinden dürfen. Wie es dazu kommen konnte, dass diese Kontraindikation übersehen wurde, könne er sich nicht erklären. Nach seiner Einschätzung habe sich dieser Umstand im vorliegenden Fall jedoch nicht ausgewirkt.

Zu der Hirnschädigung der Patientin sei es aus seiner Sicht deshalb gekommen, weil Dr. B. den in Rufbereitschaft befindlichen chirurgischen Hintergrunddienst nicht rechtzeitig verständigt habe. Er – Dr. A. – sei sich jedoch keiner Versäumnisse bei

der Organisation der postoperativen ärztlichen Versorgung der Patientin bewusst. Der fachübergreifende Bereitschaftsdienst sei aus seiner Sicht unbedenklich, zumal es eine mündliche Dienstanweisung gegeben habe, wonach die Bereitschaftsärzte gehalten waren, schon bei geringsten Anzeichen für Komplikationen auf fachfremdem Gebiet den jeweiligen Hintergrunddienst zu verständigen. Auch als Internist hätte Dr. B. die bestehende Nachblutung anhand der Blutmenge in den Redonflaschen erkennen und sogleich den Hintergrunddienst in Person des Oberarztes anrufen müssen. Dies gelte um so mehr, als Dr. B. – wenn auch bereits länger zurückliegend – zwei Jahre auf einer chirurgischen Station tätig gewesen sei. Bei Neueinstellungen habe man im Hinblick auf den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst darauf geachtet, dass die Bewerber für eine Tätigkeit auf der internistischen Station auch über Erfahrungen auf chirurgischem Gebiet verfügten und umgekehrt; ein entsprechendes Anforderungsprofil sei bereits in den Stellenausschreibungen zugrunde gelegt worden. Dr. B. habe im Übrigen bereits seit fast acht Jahren beanstandungsfrei fachübergreifende Bereitschaftsdienste wahrgenommen; er sei ein qualifizierter und sorgfältiger Kollege. Zu einer entsprechenden Komplikation nach einer Schilddrüsenoperation sei es allerdings zuvor am Krankenhaus noch nie gekommen.

Für bedenklich habe Dr. A. den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst nicht unter fachlichen, sondern nur unter tarifrechtlichen Gesichtspunkten gehalten, da bei den eingebundenen Ärzten zu viele Überstunden angefallen seien. Unter diesem Gesichtspunkt habe er gemeinsam mit den Chefärzten anderer Abteilungen gegenüber der Geschäftsführung des Krankenhauses mehrfach erfolglos auf die Einführung paralleler Bereitschaftsdienste gedrungen.

Nach dem vorliegenden Fall, der ihn persönlich tief betroffen gemacht und längere Zeit beschäftigt habe, sei man dazu übergegangen, Schilddrüsenpatienten in den ersten 24 Stunden nach dem Eingriff auf der Intensivstation zu belassen.

2) Einlassung des Angeklagten Dr. B.

Der Angeklagte Dr. B. schilderte sein Handeln nach Verständigung durch die Schwester um 19.30 Uhr wie unter III. wiedergegeben. Während seines ersten Besuchs bei der Patientin sei er sich wegen des Stillstands der Drainagen und des unauffälligen klinischen Eindrucks von der Patientin subjektiv vollkommen sicher gewesen, dass die Blutung gestillt sei und insofern keinerlei Gefahr bestehe. Er habe nicht im Entferntesten daran gedacht, den chirurgischen Hintergrunddienst einzuschalten. Erst als er kurz vor 20 Uhr nach Alarmierung durch den Notfallpiepser zum zweiten Mal bei ihr war, habe er aufgrund des zu jener Zeit deutlich geschwollenen Halses und ihres blau angelauten Gesichts die Erstickungsgefahr erkannt und deswegen eine Intubation unternommen.

Dienstanweisungen an die internistischen Bereitschaftsärzte für die Versorgung chirurgischer Patienten habe es nicht gegeben, insbesondere die von Dr. A. behauptete mündliche Dienstanweisung sei ihm nicht bekannt.

Die Ausführungen unter III zu den vorangegangenen Erfahrungen von Dr. B. auf dem Gebiet der Chirurgie, insbesondere dazu, dass er zuvor nie mit postoperativen Komplikationen nach Schilddrüsenoperationen zu tun hatte, beruhen ebenfalls auf seiner eigenen Einlassung.

3) Ergebnis der Beweisaufnahme

a) Die Feststellung, dass Auslöser des hypoxischen Hirnschadens der Patientin eine Nachblutung aus der arteria thyroidea superior in den Hals war, beruht auf den Angaben des

sachverständigen Zeugen Dr. Z. zum Ergebnis der Revisionsoperation. Sie stehen in Einklang mit den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Prof. S.

b) Dass das Bestehen dieser Nachblutung bereits bei der Hinzuziehung von Dr. B. um 19.30 objektiv erkennbar gewesen wäre, dieser jedoch als Internist mit der richtigen Einschätzung der Lage mangels ausreichender Kenntnisse auf dem für ihn fachfremden Gebiet postoperativer Komplikationen nach einer Schilddrüsenoperation überfordert war und der Angeklagte Dr. A. hätte voraussehen können, dass jenes Qualifikationsdefizit des Bereitschaftsarztes zu den hier eingetretenen Folgen führt, ergibt sich aus der sachverständigen Bewertung durch den chirurgischen Gutachter Prof. S. Dieser hat zur vollen Überzeugung des Gerichts ausgeführt, dass ein Chirurg bei einem Blutverlust von 500 ml ohne weiteres „Großalarm“ ausgelöst hätte. Weil der Halsbereich aus einer Vielzahl von kleineren Kompartimenten bestehe, in denen sich Blut sammeln und innerhalb von wenigen Minuten die Luftröhre komprimieren kann, hätte bei einem Blutfluss dieses Umfangs bereits um 19.30 Uhr die sofortige Rückverlegung der Patientin auf die Intensivstation und eine sofortige Intubation veranlasst werden müssen. Dass Dr. B. die Patientin stattdessen zunächst auf weitere klinische Anzeichen für eine Nachblutung untersucht habe, sei von seinem fachfremden Horizont aus nachvollziehbar. Diese Reaktion zeige jedoch, dass er sich der besonderen Dynamik einer solchen Nachblutung als Internist nicht bewusst gewesen sei. Begründet sei dies in mangelnden fachspezifisch-chirurgischen Kenntnissen über diese postoperative Komplikation bzw. darin, dass er als **fachfremder Arzt** nicht ausreichend darin unterwiesen worden sei, vorhandene Anzeichen für das Bestehen einer solchen Nachblutung richtig

zu bewerten. Dass die Drainagen während seines ersten Aufenthalts bei der Patientin zwischen 19.30 Uhr und 19.45 kein Blut mehr transportierten, sei – anders als von Dr. B. angenommen – gerade kein Grund zu der Annahme gewesen, dass keine akute Nachblutung mehr bestehe. Für einen Chirurgen wäre dies vielmehr insbesondere in Verbindung mit dem Umstand, dass allein zwischen 19.10 und 19.30 Uhr eine ganze Redonflasche mit Blut voll gelaufen war (wie aus den Aufzeichnungen der Schwester in den Behandlungsunterlagen ersichtlich), eher ein zusätzliches Alarmsignal gewesen, das darauf habe schließen lassen, dass entweder eine vorübergehende Verstopfung der Drainage vorgelegen habe oder – wahrscheinlicher – das Blut an den Drainagen vorbei über das Mediastinum in Richtung Herz abfließe. Es sei jedoch nachvollziehbar, dass ein mit den Besonderheiten dieser postoperativen Komplikation nicht vertrauter Internist insofern falsche Schlüsse ziehe, da die Blutung in gewisser Weise verschleiert gewesen sei. **Dass ein fachfremder Arzt das Bestehen einer solchen Blutung unter Bedingungen wie den hier gegebenen erkennt, wenn er für die richtige Bewertung vorhandener Anzeichen nicht in geeigneter Weise geschult worden ist, sei absehbar gewesen, da dafür fachspezifische Kenntnisse erforderlich gewesen wären, die über das bei jedem approbierten Arzt vorauszusetzende allgemeinmedizinische Wissen hinausgehen.**

c) Für die Kammer besteht auch kein Zweifel daran, dass geeignete Maßnahmen für eine adäquate postoperative Nachsorge von Schilddrüsenpatienten unter den seinerzeitigen Rahmenbedingungen des Krankenhauses trotz seines damals fachübergreifenden Bereitschaftsdienst möglich gewesen wären und die Hirnschädigung der Patientin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeblieben wäre, wenn der An-

geklagte Dr. A. eine der unter III. geschilderten Handlungsalternativen umgesetzt hätte. Schon aus seiner eigenen Einlassung ergibt sich, dass die Patientin auf der Intensivstation wesentlich engmaschiger überwacht worden wäre; insbesondere die dort nach seinen Angaben rund um die Uhr bestehende anästhesiologische Versorgung hätte nach den Ausführungen der beiden Gutachter, denen sich das Gericht auch insoweit anschließt, sichergestellt, dass die bestehende Nachblutung rechtzeitig erkannt und eine Kompression der Luftröhre durch fachgerechte Intubation innerhalb kürzester Zeit abgewendet worden wäre. Aus den Ausführungen Prof. S. ergibt sich, dass die bestehende Nachblutung aber auch auf der Normalstation rechtzeitig erkannt worden wäre, wenn ein Chirurg die postoperative Nachsorge innegehabt hätte. Dies hätte Dr. A. unabhängig von der offenbar fehlenden Bereitschaft der Geschäftsführung, parallele Bereitschaftsdienste einzuführen, durch eine Anordnung erreichen können, wonach entsprechende Eingriffe nur an Tagen durchgeführt werden, an denen ein Chirurg Bereitschaft hat. Denn nach den Angaben der Sachverständigen handelt es sich um eine elektive Operation, also um einen Eingriff, der zeitlichen Aufschub duldet. Dass es zu dem Hirnschaden der Patientin hier auch unter Dr. B. nicht gekommen wäre, wenn der Angeklagte Dr. A. dafür gesorgt hätte, die fachfremden Bereitschaftsarzte in geeigneter Form darin zu unterweisen, vorhandene Anzeichen für das Bestehen derartiger Nachblutungen richtig zu bewerten, folgt ebenfalls aus der überzeugenden sachverständigen Darstellung Prof. S. Einem in der speziellen Problematik geschulten Internisten hätte die postoperative Betreuung der Patientin danach durchaus übertragen werden können. Dr. B. hätte dann die Blutmenge in den Redonflaschen richtig einge-

schätzt und sie allein schon zum Anlass genommen, den Hintergrunddienst zu verständigen. Dass dieser bereits am Telefon die erforderlichen Maßnahmen zur Verhinderung einer Kompression der Luftröhre angeordnet hätte und sodann binnen 15 Minuten vor Ort gewesen wäre, um eine Revisionsoperation einzuleiten, ergibt sich aus dessen Zeugenaussage.

d) Die Kammer ist – ungeachtet der strafrechtlichen Relevanz dieser Frage (dazu unten V.1.) – überzeugt davon, dass die vom Angeklagten Dr. A. behauptete allgemeine mündliche Dienstanweisung an die internistischen Bereitschaftsärzte, den chirurgischen Hintergrunddienst schon bei geringsten Anzeichen einer Komplikation einzuschalten, nicht bestand bzw. jedenfalls Dr. B. nicht in geeigneter Weise bekannt gemacht worden war. Entscheidend für die Überzeugungsbildung in diesem Punkt war neben der glaubhaften Bekundung von Dr. B. von einer derartigen Anweisung nichts gewusst zu haben, insbesondere der Umstand, dass der Angeklagte Dr. A. nicht einmal ansatzweise konkretisieren konnte, wann, wie und gegebenenfalls durch wen er die behauptete Dienstanweisung bekannt gemacht und dafür Sorge getragen habe, dass sie alle Adressaten auch tatsächlich erreicht. Im Übrigen haben auch die Angaben des Zeugen, der als Chirurg im Hintergrunddienst selbst mittelbar betroffen gewesen wäre, keinen Anhaltspunkt für eine solche Dienstanweisung ergeben.

e) Die Feststellungen zur Einnahme von ASS 100 durch die Patientin bis zum Vortag des Eingriffs sowie zur Dokumentation dieses Umstands im anästhesiologischen Prämedikationsbogen beruhen auf dessen Verlesung sowie ergänzend auf den Zeugenangaben. Dass dieser Umstand infolge eines Kommunikationsdefizits übersehen wurde, hat der Zeuge Oberarzt Dr. E. bestätigt. Die beiden Gutachter haben zur Überzeugung

des Gerichts ausgeführt, dass die Operation unter der blutgerinnungshemmenden Wirkung von ASS absolut kontraindiziert war; dieser Standpunkt wird auch vom Angeklagten Dr. A. sowie von Oberarzt Dr. E. geteilt. Das Gericht ist zu der Überzeugung gelangt, dass dem Angeklagten insoweit kein Vorwurf gemacht werden kann und die diesbezügliche Verantwortlichkeit bei den operierenden Chirurgen, dem für die Prämedikationserhebung zuständigen Arzt sowie bei den Anästhesisten zu suchen ist. Abweichend von der Beurteilung des Angeklagten Dr. A. hält es die Kammer unter Zugrundelegung der auch insoweit uneingeschränkt überzeugenden Ausführungen Prof. S. für in hohem Maße wahrscheinlich, dass die Wirkung des ASS 100 für die spätere Nachblutung der Patientin virulent geworden ist. Dafür spricht, dass der Wirkstoff Acetylsalicylsäure die Blutplättchengerinnung hemmt und dies typischerweise etwa 8 bis 9 Stunden nach einer solchen Operation Blutungen auslöst, also nach genau dem Zeitraum, der auch hier zwischen dem Ende des Eingriffs und dem Beginn der Nachblutung verstrichen war.

Letztlich ist die Frage, ob die ASS-Einnahme im vorliegenden Fall die Nachblutung ausgelöst hat, für die Strafbarkeit des Angeklagten Dr. A. aber ohne Belang (siehe dazu unten IV.); bei der Strafzumessung hat das Gericht eine entsprechende Relevanz dieses von anderen zu verantwortenden Fehlers zu seinen Gunsten unterstellt (siehe dazu unten V.).

f) Die Feststellungen zur Frage einer möglichen Fehlintubation der Patientin durch Dr. B. kurz vor 20 Uhr beruhen auf der sachverständigen Bewertung seiner Einlassung sowie den Zeugenangaben der Zeuginnen und durch den anästhesiologischen Gutachter. Die Kammer schließt sich seiner schlüssigen Beurteilung an, wonach nicht ausgeschlossen werden kann, dass Dr. B. richtig intubiert und

den Tubus auch lege artis befestigt hat, dieser dann aber während des Transports der Patientin auf die Intensivstation trotz Wahrung ärztlicher Sorgfalt verrutschte.

g) Die Feststellungen zum aktuellen Zustand der Patientin, insbesondere auch zu der fehlenden Aussicht auf Besserung, beruhen auf dem verlesenen Entlassungsbericht des Therapiezentrums sowie ergänzend auf den Zeugenvernehmungen.

V. Rechtliche Würdigung

Der Angeklagte Dr. A. hat sich durch den festgestellten Sachverhalt der fahrlässigen Körperverletzung durch Unterlassen gemäß §§ 229, 230 Abs. 1, 13 Abs. 1 StGB schuldig gemacht.

1) Er hat die an ihn als Chefarzt zu stellenden Sorgfaltsanforderungen verletzt, indem er es unterließ, geeignete organisatorische Maßnahmen dafür zu treffen, dass das Bestehen von Nachblutungen nach Schilddrüsenoperationen während der postoperativen Nachsorge auch zu Bereitschaftsdienstzeiten so rechtzeitig erkannt wird, dass Schädigungen durch eine Kompression der Luftröhre wie bei der Patientin vermieden werden. Derartige Maßnahmen wären – wie dargestellt – trotz des seinerzeit fachübergreifend organisierten Bereitschaftsdienstes am Krankenhaus möglich gewesen.

Der Angeklagte kann sich insbesondere nicht damit entlasten, er habe darauf vertrauen dürfen, dass der Mitangeklagte Dr. B. die medizinische Situation um 19.30 Uhr richtig einschätzt und die bestehende Gefahr für die Patientin durch Verständigung des chirurgischen Hintergrunddienstes abwendet. Zwar ist allgemein anerkannt, dass dort, wo gefahrträchtige Handlungen arbeitsmäßig vorgenommen werden, der Vertrauensgrundsatz Sorgfaltspflichten begrenzt und zwar gerade auch bei der ärztlichen Heilbehandlung (Cra-

mer/Sternberg-Lieben in Schönke/Schröder, StGB, 26. Auflage, § 15, Rdnr. 151). Die sorgfaltspflichtbegrenzende Wirkung dessen liegt für einen Chefarzt darin, dass er für Sorgfaltsmängel anderer Ärzte in seinem Zuständigkeitsbereich bei einzelnen auf sie delegierten Verrichtungen nicht verantwortlich ist, soweit diese für ihre Aufgabe hinreichend qualifiziert sind und erkennbare Mängel durch besondere Anleitung und Überwachung ausgeglichen werden (Schönke/Schröder, a.a.O., Rdnr. 152). **Genau an dieser Voraussetzung fehlt es aber hier, weil die Fehleinschätzung der medizinischen Situation durch Dr. B. um 19.30 Uhr auf ein erkennbares Qualifikationsdefizit bei diesem zurückzuführen ist.** Zwar wäre das Bestehen einer Nachblutung anhand der bereits zu dieser Zeit vorhandenen Anzeichen auch für ihn grundsätzlich erkennbar gewesen. Dass er diese Symptome tatsächlich jedoch falsch bewertete, namentlich den Blutverlust von 500 ml nicht allein schon als ausreichenden Anhaltspunkt für eine akute Nachblutung ansah, sondern aufgrund des unauffälligen klinischen Eindrucks von der Patientin und des Stillstands der Drainagen annahm, die Blutung sei gestillt, beruhte gerade darauf, dass es sich um eine für ihn als Internisten **fachfremde Komplikation** handelte, mit der er zuvor noch nie in Berührung gekommen war. Gegenüber Chirurgen und Intensivmedizinern war bei Dr. B. insofern ein gesteigertes Risiko gegeben, dass er das Bestehen einer solchen Nachblutung unter Umständen wie den hier gegebenen verkennt. Dieses Risiko hat sich vorliegend verwirklicht. Ohne geeignete Unterweisung darin, vorhandene Anzeichen für eine solche Nachblutung richtig zu bewerten, war Dr. B. als fachfremder Arzt deshalb nicht geeignet, die postoperative Nachsorge bei der Patientin in der für entsprechende Komplikationen neuralgi-

schen Phase der ersten 24 Stunden auszuüben.

Die fehlende Eignung des Bereitschaftsarztes für die Bewältigung der konkreten Situation und die aus ihr resultierende **Vorhersehbarkeit einer inadäquaten medizinischen Reaktion** mit den hier eingetretenen Folgen wird nicht dadurch in Frage gestellt, dass Dr. B. zwischen August 1990 und September 1992 zwei Jahre lang im chirurgischen Bereich tätig gewesen war und im Übrigen seit Oktober 1992 beanstandungsfrei fachübergreifende Bereitschaftsdienste am Krankenhaus wahrgenommen hatte. Denn die chirurgischen Erfahrungen von Dr. B. lagen – wie der Angeklagte Dr. A. hätte wissen können – auf anderem Gebiet (schwerpunktmäßig Unfall- und Bauchchirurgie), und er war weder in jener Zeit noch im Rahmen seiner Bereitschaftsdienste zuvor jemals mit postoperativen Komplikationen nach einer Schilddrüsenoperation in Berührung gekommen.

Der Vorhersehbarkeit des Geschehensablaufs hätte im Übrigen auch die vom Angeklagten Dr. A. behauptete allgemeine mündliche Dienstanweisung an die fachfremden Bereitschaftsärzte nicht entgegen gestanden, wonach der chirurgische Hintergrunddienst in Rufbereitschaft schon bei geringsten Anzeichen für Komplikationen einzuschalten gewesen wäre. **Denn eine solche Dienstanweisung geht ins Leere, wenn der Bereitschaftsarzt vor Ort infolge eines Kenntnisdefizits auf dem für ihn fachfremden Gebiet gefahrverheißende Anzeichen einer Komplikation schon gar nicht als solche erkennt.** Hier hat Dr. B. der in den Redonflaschen gesammelten Blutmenge wegen des Stillstands der Drainagen zwischen 19.30 und 19.45 Uhr sowie wegen des unauffälligen klinischen Eindrucks von der Patientin gerade keinen Anhaltspunkt für Gefahr gesehen. Ohne geeignete Unterweisung der internistischen Be-

reitschaftsärzte darin, eine Gefahrensituation bei derartigen Komplikationen richtig wahrzunehmen, würde eine entsprechende Dienstanweisung also keine ausreichende Gewähr dafür bieten, dass der chirurgische Hintergrunddienst rechtzeitig verständigt wird. Mit ihr hätte der Angeklagte Dr. B. den an ihn zu stellenden Sorgfaltsanforderungen deshalb nicht genügen können.

2) Als Chefarzt hatte der Angeklagte gegenüber den Patienten seines Zuständigkeitsbereichs eine **Garantenstellung, die eine Handlungspflicht begründete, geeignete organisatorische Vorkehrungen für eine gefahrenadäquate postoperative ärztliche Versorgung auch während der Bereitschaftsdienstzeiten zu treffen.** Das Unterlassen entsprechender Maßnahmen ist für den hypoxischen Hirnschaden der Patientin ursächlich geworden. Denn bei Umsetzung einer der unter III. genannten Handlungsalternativen wäre die bestehende Nachblutung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bereits um 19.30 Uhr erkannt, die durch sie ausgelöste Kompression der Luftröhre durch deren Schienung mittels Intubation rechtzeitig abgewendet worden und der Hirnschaden somit ausgeblieben.

3) Dass es zu der Himschädigung der Patientin von vornherein nicht gekommen wäre, wenn die operierenden Ärzte die vorhandene Kontraindikation infolge der Einnahme von ASS 100 erkannt und deswegen den Eingriff selbst erst gar nicht vorgenommen hätten, schließt weder die Kausalität des dem Angeklagten Dr. A. anzulastenden Organisationsverschuldens aus, noch die Zurechenbarkeit unter Wertungsgesichtspunkten. Zwar stellt die Operation der Patientin trotz Kontraindikation zweifelsfrei einen besonders schwerwiegenden Verstoß gegen die Regeln ärztlicher Kunst dar, der dem Angeklagten Dr. A. nicht anzulasten ist. Hätte er jedoch geeignete Maßnah-

men für eine adäquate postoperative Nachsorge im Sinne der obigen Ausführungen getroffen, wäre es bei der Patientin dennoch nicht zu der eingetretenen Hirnschädigung gekommen; der Fehler der operierenden Ärzte hätte sich dann nicht ausgewirkt. Die Pflicht eines Chefarztes, die postoperative Nachsorge so zu organisieren, dass auftretende Komplikationen rechtzeitig erkannt und aus ihnen resultierende Gefahren für die Patienten abgewendet werden, dient gerade auch dazu, derartige vorangegangene Fehler auszugleichen.

VI. Strafzumessung

1) Die Kammer hat von der durch § 13 Abs. 2 StGB eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht, den in § 229 StGB vorgesehenen Strafrahmen für die fahrlässige Körperverletzung gemäß § 49 Abs. 1 StGB zu mildern.

Zwar wiegt die dem Angeklagten zur Last liegende Unterlassung aus Sicht der Kammer nicht weniger schwer als eine fahrlässige Körperverletzung durch aktives Tun. Denn eine **am Maßstab höchstmöglicher Patientensicherheit orientierte Organisation** der ärztlichen Versorgung stellt gerade eine Kernaufgabe des Chefarztes dar; entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu unterlassen, begründet ein **strukturelles Risiko**, das das allgemeine Vertrauen in die Verlässlichkeit stationärer Krankenversorgung in besonderem Maße zu beeinträchtigen geeignet ist.

Neben unterlassensbezogenen Kriterien sind jedoch in die Entscheidung, ob von der eröffneten Milderungsmöglichkeit des § 13 Abs. 2 StGB Gebrauch gemacht wird, auch sonstige Strafzumessungsgesichts-

punkte einzubeziehen (BGH NJW 1998, 3068). Denn es ist kein Grund ersichtlich, warum bei der Anwendung dieser Vorschrift anders als bei anderen fakultativen Strafmilderungen – etwa §§ 21, 23 Abs. 2 StGB – Umstände unberücksichtigt bleiben sollen, die nicht den jeweiligen Milderungsgrund selbst betreffen. Bei der somit vorzunehmenden Gesamtabwägung aller wesentlichen Strafzumessungsgesichtspunkte (BGH, a.a.O.) überwogen die Faktoren zugunsten des Angeklagten:

Zwar war zu seinen Lasten zu werten, dass das durch den hypoxischen Hirnschaden ausgelöste dauerhafte Wachkoma der Patientin eine der denkbar schwerwiegendsten Tatfolgen im Rahmen des § 229 StGB ist; bei der Gewichtung dieses Umstandes war allerdings wiederum einschränkend **zu berücksichtigen, dass die Tätigkeit des Angeklagten als Chefarzt der Chirurgie auch in besonderem Maße gefahrgeneigt ist**. Ebenfalls zu Ungunsten des Angeklagten hat die Kammer darüber hinaus unter dem Aspekt des Nachtatverhaltens gewürdigt, dass die Fehlbehandlung der Patientin zu keiner Zeit mit den beteiligten Ärzten aufgearbeitet wurde und zwar weder die Durchführung des Eingriffs trotz Kontraindikation noch der Fehler bei der postoperativen bereitschaftsärztlichen Betreuung, dies ergibt sich aus den eigenen Angaben des Angeklagten sowie denen des Mitangeklagten Dr. B. Dass der Angeklagte als Folge des Falles anordnete, Patienten nach derartigen Eingriffen künftig in den ersten 24 Stunden auf der Intensivstation zu belassen und er damit das bis dahin bestehende Sicherheitsrisiko beseitigte, ist eine bloße Selbstverständlichkeit, die eine konkrete Fehleranalyse unter Hinzuziehung aller Beteiligter nicht ersetzen konnte.

Diesen gegen den Angeklagten sprechenden Gesichtspunkten stand jedoch eine Vielzahl zum Teil gewichtiger mildernder Aspekte ge-

genüber, im Wesentlichen die folgenden:

- ▲ Der Angeklagte ist nicht vorbestraft.
- ▲ Nach seinem eigenen, aus Sicht der Kammer durchaus glaubhaften Bekunden hat er unter der in seinem Zuständigkeitsbereich verursachten Hirnschädigung der Patientin psychisch über einen längeren Zeitraum stark gelitten.
- ▲ Insbesondere ist dem Angeklagten zugute zu halten, dass er sich bereits sehr frühzeitig gegenüber der Krankenhausleitung und der Versicherungskammer dafür eingesetzt hat, dass eine zügige und umfassende Schadensregulierung stattfindet. Die Tochter der Geschädigten hat bestätigt, dass es insoweit von Anfang an keinerlei Probleme gab.
- ▲ Bis zum Tag der Verurteilung waren seit der Tat über 4 1/2 Jahre vergangen. Der langen Verfahrensdauer kommt hier insofern noch besonderes Gewicht zu, als der Angeklagte über den gesamten Zeitraum hinweg nicht nur das Damoklesschwert einer Bestrafung über sich hatte, sondern zudem – abhängig vom Ausgang des Strafverfahrens – berufsrechtliche Konsequenzen befürchten musste.
- ▲ Des weiteren hat die Kammer zugunsten des Angeklagten berücksichtigt, dass er durch die Presseberichterstattung der Lokalzeitungen vor und während des Prozesses zusätzlich belastet war.
- ▲ Weiterhin wirkte sich strafmildernd aus, dass der Tag der Urteilsverkündung mit dem Tag der Ruhestandsversetzung des Angeklagten zusammenfiel und hierdurch in besonderem Maß ein Schatten auf die ansonsten erfolgreiche Berufslaufbahn des Angeklagten als Arzt fällt. Das Organisationsverschulden des Angeklagten im vorliegenden Fall stellt – soweit ersichtlich – dessen einzige Fehlleistung in einer ansonsten

makellosen 34-jährigen Tätigkeit im Dienste der Patienten dar.

▲ Als tatbezogener Umstand zugunsten des Angeklagten ist schließlich zu sehen, dass sein Verschulden bei der Organisation der postoperativen Nachsorge von Schilddrüsenpatienten bei der Patientin gar nicht zum Tragen gekommen wäre, hätten nicht andere Ärzte einen aus Sicht der Kammer noch schwerwiegenderen Fehler begangen, nämlich die Operation der Patientin trotz zweifelsfreier Kontraindikation infolge der in den Behandlungsunterlagen sogar deutlich dokumentierten Einnahme des blutgerinnungshemmenden Präparats ASS 100 bis kurz vor dem Eingriff. Wäre diese Kontraindikation erkannt worden, hätte man die Operation am fraglichen Tag schon gar nicht durchgeführt. Zugunsten des Angeklagten Dr. A. ist zu unterstellen, dass das ASS hier auch tatsächlich die Nachblutung ausgelöst hat. Denn dann tritt das Gewicht seines Organisationsverschuldens in noch stärkerem Maße hinter jenem Fehler zurück. Dass die insoweit verantwortlichen Personen nicht mit auf der Anklagebank saßen, ist unbefriedigend. Das Gericht geht davon aus, dass die Staatsanwaltschaft diesbezügliche strafrechtliche Verantwortlichkeiten aufgrund des Ergebnisses der Hauptverhandlung noch prüfen wird.

Unter Zugrundelegung der aus den genannten Gründen, vorgenommenen Strafmilderung gemäß §§ 13 Abs. 2, 49 Abs. 1 Ziff. 2 StGB bestand für die hier aufgrund der Tatumstände allein in Betracht kommende Geldstrafe somit ein Rahmen von 5 bis zu 270 Tagessätzen.

Für die Ausfüllung dieses Strafrahmens waren die bereits geschilderten für und gegen den Angeklagten sprechenden Umstände maßgeblich. Insgesamt erschien der Kammer eine

Geldstrafe in Höhe von 90 Tagessätzen tat- und schuldangemessen.

Dabei wurde insbesondere dem Umstand Rechnung getragen, dass mit der Verhängung einer Strafe unterhalb der Grenze für einen Eintrag im polizeilichen Führungszeugnis eine weitere berufsrechtliche Sanktion für den Angeklagten nicht mehr zu erwarten ist.

2) Die Tägessatzhöhe hat das Gericht gemäß § 40 Abs. 2 S. 1 StGB nach Maßgabe der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des Angeklagten bestimmt.

a) Für das **anrechnungsfähige Einkommen** war abweichend von der Rechtsauffassung der Verteidigung nicht allein auf das künftige Ruhegehalt des Angeklagten in Höhe von 2.450 Euro monatlich abzustellen. Zusätzlich sind zunächst die vom Angeklagten angegebenen Einkünfte aus der Vermietung einer Immobilie in Höhe von 800 Euro monatlich anzusetzen. Außerdem ist der Mietwert des abbezahlten selbstgenutzten Eigenheims zu veranschlagen, da in die Berechnung der Einkünfte alles einzubeziehen ist, was wirtschaftlich gesehen die Leistungsfähigkeit des Angeklagten und seinen Lebenszuschnitt prägt (Tröndle/Fischer, StGB, 51. Auflage, § 40, Rdnr. 7 m.w.N.). Mangels näherer Angaben des Angeklagten zu Größe und Ausstattung jener Immobilie war eine Schätzung des erzielbaren fiktiven Mietwerts zulässig (§ 40 Abs. 3 StGB). Da es sich um ein Grundstück in guter Lage handelt, hat die Kammer insoweit einen Betrag in Höhe von ebenfalls 800 Euro zugrundegelegt.

Abgesehen von weiteren 30.000 Euro an liquiden Mitteln machte der Angeklagte zu sonstigem Vermögen und daraus fließenden monatlichen Einkünften keine Angaben. Befragt insbesondere dazu, in welcher Höhe er bis zuletzt Einnahmen aus Privatliquidationen als Chefarzt erzielt habe, erklärte er über seinen Verteidiger, hierzu in öffentlicher Verhand-

lung und insbesondere vor der anwendenden Lokalpresse keine Angaben machen zu wollen. Das Gericht müsste deshalb insofern gemäß § 40 Abs. 3 StGB eine Schätzung vornehmen. Denn es ist allgemeinkundig, dass Chefarzte auch an kleineren Krankenhäusern erhebliche Einnahmen aus Privatliquidationen erzielen, die ihren Lebenszuschnitt in aller Regel in weit stärkerem Maße prägen als das monatliche Fixgehalt vom Krankenhaussträger. Nur letzteres fließt aber in die künftigen Ruhegehaltsbezüge des Angeklagten ein. Da dessen Zeit als Chefarzt von Oktober 1987 bis September 2004 reichte, hat er insofern 17 Jahre lang monatliche Einkünfte erzielt, die deutlich über seinen künftigen Ruhegehaltsbezüge liegen und seine aktuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit bzw. seinen Lebenszuschnitt auch nach der Ruhestandsversetzung nach Überzeugung der Kammer noch nachhaltig prägen. Diesen Umstand unberücksichtigt zu lassen, hieße, den Angeklagten unangemessen zu bevorzugen. Die Kammer schätzt auf Grundlage des Zuschnitts und des Einzugsbereichs des Krankenhauses sowie aufgrund der eigenen Darstellung des Angeklagten, wonach er sparsam gelebt habe, dass der Angeklagte unter Einbeziehung der von ihm angegebenen Barmittel (s.o.) neben den beiden genannten Immobilien weiteres Vermögen in Höhe von mindestens 300.000 Euro gebildet hat und er hieraus eine monatliche Rendite in Höhe von mindestens 1.200 Euro erzielt.

Selbst wenn man – obwohl dies gemäß § 40 Abs. 3 StGB zur Verhinderung einer Privilegierung von Besserverdienenden in gewissem Umfang möglich wäre – den Vermögensstamm außer Betracht lässt, ergeben sich damit insgesamt anrechnungsfähige Einkünfte in Höhe von 5.250 Euro.

b) Diesen stehen folgende **abziehbare Belastungen** gegenüber: Die

Unterhaltsverpflichtung gegenüber der nicht berufstätigen Ehefrau hat die Kammer pauschal mit 20% der anrechnungsfähigen Einkünfte angesetzt, also mit 1.050 Euro; dies erscheint angesichts des Umstandes, dass nur tatsächlich anfallender Aufwand und nicht etwa ein fiktiver Trennungsunterhalt ansatzfähig ist, realistisch und ausreichend. Für die bereits berufstätigen Kinder des Angeklagten war ein entsprechender Abzug mangels Unterhaltsverpflichtung nicht veranlasst. Die Aufwendungen für die vermietete Immobilie, die sich nach Angaben des Angeklagten auf 800 Euro monatlich belaufen, sind insofern abziehbar, als sie auf Kreditzinsen entfallen; Tilgungsleistungen müssen dagegen unberücksichtigt bleiben (Tröndle/Fischer, § 40, Rdnr. 16 m.w.N.). Da der Angeklagte keine Angaben zur Aufschlüsselung des genannten Betrags hinsichtlich Zins- und Tilgungsanteile machte, hat die Kammer auch insofern eine Schätzung vorgenommen. Bei einem vom Angeklagten selbst angegebenen Wert der vermieteten Immobilie von 400.000 Euro und einer vergleichsweise geringen monatlichen Belastung von 800 Euro schätzt die Kammer den abzugsfähigen Zinsanteil auf 600 Euro und geht im Übrigen von nicht abzugsfähigem Tilgungsaufwand aus.

Im Ergebnis stehen damit einem anrechnungsfähigen Einkommen in

Höhe von 5.250 Euro abzugsfähige monatliche Belastungen in Höhe von 1.650 Euro gegenüber. Aus dem sich hieraus errechnenden Differenzbetrag von 3.600 Euro ergibt sich ein Tagessatz von 120 Euro.

3) Die Voraussetzungen dafür, die Verurteilung zu dieser Strafe gemäß § 59 Abs. 1 StGB vorzubehalten und den Angeklagten neben dem Schuldspruch lediglich zu verwarnen, waren aus Sicht der Kammer im Ergebnis nicht gegeben. Zwar ist zu erwarten, dass der Angeklagte auch ohne Verurteilung zu einer Strafe künftig keine Straftaten mehr begehen wird. Trotz der geschilderten Vielzahl strafmildernder Umstände fehlt es bei einer Gesamtwürdigung von Tat und Täterpersönlichkeit jedoch auch unter Berücksichtigung seiner am Tag der Urteilsverkündung erfolgten Ruhestandsversetzung an besonderen Umständen, nach denen es angezeigt wäre, den Angeklagten von Strafe zu verschonen. Insofern stehen aus Sicht der Kammer die so außergewöhnlich schwerwiegenden Tatfolgen entgegen (trotz ihrer Verursachung im Rahmen gefahrgeneigter Arbeit und trotz Hinzutretens weiterer Fehler anderer Ärzte).

Außerdem gebietet auch die Verteidigung der Rechtsordnung die Verurteilung zu Strafe (§ 59 Abs. 1 Ziff. 3 StGB). Für die Auslegung dieses Tatbestandsmerkmals sind dieselben Gesichtspunkte maßgebend,

die im Rahmen der §§ 47 Abs. 1, 56 Abs. 3 StGB eine Rolle spielen, wobei zu beachten ist, dass das Kriterium des § 59 Abs. 1 Ziff. 3 StGB insofern ein anderes ist, als es nicht um die Frage etwaiger Freiheitsstrafe oder um die Notwendigkeit ihrer Vollstreckung geht, sondern darum, ob nicht wenigstens die Verurteilung zu der Geldstrafe als solche geboten ist (Tröndle/Fischer, StGB, 51. Auflage, § 59, Rdnr. 10). Dies ist hier aus Sicht der Kammer deshalb der Fall, weil das Rechtsempfinden der Bevölkerung erschüttert würde, wenn ein Chefarzt ohne spürbare gegenwärtige Sanktion bleibt, der die gut dotierte und mit hohem sozialem Prestige verbundene Verantwortung für seine Patienten durch ein über längere Zeit bestehendes strukturelles Organisationsdefizit verletzt. Eine bloße Geldauflage oder sonstige Maßnahmen nach § 59a StGB bilden insofern keinen hinreichenden Ausgleich.

Mitgeteilt von Rechtsanwalt
Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe