



- ▶ Das gesamte Recht der Medizin – aktuell und praxisbezogen
- ▶ In Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht



Gastroskopie und Koloskopie ohne zweiten Arzt

Das Amtsgericht Augsburg hat einen Gastroenterologen nach einer Sedierungs-Komplikation mit Todesfolge zu einer Freiheitsstrafe verurteilt, weil dieser keinen zweiten Arzt zur Überwachung hinzugezogen hatte.

Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Bruns zeigt die aus diesem Urteil zu ziehenden Schlussfolgerungen auf.

2014
49. Jahrgang
S.113-140

5



Gastroskopie und Koloskopie ohne zweiten Arzt – Freiheitsstrafe nach tödlicher Komplikation bei der Sedierung

Wolfgang Bruns, Karlsruhe ¹

Urteil des Amtsgerichts Augsburg vom 23.12.2013 ²

Sedierungen ohne zweiten Arzt sind gefährlich: Für den Patienten, aber auch für den Arzt. Wer z.B. meint, Propofol für Sedierungen verwenden zu können, ohne die Herstellerinformation oder die einschlägige S 3-Leitlinie einzuhalten, lebt gefährlich, weil er im Schadensfall nicht nur eine zivilrechtliche Verurteilung zu Schadensersatz und Schmerzensgeld, sondern auch eine Bestrafung wegen fahrlässiger Tötung oder sogar Körperverletzung mit Todesfolge riskiert.

Das nachfolgend wiedergegebene Urteil des Amtsgerichts Augsburg betrifft einen Extremfall. Es stellt aber auch für alltägliche „Standardsedierungen“ eine deutliche Warnung dar. Die Gerichte erkennen bei Sedierungszwischenfällen zunehmend die zugrunde liegende strukturelle Problematik, d.h. die schadensstiftende personelle Unterversorgung des Patienten. Sedierungszwischenfälle werden damit nicht mehr als schicksalhaft akzeptiert. Der medizinisch vorgegebene Sedierungsstandard wird juristisch nachvollzogen – durch Verurteilung der Ärzte, die diesen Standard zum Nachteil ihrer Patienten verfehlen.

Der entscheidende Sachverhalt

Der Angeklagte ist verheirateter, deutscher Staatsangehöriger. Er ist von Beruf Arzt und befindet sich seit dem Verkauf seiner Praxis im Jahr 2012 im Ruhestand. Im Jahr 1993 eröffnete er in Augsburg seine Praxis für Endoskopie.

¹ Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Bruns, Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Kanzlei für ArztRecht, Karlsruhe

² Urteil des Amtsgerichts Augsburg vom 23.12.2013 – 08 Ls 200 Js 112337/09 –

Der Angeklagte gab im Rahmen der Hauptverhandlung eine Erklärung zu Protokoll, dass er in Zukunft in der gastroenterologischen Endoskopie nicht mehr tätig werde.

Strafrechtlich ist der Angeklagte nicht vorgeahndet.

Der geschädigte Patient, geb. am 22.7.1948, ließ in der Praxis des Angeklagten am 5.2.2009 eine Magen- und Darmspiegelung vornehmen.

Bei der Behandlung des Geschädigten verstieß der Angeklagte mehrfach gegen die Regeln der ärztlichen Kunst, sodass der geschädigte Pati-

ent am 15.2.2009 im Zentralklinikum Augsburg verstarb.

Der Angeklagte begann die Durchführung der Magen- und Darmspiegelung mit der Einleitung der Sedierung, wofür er dem Geschädigten am 5.2.2009 gegen 7.30 Uhr zunächst 5 mg Midazolam und 50 mg Dolantin injizierte.

Der Angeklagte unterließ es dabei pflichtwidrig, zur Untersuchung einen zweiten, die Sedierung überwachenden Arzt hinzuzuziehen. Denn aufgrund der in der Praxis des Angeklagten vorliegenden organisatori-

schen, personellen und apparativen Mängel sowie der besonderen, in der Person des geschädigten Patienten und der geplanten Kombinations-sedierung mit mehreren Wirkstoffen begründeten Risikofaktoren, war die Hinzuziehung eines zweiten Arztes nach den Regeln der ärztlichen Heilkunst zwingend geboten.

So unterließ es der Angeklagte, die Ausgangswerte der Vitalparameter zu messen und zu dokumentieren, nahm keine Risikoanalyse des Patienten vor, verfügte über keine sog. Larynxmaske zur alternativen Beatmung neben einem Tubus, konnte bei Notfällen keinen zweiten Arzt ohne Gefährdung anderer Patienten hinzuziehen und hatte nicht die räumlichen Voraussetzungen für die unverzügliche Verbringung von Notfallpatienten in eine intensivmedizinische Einrichtung.

Tatsächlich wurde der Angeklagte bei der Behandlung lediglich von der angestellten Arzthelferin, der Zeugin B., unterstützt, die, wie der Angeklagte wusste, nicht über die erforderliche Ausbildung zur Führung einer Sedierung verfügte und damit keine besonders ausgebildete Fachkraft darstellte, die eine Hinzuziehung eines zweiten Arztes ausnahmsweise entbehrlich hätte machen können.

Nachdem der geschädigte Patient nicht die vom Angeklagten erwartete sedierende Wirkung aufwies, injizierte dieser erneut 5 mg Midazolam ohne zu bedenken, dass eine verzögerte Resorption gegeben sein und die erneute Gabe eine Atemdepression bewirken könnte. Zumal der Angeklagte nach der zweiten Gabe von Midazolam noch zweimal jeweils 10 mg Propofol verabreichte, was eine ebenfalls sedierende Wirkung aufweist.

Der Angeklagte begann gegen 7.29 Uhr mit der Durchführung der Gastroskopie. Bereits um 7.30 Uhr wurde der geschädigte Patient aufgrund der Überdosierung der sedierenden

Medikamente infolge einer Atemdepression kreislaufinstabil und es mussten die Notfallmedikamente Naloxon und Atropin eingesetzt werden.

Obwohl der Patient eine lebensgefährliche Komplikation erlitt, unterließ es der Angeklagte pflichtwidrig, die Behandlung abzubrechen, den Notarzt zu informieren und die Einweisung des Patienten in die Klinik zur intensivmedizinischen Überwachung seiner Vitalfunktion zu veranlassen. Dies wäre auch deshalb zwingend erforderlich gewesen, da der Angeklagte über keine Möglichkeit zur Durchführung einer Blutgasanalyse verfügte und nur dadurch Feststellungen für das Auftreten einer drohenden Hyperkapnie (CO₂-Übersättigung im Blut) getroffen werden können.

Zu diesem Zeitpunkt hätten bei einem Abbruch der Behandlung und der Alarmierung eines Notarztes dauerhafte Schäden beim Patienten mit Sicherheit abgewendet und die Gefahr des späteren Atem- und Herz-Kreislaufstillstands beseitigt werden können.

Vielmehr nahm der Angeklagte, nachdem er den Patienten wieder als kreislaufstabil betrachtete, die medizinisch nicht notwendige Koloskopie weiterhin pflichtwidrig in Alleinverantwortung ab 7.57 Uhr vor.

Bereits um 8.00 Uhr wurde der Patient erneut kreislaufinstabil, sodass wiederum Atropin verabreicht werden musste, ebenso um 8.20 Uhr und 8.35 Uhr. Auch in dieser Situation unterließ es der Angeklagte immer noch, einen Notarzt zu alarmieren und die Untersuchung umgehend abzubrechen.

Der Angeklagte, der wusste, dass er persönlich nicht in der Lage ist, fach- und sachgerecht auf die lebensgefährliche Situation seines Patienten zu reagieren, versuchte mit der Gabe verschiedener Medikamente mit teilweise gegenläufiger Wirkung, eine Stabilisierung des Patienten zu

erreichen. Hätte der Angeklagte von Beginn an einen zweiten, mit der Durchführung einer Sedierung vertrauten Arzt hinzugezogen, wäre die sich darin zeigende Überforderung des Angeklagten verhindert worden.

Der Angeklagte unterließ es weiter pflichtwidrig, ab Auftreten der ersten Komplikation den Patienten zu beatmen, bzw. für eine effiziente Beatmung zu sorgen.

Der Angeklagte verständigte den Notarzt erst um 8.44 Uhr.

Obwohl sich der geschädigte Patient in einem absolut lebensbedrohlichen Zustand befand, verließ der Angeklagte das Behandlungszimmer, ohne seinen Patienten weiter zu überwachen. Diese Situation hätte bei Hinzuziehung eines zweiten Arztes ebenfalls vermieden werden können. Der Notarzt, der um 8.50 Uhr eintraf, fand den bereits blau angelaufenen Patienten ohne Atmung, ohne messbaren Blutdruck und ohne Beatmung vor.

Es gelang dem Notarzt zwar, den Patienten zu reanimieren, jedoch verursachten die durch den vorangegangenen Atem- und Herz-/Kreislaufstillstand eingetretenen Schäden die Notwendigkeit einer intensivmedizinischen Behandlung des Patienten im Zentralklinikum Augsburg mit Bettlägerigkeit und künstlicher Beatmung.

Durch diese, auf die pflichtwidrige medizinische Behandlung des Angeklagten zurückzuführende Bettlägerigkeit, entwickelte der geschädigte Patient Schenkelvenenthrombosen, die eine fulminante Lungenembolie auslösten, woran der Patient am 15.2.2009 im Zentralklinikum Augsburg verstarb.

Der Tod des Patienten wäre verhindert worden, hätte der Angeklagte, wie es seine Pflicht gewesen wäre, unmittelbar nach dem Auftreten der ersten Atemdepression um 7.30 Uhr seine Behandlung abgebrochen, den Notarzt alarmiert und die Einweisung in eine Klinik veranlasst.

Diese Handlung war dem Angeklagten ohne weiteres zumutbar. Ihm war als Facharzt auch bekannt, dass die von ihm verabreichten Medikamente Atemdepressionen verursachen können und ein reanimationspflichtiger Zustand zur unverzüglich weiteren Behandlung in einer Klinik mit Intensivmedizin verpflichtet. Die Folgen des Todes waren für den Angeklagten vorhersehbar.

II. Aus den Gründen des Urteils des Amtsgerichts Augsburg:

Die Einlassung des Angeklagten

Der Angeklagte räumte zunächst durch eine von ihm bestätigte Verteidigererklärung ein, dass es bei der Behandlung des geschädigten Patienten zu Fehlern bei der konkreten Behandlung und dem Notfallmanagement der Praxis gekommen sei. Insbesondere erkenne er als fehlerhaft an, dass die Behandlung nach Auftreten erster Komplikationen nicht sofort abgebrochen worden sei und dass er die Sedierung in Alleinverantwortung ohne Hinzuziehung eines zweiten Arztes durchgeführt habe. Ihm sei dabei die Führung des Patienten entglitten.

Auf Nachfragen gab der Angeklagte an, dass er während der Untersuchung des geschädigten Patienten neben sich gestanden haben müsse und sich die Vorkommnisse nicht genau erklären könne. Er habe ca. 150.000 Endoskopien im Laufe seiner ärztlichen Tätigkeit durchgeführt und es sei in keinem Fall zu einer vergleichbaren Komplikation gekommen.

Zur konkreten Behandlung führte er aus, dass er diese gemeinsam mit der medizinischen Angestellten B. sowie einer weiteren Arzthelferin, an die er sich nicht mehr erinnern könne, durchgeführt habe. Eine Proto-

kollierung der Patientenwerte (Blutdruck, Sauerstoffsättigung usw.) werde nur bei Hochrisikopatienten gemacht. Als solchen habe er den Patienten nicht eingestuft, da dieser bereits das 10. Mal zu einer solchen Untersuchung in seiner Praxis gewesen sei. Atemdepressionen könnten im Rahmen einer Endoskopie immer wieder vorkommen. In der Vergangenheit seien diese allerdings durch die Gabe von Sauerstoff in den Griff zu bekommen gewesen und es habe keine akute Gefahr für den Patienten bestanden. Rückblickend erkenne er, dass die zweifache Gabe von Midazolam und die Weiterführung der Behandlung nach dem Auftreten der ersten Komplikationen im Rahmen der Gastroskopie fehlerhaft gewesen seien. Es sei allerdings wiederholt vorgekommen, dass eine Nachmedikamentierung mit Midazolam nötig wurde, da die Patienten nach der ersten Medikamentengabe nicht die gewünschte Wirkung verspürt hätten.

Als bei der fortgeführten Koloskopie plötzlich ein Abfall des Sauerstoffwertes und ein Atemstillstand eingetreten sei, habe er die Behandlung abgebrochen und gemeinsam mit dem Kollegen Dr. S. eine Herz-Kreislauf-Massage durchgeführt sowie für Sauerstoffzufuhr gesorgt. Dies sei allerdings schwierig gewesen, da beim Patienten ein enger Zahnstand von ca. 2 cm vorgelegen habe und daher eine Beatmung durch einen Tubus nicht möglich gewesen sei.

Als sich der geschädigte Patient in einem hinsichtlich Herz-Kreislauf, Herzfrequenz und Atmung akzeptablen Zustand befunden habe, habe er sich für kurze Zeit aus dem Zimmer entfernt, um einem wartenden Patienten die Situation zu erklären. Als er zurückgekommen sei, sei der Patient für ihn überraschend von einer Mehrzahl von Personen, unter denen auch der Notarzt gewesen sei, umgeben gewesen.

Warum der Notarzt erst zu einem späten Zeitpunkt gerufen worden sei, könne er nicht erklären. Er habe bereits weit vor dem tatsächlichen Eintreffen des Notarztes die Anweisung gegeben, dass dieser gerufen werde. Dies müsse wohl von seinen Mitarbeitern zunächst unterlassen worden sein.

Als Reaktion auf diesen Vorfall habe er gar eine sog. Larynxmaske zur leichteren Beatmung in vergleichbaren Fällen angeschafft sowie ein Notfallmanagement durch Vorhalten von Funkgeräten und vorab einstudierter Abläufe eingeführt.

Der Angeklagte räumte damit die objektiven Umstände der Tat ein und zeigte sich insoweit geständig. Soweit darüber hinaus Feststellungen hinsichtlich der Sorgfaltswidrigkeit und Kausalität seines Handelns sowie der subjektiven Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit des Erfolgseintrittes zu treffen waren, erfolgte dies auf Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S.

Das Gutachten des anästhesiologischen Sachverständigen

Der Sachverständige Prof. Dr. S. führte im Rahmen seiner gutachterlichen Stellungnahme zunächst erläuternd aus, dass eine Sedierung ein medikamentös erzeugter Zustand der Beruhigung bis hin zu einem „Dämmer Schlaf“ sei, wofür in der Regel eine Kombination verschiedener Medikamente, wie beispielsweise Midazolam (Produktname: Dormicum, verwandt dem Valium), das intravenöse Anästhetikum Disoprivan (Produktname: „Propofol“) und Dolantin (entspricht einem Opiat) in kleinen Schritten („titrieren“) verabreicht werde („Kombinationssedierung“). Die verwendeten Medikamente dämpften den Atemtrieb (Atemdepression) und könnten auch zu einem Atemstillstand (Apnoe) führen. Auch würde der

Kreislauf hierdurch gedämpft (Abfall von Blutdruck und Puls). Daher sei es die Hauptaufgabe des die Sedierung leitenden Arztes, einen Atem- und Kreislaufstillstand zu verhindern. Aus dieser Aufgabe folge die Pflicht, die Sedierung zu führen, was konkret darin bestehe, regelmäßig Befunde zu erheben, diese Befunde zu interpretieren (Diagnose) und eine entsprechende Therapie einzuleiten.

Endoskopien hätten so nicht durchgeführt werden dürfen

(1) Im konkreten Fall komme er zunächst zu dem Ergebnis, dass die gastroscopische und koloskopische Behandlung des geschädigten Patienten durch den Angeklagten in Alleinverantwortung ohne Hinzuziehung eines zweiten, die Sedierung überwachenden Arztes, oder zumindest einer hierfür besonders ausgebildeten Fachkraft, überhaupt nicht hätte durchgeführt werden dürfen.

Allgemein führt die im Jahr 2008 von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e.V. (DGVS) gemeinsam mit etlichen Fachverbänden und Organisationen veröffentlichte Sedierungsleitlinie (S3 - Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“; nachfolgend: „Sedierungsleitlinie“) hierzu aus: **„Der endoskopierende Arzt ist während der Durchführung der Endoskopie in aller Regel nicht in der Lage, den Vitalfunktionen des Patienten die notwendige Aufmerksamkeit zu schenken.“** Weiter erläutert die Sedierungsleitlinie: **„Ein Arzt kann nicht in Personalunion zur gleichen Zeit den invasiven Eingriff durchführen und die Sedierung und/oder das Analgesieverfahren überwachen.“** Erneut die Sedierungsleitlinie: **„Nicht der den Eingriff durchführende Arzt, sondern eine speziell geschulte, in der Regel ärztliche Person sollte ver-**

antwortlich sein für das Sedierungsverfahren und die Überwachung der Vitalfunktionen.“

Die Herstellerangaben des als Sedierungsmittel eingesetzten Propofol führten unter „Hinweise/Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung“ spätestens seit Juni 2006 aus: „Propofol darf nur in Krankenhäusern oder in adäquat ausgerüsteten anderen Einrichtungen von anästhesiologisch bzw. intensivmedizinisch ausgebildeten Ärzten verabreicht werden. Die Sedierung mit Propofol und die Durchführung der diagnostischen oder chirurgischen Maßnahme dürfen nicht von derselben Person erfolgen.“ (Stand 1.4.2012). Bezüglich der Herstellerangaben führt die Sedierungsleitlinie aus: „Den detaillierten Hinweisen der Hersteller der jeweils verwendeten Pharmaca, insbesondere zur Strukturqualität (z.B. apparative und personelle Ausstattung) ist zu folgen.“

Der Sachverständige gab hierzu an, dass entsprechend den Herstellerangaben zwingend eine zweite Person hinzugezogen werden müsse, hinsichtlich der konkreten Qualifikation dieser zweiten Person allerdings keine Vorgaben gemacht würden. Die Sedierungsleitlinie greife dies auf und fordere in der Regel eine zweite ärztliche Person oder zumindest eine speziell geschulte Person.

Vorliegend sei die als Assistentin hinzugezogene Arzthelferin, die Zeugin B. aufgrund mangelnder Ausbildung zur Führung einer Sedierung völlig unqualifiziert gewesen und habe demnach keine speziell geschulte Person in diesem Sinne dargestellt. Denn die Ausbildung der Zeugin B. habe neben den allgemeinen Berufskennntnissen lediglich vertiefte Kenntnisse in der Reanimation, jedoch nicht in der Führung einer Sedierung, umfasst. Diese Aussage wurde durch die einvernommene Zeugin B. bestätigt, die glaubhaft angab, dass es in der Praxis regelmäßige Fortbildungen zum Thema Reanima-

tion gegeben habe, eine spezielle Fortbildung hinsichtlich der Durchführung einer Sedierung von ihr selbst aber nicht besucht worden sei und den Arzthelferinnen durch den Angeklagten aufgrund eines begrenzten Kontingents lediglich fakultativ angeboten worden sei. Vor Durchführung ihrer Assistenz Tätigkeit im Rahmen des gegenständlichen Eingriffes habe sie eine solche Fortbildung nicht abgeleistet und sei hierzu auch nicht aufgefordert worden.

Die Behandlung habe unter diesen Umständen daher von Beginn an nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprochen.

Unabhängig von der unzureichenden Qualifikation der Arzthelferin B. hätte nach Auffassung des Sachverständigen im vorliegenden Fall aufgrund von Mängeln in der organisatorischen, personellen und apparativen Infrastruktur sowie in Anbetracht der gesteigerten Risikofaktoren in der Person des geschädigten Patienten und in der durchgeführten Kombinationssedierung auf die Hinzuziehung eines zweiten Arztes grundsätzlich nicht verzichtet werden dürfen.

So habe es zunächst an einer Messung und Feststellung der Ausgangswerte der Vitalparameter, wie insbesondere Sauerstoffsättigung, Blutdruck, Herzfrequenz gefehlt, ohne die eine aussagekräftige Interpretation der gemessenen Ergebnisse überhaupt nicht möglich sei. Daneben müsse eine ständige Überwachung des Patienten durch Apparate („Monitore“) sichergestellt sein, was vorliegend durch das angeschlossene Pulsoxymeter zwar erfolgt sei, dem aber aufgrund der fehlenden Messung der Basiswerte eine nur begrenzte Aussagekraft zugekommen sei.

Weiter müsse vor Beginn der Sedierung eine Risikoabschätzung vorgenommen werden und der Patient auf ein erhöhtes Risiko für Komplikationen hin untersucht werden.

Hierbei hätte festgestellt werden können, dass aufgrund des fortgeschrittenen Alters und des Übergewichts des geschädigten Patienten ein erhöhtes Hypoxierisiko (Sauerstoffunterversorgung) bestehe und Intubationsschwierigkeiten aufgrund der engen Zahnstellung, des kurzen Halses und des Übergewichts zu erwarten gewesen wären. Dies verlange auch die Sedierungsleitlinie. Auch dies sei vom Angeklagten unterlassen worden.

Hinsichtlich des Risikopotentials der Behandlung sei weiter zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um eine sog. Kombinationssedierung aus den 3 Wirkstoffen Propofol, Midazolam und Dolantin gehandelt habe, die häufiger zu Atemdepressionen führe und in ihrer Wirkung besonders schwer abzuschätzen sei.

Schließlich habe sich das Risiko von Komplikationen durch die Gabe von Midazolam in einer doppelt so hohen Dosis als initial beabsichtigt weiter erhöht.

Hinsichtlich der Ausrüstung der Praxis und des Notfallmanagements führte der Sachverständige aus, dass eine sog. Larynxmaske nicht vorhanden gewesen sei, die in Anbetracht der erkennbaren Intubationschwierigkeiten beim geschädigten Patienten zwingend vorgehalten hätte werden müssen, um eine wirksame Beatmungsalternative im Fall einer Sauerstoffmangelversorgung zu schaffen. Die apparative Infrastruktur sei auch insoweit nicht hinreichend erfüllt worden, als es an einer geeigneten Transportmöglichkeit (z.B. Krankenliege) im Falle einer schwerwiegenden Komplikation gemangelt habe und der Aufzug für den Transport eines Patienten im Liegen auf einer solchen Krankenliege zu klein gewesen sei, sodass auf dem Weg zur Intensivstation der beschwerliche Gang über das Treppenhaus gewählt hätte werden müssen. Dies stünde ausdrücklich im Widerspruch zur Sedierungsleitlinie,

die hierzu wie folgt ausführte: „Im Fall einer schwerwiegenden Komplikation muss eine geeignete Transportmöglichkeit und eine qualifizierte Behandlungseinrichtung (Intensivstation) sichergestellt sein (z.B. Aufzug und Möglichkeit des Liegend-Transportes)“.

Auch die personelle Infrastruktur sei mangelhaft gewesen, da die Hinzuziehung eines zweiten Arztes im Falle einer schweren Komplikation nur unter Gefährdung anderer Patienten möglich gewesen sei. Denn die beiden in der Praxis des Angeklagten angestellten Ärzte hätten selbstständige Behandlungen durchgeführt und diese bei einem Notfall unvermittelt abbrechen müssen.

Aufgrund dieser Risikofaktoren habe es nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprochen, auf die Hinzuziehung eines zweiten, die Sedierung überwachenden Arztes, zu verzichten.

Unterbliebene Hinzuziehung eines Anästhesisten

(2) Mit dem Eintritt der ersten Atem- und Kreislaufdepression während der Gastroskopie hätten sich die beschriebenen Risikofaktoren verwirklicht und es sei medizinisch plausibel, dass die initial geplante „leichte“ Sedierung nunmehr, durch die doppelte Gabe von Midazolam zu Beginn der Behandlung bedingt, in eine „tiefe“ Sedierung mit Atemdepression, Verlegen der Atemwege und Blutdruckabfall übergegangen ist. Die Sedierungsleitlinie führt hierzu aus: „Sollte im Einzelfall ein Sedierungsgrad erreicht werden, bei dem lebenserhaltende Reflexe beeinträchtigt oder ausgeschaltet werden (Allgemeinanästhesie) und der Eingriff soll fortgesetzt werden, ist ein Anästhesist hinzuzuziehen.“

Diese Konstellation sei durch das Eintreten der Atemdepression eindeutig erreicht worden. Es habe sich

zu diesem Zeitpunkt sogar schon um eine lebensbedrohliche Komplikation gehandelt, da die hernach ergriffenen Maßnahmen des Angeklagten solche der Reanimation gewesen seien. Die Gabe von Suparenin (Adrenalin) und Atropin sei nur dann medizinisch indiziert, wenn Adrenalin im Falle einer lebensbedrohlichen Sauerstoffmangelversorgung zur Bannung der Gefahr einer Herzmuskeldepression gegeben wird und Atropin eine drohende Störung der Herzfunktion aufgrund eines Sauerstoffmangels verhindern soll. Dies habe der Angeklagte durch die entsprechende Gabe der Notfallmedikamente auch erkannt.

Der Sachverständige führte weiter aus, dass zu diesem Zeitpunkt eine besonders sorgfältige Überwachung der Vitalparameter hätte erfolgen müssen. Hierzu wäre es zwingend erforderlich gewesen, eine Blutgasanalyse durchzuführen, da zwar im Fall einer Atemdepression der Sauerstoffwert im Blut durch die nasale Verabreichung von Sauerstoff erhöht werden könne, nichtsdestotrotz aber der CO₂-Wert im Blut bedrohlich ansteigen könne. Bei einer zu flachen Spontanatmung könne nämlich das im Blut vorhandene CO₂ nicht ausreichend abgeatmet werden, was zu einer Hyperkapnie mit Störungen der Organfunktionen, wie z.B. des Gehirns, führen könne.

Die Bewusstlosigkeit des Patienten habe tatsächlich auf eine Hypoxie und/oder Hyperkapnie hingedeutet. Auch aus diesem Grund hätte aufgrund der fehlenden Möglichkeit einer Blutgasanalyse unverzüglich ein Notarzt hinzugezogen werden müssen und nicht weiterhin eine Koloskopie, die medizinisch als reine Vorsorgeuntersuchung überhaupt nicht indiziert gewesen sei, durchgeführt werden dürfen. Auch dies stelle einen Verstoß gegen die ärztlichen Regeln der Heilkunst dar.

Die Behandlung hätte zu diesem Zeitpunkt nach Ausführungen des

Sachverständigen mit Sicherheit ohne bleibende Schäden für den geschädigten Patienten beendet werden können und die im späteren Verlauf der Koloskopie aufgetretene weitere Atemdepression und Herz-Kreislauf-Komplikationen hätten mit Sicherheit vermieden werden können.

Verspätete Alarmierung des Notarztes

(3) Nach der Entscheidung des Angeklagten, dennoch die Koloskopie weiterzuführen, sei es ca. zur Hälfte der Koloskopie zu einem erneuten Atem- und Kreislaufabfall und letztlich zu einem Atem-/Kreislaufstillstand mit einem Abfall des Sauerstoffwertes auf unter 60 % gekommen. Nunmehr seien durch den hinzugezogenen Arzt Dr. S. eine manuelle Reanimation durch Herz-Kreislauf-Massage durchgeführt und verschiedene Reanimationsmedikamente verabreicht worden. Eine ordnungsgemäße Beatmung sei nicht möglich gewesen, da aufgrund der engen Zahnstellung ein Intubieren nicht möglich gewesen sei und eine Larynxmaske nicht vorhanden gewesen sei. Danach habe es 34 Minuten und damit eine viel zu lange Zeit gedauert, bis der Notarzt alarmiert worden sei. Während dieser Zeit sei der Geschädigte ohne hinreichende Beatmung und aspirationsverhindernde Maßnahmen geblieben, sodass auch die notfallmäßige Versorgung unzureichend gewesen sei und nicht den Regeln der ärztlichen Kunst entsprochen habe.

Zusammenfassend konstatierte der Sachverständige, dass im Falle der Hinzuziehung eines Notarztes bzw. des Abbruchs der Behandlung zum Zeitpunkt der ersten Komplikationen mit einer Atemdepression während der Gastroskopie das Risiko von Schädigungen von Herz und Lunge und des folgenden Atemkreislaufstillstandes mit Reanimationspflicht

während der Koloskopie zuverlässig verhindert worden wäre und damit auch das Risiko einer aufgrund reanimationstypischer Schädigungen der Organe erforderlichen notfallmedizinischen Behandlung mit mehrtägiger Bettlägerigkeit zuverlässig beseitigt worden wäre.

Die Untersuchung der Maßnahmen und der Versorgung durch den gerufenen Notarzt sowie durch die behandelnden Ärzte im Krankenhaus hätten keine Verstöße gegen die Regeln der ärztlichen Kunst erkennen lassen. Vielmehr habe der Notarzt erst die akute Lebensgefahr für den Geschädigten abgewendet und die Voraussetzungen für eine Weiterversorgung im Klinikum Augsburg geschaffen, die nach Ausführungen des Sachverständigen zu jeder Zeit lege artis erfolgt sei.

Zum Eintritt des Todes des Geschädigten führte der Sachverständige aus, dass der Geschädigte nach dem Ergebnis der Obduktion an einer Lungenembolie, ausgelöst durch eine Schenkelvenenthrombose, verstorben sei, was ein typisches Risiko einer klinischen Behandlung mit Bettlägerigkeit darstelle. So bildeten sich nach einer klinischen Studie bei 10 - 18 % der Intensivpatienten trotz des Treffens aller medizinisch indizierten Gegenmaßnahmen potentiell tödlich Schenkelvenenthrombosen aus, die mit einer hohen Letalität verbunden seien.

Die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. S. waren in sich schlüssig, widerspruchsfrei und zu jedem Zeitpunkt nachvollziehbar. Das Gericht folgte daher dem Sachverständigen und machte sich dessen Ausführungen vollumfänglich zu eigen.

Mehrere strafrechtlich relevante Verstöße des Angeklagten

Danach erkannte das Gericht in Anbetracht der organisatorischen,

personellen und apparativen Mängeln der Praxis des Angeklagten in der fehlenden Hinzuziehung eines zweiten Arztes oder zumindest einer speziell ausgebildeten medizinischen Fachkraft einen ersten Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst.

Als groben Verstoß gegen die ärztliche Heilkunst wertete das Gericht die Fortführung der medizinisch nicht indizierten Koloskopie trotz der Komplikationen bei der Gastroskopie und der fehlenden Möglichkeit der Hinzuziehung eines Anästhesisten und der Durchführung einer Blutgasanalyse. Der Angeklagte hätte zu diesem Zeitpunkt die Untersuchung abbrechen und einen Notarzt hinzuziehen müssen.

Ebenso sieht das Gericht eine grobe Pflichtverletzung in der erst um 8.44 Uhr und damit 34 Minuten nach Beendigung der Reanimation aufgrund des Herz-/Kreislaufstillstands erfolgten Alarmierung des Notarztes. Der Angeklagte kann sich diesbezüglich nicht damit entschuldigen, dass er bereits zuvor eine solche Anweisung gegeben habe, da er bei einer Delegation dieser ihn treffenden Verpflichtung die Ausführung durch sein Personal hätte überprüfen müssen und bei einem nicht unmittelbar daraufhin erfolgenden Eintreffen des Notarztes erneut einen Notruf hätte absetzen müssen.

Das Gericht erkannte in diesen wiederholten Pflichtverletzungen innerhalb eines einheitlichen Geschehensablaufs jeweils kausale Ursachen für das Eintreten des reanimationspflichtigen Zustands des geschädigten Patienten, der eine mehrtägige Bettlägerigkeit mit intensivmedizinischer Versorgung nach sich zog, woraus wiederum die Schenkelvenenthrombosen und damit die letztlich tödliche fulminante Lungenembolie entstanden ist.

Das Auftreten einer Atem- und Kreislaufdepression bis zu einem Stillstand stellt gerade das typische

Risiko einer Sedierung dar, das sich mit der fehlenden Einhaltung der Sorgfaltspflichten durch den Angeklagten verwirklicht hat. Auch stellt sich die darauf folgende klinische Behandlung mit Bettlägerigkeit ebenso wie die daraus resultierende tödliche Lungenembolie als ein allgemein bekanntes und durch klinische Studien nachgewiesenes Risiko dar.

Der Angeklagte konnte dies als Gastroenterologe mit langjähriger praktischer Erfahrung erkennen und vermeiden.

Schuldpruch und Strafzumessung

Aufgrund des festgestellten Sachverhalts war der Angeklagte wegen fahrlässiger Tötung schuldig zu sprechen, § 222 StGB.

Der Strafraum betrug gem. § 222 StGB Geldstrafe oder Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren.

Innerhalb dessen stand dem Gericht aufgrund der durchgeführten **Verfahrensabsprache** ein Strafraum von 9 Monaten bis zu 12 Monaten zur Verfügung.

Bei der Strafzumessung im Einzelnen sprach zugunsten des Angeklagten, dass er Fehler eingeräumt hat und sich zu seiner Schuld bekannt hat. Dem Geständnis des Angeklagten war in diesem Verfahren ein erheblicher Wert beizumessen. Denn hierdurch wurde die strafrechtliche Verantwortlichkeit eindeutig zugeordnet und die jedem medizinrechtlichen Sachverhalt naturgemäß innewohnende Offenheit für unterschiedliche rechtliche Beurteilungen beseitigt, was eine wesentliche Voraussetzung für einen möglichen Rechtsfrieden schuf und **den Angehörigen des Geschädigten die Möglichkeit eröffnete, zivilrechtliche Ansprüche nunmehr erfolversprechend zu verfolgen.**

Darüber hinaus drückte der Angeklagte im Rahmen der Hauptverhandlung glaubhaft sein Bedauern über den Vorfall aus und entschuldig-

te sich bei den Familienangehörigen des Geschädigten.

Strafmildernd war weiter zu werten, dass der Angeklagte seine Praxis zumindest auch im Zusammenhang mit diesem Vorfall aufgegeben hat und im Rahmen eines Anerbietens nach § 56 c Abs. 4 StGB die Zusage gemacht hat, in Zukunft nicht mehr gastroenterologisch tätig zu werden. Auch seine Bereitschaft, an die Hinterbliebenen einen Geldbetrag in Höhe von 20.000 EUR ohne Anrechnung auf zivilrechtliche Ansprüche zu zahlen, war zu seinen Gunsten zu werten. Schließlich wirkte sich strafmildernd aus, dass der Angeklagte strafrechtlich bisher noch nicht in Erscheinung getreten ist.

Auf der anderen Seite sprach zulasten des Angeklagten, dass er bei der Behandlung des Geschädigten in mehrerlei Hinsicht und teilweise grob gegen die Regeln der ärztlichen Heilkunst verstoßen hat. Es hatte für ihn wiederholt die Möglichkeit bestanden, die Behandlung ohne Gefahr für weitere Schäden des Patienten zu beenden. Offensichtlich im ungerechtfertigten Vertrauen auf seine Fähigkeiten unterließ dies der Angeklagte über einen erheblichen Zeitraum trotz fehlender ausreichender organisatorischer, personeller und apparativer Ausstattung seiner Praxis. Das Gericht erkennt darin ein grob fahrlässiges Verhalten des Angeklagten, das daher strafscharfend zu berücksichtigen war.

Bei Abwägung der für und gegen den Angeklagten sprechenden Gesichtspunkte und unter Berücksichtigung der erheblichen Verfahrensdauer, die sich über einen Zeitraum von beinahe 5 Jahren hingezogen hat, hielt das Gericht die Verhängung einer Freiheitsstrafe von 10 Monaten für tat- und schuldangemessen.

Die Vollstreckung dieser Freiheitsstrafe kann zur Bewährung ausgesetzt werden, da dem Angeklagten eine günstige Sozialprognose zu bescheinigen war, § 56 Abs. 1 StGB. So

handelt es sich hierbei um die erste Verurteilung des Angeklagten, die sogleich eine erhebliche Freiheitsstrafe zum Gegenstand hatte, woraus bereits die begründete Erwartung abzuleiten ist, dass sich der Angeklagte dies zur Warnung dienen lassen wird, um in Zukunft straffrei zu bleiben. Darüber hinaus hat der Angeklagte seine praktische Tätigkeit als Arzt eingestellt und seine Praxis vollständig veräußert. Die Begehung einer einschlägigen Straftat ist auch aus diesen Gründen nicht zu erwarten.

III. Wertung und Schlussfolgerungen

Die Sedierung ohne zweiten Arzt ist nach wie vor weit verbreitet. Sie betrifft nicht nur Gastroenterologen, sondern eine Fülle weiterer Fachgruppen einschließlich Zahnärzten. Jeder Arzt, der sedierende und schmerzausschaltende Medikamente (allein oder in Kombination) verabreicht, um komplexe, unangenehme und schmerzhafte Prozeduren bei seinen Patienten durchführen zu können, muss Vorsorge für den Fall treffen, dass eine geplante Sedierung ungeplant in eine tiefe Narkose übergeht.

Wer aber durch eine komplexe medizinische Prozedur, vorliegend durch eine Gastroskopie und eine Koloskopie in Anspruch genommen wird, merkt häufig erst zu spät, dass sich eine Krise anbahnt, und kann deshalb weder prophylaktisch gegensteuern, noch angemessen reagieren, wenn es tatsächlich zur Narkose mit Unterdrückung von Atmung und Herzschlag bis hin zum Herzstillstand kommt.

Gefordert ist folglich zusätzliches Personal und zusätzlich verfügbares anästhesiologisches Knowhow zur Stabilisierung des Patienten, damit es erst gar nicht zur Komplikation kommt. Wenn das nicht mehr reicht und der Herzstillstand eintritt, muss

der Patient umgehend sachgerecht reanimiert und notfallmedizinisch versorgt werden.

Wer soll das leisten, wenn nicht ein zweiter Arzt?

Das Thema ist ein medizinischer, berufspolitischer, straf- und zivilrechtlicher Dauerbrenner³, bei dem leider noch immer Verdrängung und fehlendes Risikobewusstsein auf Seiten der betroffenen Fachgebiete vorherrschen. Wie der Autor aufgrund eigener Wahrnehmung als Fachanwalt für Medizinrecht weiß, handelt es sich entgegen öffentlicher Verlautbarungen bei der vorliegend vom Amtsgericht Augsburg abgehandelten Katastrophe nicht um einen Einzelfall.

Vielleicht würde schon ein konsequentes, vollständiges Monitoring der Patienten zu mehr Risikobewusstsein bei den betroffenen Berufsgruppen führen, weil dann dokumentiert würde, wie viele „Beinahe-Katastrophen“ mit Vitalparametern weit außerhalb des Normbereichs gegenwärtig zum Berufsalltag eines sedierenden Arztes gehören, der ohne zweiten Arzt tätig wird.

Strafprozessuale Verständigung

Das Urteil beruht auf einer strafprozessualen Verständigung gemäß § 257 c StPO, die zu einer Abstimmung des Strafrahmens zwischen Staatsanwaltschaft, Gericht und Verteidigung führte. Das Urteil dokumentiert nicht, auf welchen Vorwurf und welche Sanktion die Staatsanwaltschaft und das Gericht im Zuge dieser Verständigung mit dem Angeklagten und dessen Verteidigern verzichtet haben (staatliche Gegenleistung).

Eine Freiheitsstrafe von zehn Monaten zur Bewährung als Gegenleistung für

- ▶ das Geständnis des angeklagten Arztes,
- ▶ einen Rechtsmittelverzicht von Staatsanwaltschaft und Arzt,

▶ die Verpflichtung des Arztes, nach der (altersbedingten) Praxisveräußerung dauerhaft nicht mehr endoskopisch tätig zu sein,

▶ eine „freiwillige“ Zahlung des verurteilten Arztes von 20.000,- Euro an die Hinterbliebenen,

wirken auf den ersten Blick nicht wie ein „gutes Geschäft“ der Verteidiger für ihren Angeklagten. Das Urteil des Amtsgerichts Augsburg markiert für diesen nach einer fünfjährigen belastenden Verfahrensdauer mit „Gutachterschlacht“ das katastrophale Ende einer langjährigen erfolgreichen Berufstätigkeit als niedergelassener Gastroenterologe.

Auf den zweiten Blick offenbart der Fall jedoch auch Gesichtspunkte, die die Verfahrensabsprache und die Sanktionierung des Gastroenterologen noch als verhältnismäßig milde erscheinen lassen.

Die medizinische fehlerhafte Durchführung der Koloskopie direkt nach der initialen katastrophal verlaufenen Gastroskopie lässt sich noch als eine Art „Übersprungshandlung“ des anästhesiologisch und notfallmedizinisch überforderten Gastroenterologen erklären, was „nur“ den Vorwurf der Fahrlässigkeit begründet.

Dass der Angeklagte im Anschluss an die Koloskopie-Katastrophe dann aber 34 Minuten verstreichen ließ, bevor schließlich der Notarzt alarmiert wurde; dass der Angeklagte weder bei dem Patienten blieb, noch den Notarzt ordentlich informierte; all diese Umstände hätten nicht nur eine höhere Freiheitsstrafe wegen fahrlässiger Tötung ohne Bewährung, sondern z.B. auch eine deutlich härtere Bestrafung wegen Körperverletzung mit Todesfolge rechtfertigen können.

Im Fall eines Berliner Schönheitschirurgen hatte der BGH sogar ausdrücklich die Prüfung des Mordmerkmals „Verdeckung einer Straftat“ und damit einer Bestrafung wegen Mordes gefordert⁴. Dieser Berliner

Schönheitschirurg hatte eine Narkosekomplikation mit Lebensgefahr für seine Patientin schuldhaft verursacht, den Notarzt aber erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung alarmiert und in der Zwischenzeit seine Praxissprechstunde fortgesetzt.

Untaugliche Argumente

Die betroffenen Fachgruppen befinden sich in einer schwierigen Situation. Argumente wie etwa

- ▶ „Das haben wir schon immer so gemacht.“
- ▶ „Das machen doch alle.“
- ▶ „Es gibt nicht genügend Anästhesisten/intensivmedizinisch qualifizierte Ärzte.“
- ▶ „Der zweite Arzt wird nicht bezahlt.“
- ▶ „Meistens geht es gut.“

sind zweifellos richtig, im Schadensfall aber irrelevant. Ärzte, die tatsächlich weitermachen „wie bisher“ und sich bei komplexen medizinischen Prozeduren an sedierten Patienten mit der Assistenz einer instrumentierenden Arzthelferin begnügen, spielen im Schadensfall mit ihrer bürgerlichen Existenz. Angesichts der mittlerweile vorliegenden Urteile dürfte es kaum noch möglich sein, sich mit dem Hinweis auf eine „schicksalhafte Komplikation“ und dem „in dubio pro reo“ Grundsatz einer Verurteilung zu entziehen.

Wenn die Verurteilung auf Körperverletzung mit Todesfolge statt auf fahrlässige Tötung lautet, was im vorliegenden Fall durchaus möglich gewesen wäre, dürfte eine Aussetzung der Strafe zur Bewährung ausscheiden.

³ Schulte-Sasse U., Neelmeier T.: Vertrauen ist gut – Vereinbarungen sind besser! Auch Operateure können für Anästhesie-Komplikationen belangt werden; Bayerisches Zahnärzteblatt, BZB November 13; S. 44-47.

Neelmeier T., Schulte-Sasse U.: Sedierung auf Sicherheitsniveau der Narkose, Herstellerangaben und S3-Leitlinie verlangen zweiten Arzt, Gesundheitsrecht, GesR 2013: 78-82.

Eppinger, Ute, Ambulante Operationen: Qualitätsstandards versus Unterfinanzierung – eine Gratwanderung?, Anästhesie Netz Deutschland

Schulte-Sasse U., Neelmeier T., Anästhesiologische Komplikationen: Vertrauen ist gut – Vereinbarungen sind besser! Neben Anästhesisten können auch Operateure als Einrichtungsleiter für anästhesiologische Komplikationen strafrechtlich belangt werden; BAO Depesche Ausgabe 29, Februar 2013, Seiten 12-15.

Schulte-Sasse U., Neelmeier T.: Sparen um jeden Preis? Gewinnoptimierung versus Patientensicherheit, Im OP 3:15-17.

Schulte-Sasse U., Neelmeier T.: Strafbarkeit von Zahnärzten für anästhesiologische Komplikationen, Vertrauen ist gut – Vereinbarungen sind besser, Niedersächsisches Zahnärzteblatt, NZB 48(1): 42-46.

Schulte-Sasse U., Neelmeier T.: Vertrauen ist gut – Vereinbarungen sind besser: Strafbarkeit von Zahnärzten für anästhesiologische Komplikationen, Forum für Zahnheilkunde 2012 (Ausgabe 113), 9-11.

Neelmeier T., Schulte-Sasse U.: Hypoxie durch Organisationsverschulden, Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen, Rechtsmedizin 2012; 22: 406-413 Springer-Verlag 2012.

Tietze-Schnur, Petra: Tod eines Kindes nach zahnärztlicher Narkose: Wer trägt die Verantwortung? operieren.de, BAO Depesche Ausgabe 24, November 2011, Seite 8-10.

Neelmeier T.: Bin ich meines Kollegen Hüter? Strafbarkeit von Arztpraxisinhabern bei „Einkauf“ von Billig-Anästhesie = ArztR 2011, 256.

Urteil des Amtsgerichts Limburg vom 25.3.2011, 3 Js 7075/08, Organisationsver-

antwortung von Praxisinhabern = ArztR 2011, 232.

Schulte-Sasse U., Bruns W: Sedierung ohne zweiten Arzt, Lebensgefahr für die Patienten, ArztR 2007, 116.

4 BGH, Urteil vom 7.7.2011, 5 StR 561/10 = ArztR 2012, 123. Der Fall ist durch Urteil des Landgerichts Berlin vom 13.8.2013, 522 1 Kap Js 721/06 KS (13/12) mittlerweile rechtskräftig entschieden. Der Schönheitschirurg wurde wegen des Todes seiner Patientin nach Narkosezwischenfall bei stark verzögerter Krankenhauseinweisung rechtskräftig wegen Körperverletzung mit Todesfolge zu einer Freiheitsstrafe von fünf Jahren und sechs Monaten mit vierjährigem Berufsverbot verurteilt.

Unterbliebene Krankenhauseinweisung wegen nicht diagnostizierter Schweinegrippe mit Lungenentzündung

Urteil des Oberlandesgerichts Hamm vom 29.7.2013 – 3 U 26/13 –

Im entschiedenen Fall scheiterte die Klage eines Patienten gegen seinen Hausarzt, dem vorgeworfen wurde, eine Schweinegrippe mit einer Lungenentzündung nicht diagnostiziert und den Patienten deswegen nicht frühzeitig in ein Krankenhaus eingewiesen zu haben. Das Oberlandesgericht verneint sachverständig beraten einen Behandlungsfehler des Allgemeinmediziners.

Zum Sachverhalt:

Der am 20.11.1969 geborene Kläger macht Schadensersatzansprüche gegen den Beklagten aufgrund einer fehlerhaften hausärztlichen Behandlung im Zusammenhang mit einer bei ihm aufgetretenen Influenza (Schweinegrippe) geltend. Er hat erinstanzlich von dem Beklagten ein

Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 100.000,00 Euro, die Feststellung der Verpflichtung des Ersatzes zukünftiger immaterieller und weiterer materieller Schäden sowie die Zahlung vorgerichtlicher Anwaltskosten in Höhe von 2.266,95 Euro begehrt.

Der Kläger stellte sich am Freitag, dem 13.11.2009 beim Beklagten, der niedergelassener Facharzt für Allge-

meinmedizin ist, wegen eines selbst gemessenen Fiebers von 39 Grad, Husten und einem allgemeinen Krankheitsgefühl vor. Nach klinischer Untersuchung des Rachenringes und der Lunge stellte der Beklagte die Diagnose einer grippalen Atemwegsinfektion und einer akuten Bronchitis. Er verordnete Hustentropfen, Aspirin Complex, ein Nasenspray und das Antibiotikum Azi-