

# ArztRecht



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



## Grenzen des Vertrauensgrundsatzes

*Rechtsanwalt Dr. jur. Wolfgang Bruns*  
bespricht ein aktuelles Urteil des Landgerichts  
Braunschweig.

2019  
54. Jahrgang  
S. 1-28

1

# Grenzen des Vertrauensgrundsatzes

Urteil des Landgerichts Braunschweig vom 25.10.2017 – 9 Ks 401 Js 4535/11 –  
Wolfgang Bruns, Karlsruhe<sup>1</sup>

**Das Landgericht Braunschweig hat im nachfolgenden Urteil einen Operateur wegen vorsätzlicher Körperverletzung, Körperverletzung mit Todesfolge und versuchten Betruges zu einer Freiheitsstrafe verurteilt und zugleich ein eingeschränktes Berufsverbot für die Dauer von noch 3 Jahren verhängt. Besonders bemerkenswert ist dabei, dass der Patient an den Folgen einer Propofol-Sedierung verstarb, weil der Anästhesist seine Überwachungspflichten verletzt hatte. Der Urologe, der die Operation vorsätzlich ohne medizinische Indikation vorgenommen hatte, konnte sich zu seiner Entlastung nicht auf den sogenannten Vertrauensgrundsatz berufen.**

## Zum Sachverhalt:

### Die Ausgangssituation

a) Der Angeklagte Dr. Sk. betrieb seit den 1990er Jahren eine hinsichtlich des urologischen Equipments gut ausgestattete Praxis für Urologie in Wolfsburg. In diesem Gebäude befanden sich weitere (Zahn-)Arztpraxen, u.a. auch die Praxis des früheren weiteren Angeklagten in diesem Verfahren, Dr. W., der Facharzt für Anästhesie ist. Die Praxisräume des Angeklagten und diejenigen des Dr. W. lagen auf der gleichen Etage, nur wenige Meter voneinander entfernt. Dr. Sk. bildete sich regelmäßig fort, auch durch die Lektüre englischsprachiger Fachzeitschriften. Mit seiner beruflichen Situation war er eher unzufrieden, da er sich aufgrund seiner tatsächlich vorhandenen außergewöhnlichen Intelligenz und seiner aus seiner Sicht herausragenden ärztlichen Fähigkeiten zu Höherem berufen sah. Er zählte sich zur uro-

logischen Weltelite, betrieb jedoch weitgehend unbeachtet von der Fachwelt eine urologische Praxis in Wolfsburg.

Der Angeklagte betreute dort zunächst sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte.

Der Zulassungsausschuss stellte fest, dass der Angeklagte seine vertragsärztlichen Pflichten nicht ordnungsgemäß erfüllt hatte und entzog ihm die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung.

b) Die wirtschaftliche Lage der Praxis und des Angeklagten wurde spätestens zu diesem Zeitpunkt prekär. Der Angeklagte war nunmehr darauf angewiesen, zur Sicherung des Erhalts seiner Praxis und seiner Lebensgrundlage ausschließlich Privatpatienten zu behandeln und die Leistungen abzurechnen. Die monatliche wirtschaftliche Belastung des Angeklagten war gleichzeitig erheblich. Für die Ausstattung der Praxis hatte er ein Darlehen in Höhe von 120.000,- € aufgenommen, wobei die Kammer die Restschuld im Zeitraum August bis Oktober 2008 nicht feststellen vermochte. Gleichzeitig musste er den monatlichen Mietzins in

Höhe von 2.500,- € für die Praxisräume, den Lohn nebst Lohnnebenkosten für seine Mitarbeiterin und seinen eigenen Lebensunterhalt bei einem reduzierten Patientenkreis erwirtschaften. Die Zahl der bei dem Angeklagten angestellten Mitarbeiterinnen wurde schon in den Jahren zuvor immer weiter reduziert, bis schließlich nur noch die Zeugin Sch. in der Praxis beschäftigt war. Mit ihr war die Zahlung eines festen Gehalts vereinbart. Tatsächlich kam es jedoch häufig zu Barauszahlungen an die Zeugin Sch. zum jeweiligen Ende der Arbeitswoche, wobei die Lohnzahlungen abhängig vom Umsatz der Praxis schwankten. Vor dem Hintergrund der erheblichen wirtschaftlichen Belastungen einerseits und des reduzierten Patientenkreises andererseits entschloss sich der Angeklagte jedenfalls im Fall des Ulrich L., des späteren Geschädigten in diesem Verfahren, auch solche Leistungen zu erbringen, die medizinisch nicht indiziert waren, um so zusätzliche Umsätze zu erwirtschaften.

c) In der Praxis des Dr. W., des zweiten früheren Angeklagten in diesem Verfahren, gegen den das Ver-

<sup>1</sup> Rechtsanwalt Dr. jur. Wolfgang Bruns, Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Kanzlei für ArztRecht, Karlsruhe

fahren im Laufe der Hauptverhandlung gemäß § 153a StPO eingestellt worden ist, arbeitete und arbeitet als weitere Fachärztin für Anästhesie die Zeugin Dr. M. sowie eine Vielzahl von medizinischen Fachangestellten. Beide Ärzte, Dr. Sk. und Dr. W., arbeiteten zunächst zusammen, wobei Dr. W. die Anästhesie für die Patienten des Dr. Sk. vorbereitete und durchführte. Die operativen Eingriffe, die der Angeklagte vornahm, wurden ursprünglich in den Räumen der Praxis des Dr. W. durchgeführt. Nachdem es im Verlauf der Zusammenarbeit zu Meinungsverschiedenheiten und einem längeren Ruhen der Zusammenarbeit kam, entschlossen sich der Angeklagte und Dr. W. vor dem Jahr 2008 dazu, wieder zusammenzuarbeiten. Die Bedingung des Angeklagten hierfür war, dass die Eingriffe nunmehr in dessen eigenen Praxisräumen durchgeführt werden sollten, obwohl diese aus dem Blickwinkel des anästhetischen Equipments eher unzureichend ausgestattet war. So gab es etwa keine Anschlüsse für die Beatmung von Patienten. Dr. W. ließ sich hierauf ein und führte die seltenen Anästhesien, zumeist nicht einmal wöchentlich, in den Räumen der Praxis des Angeklagten durch. Hierfür bediente er sich nicht der Unterstützung einer seiner Angestellten, sondern kam allein in die Praxis des Angeklagten und ließ auf dessen Wunsch die Patienten nach dem jeweiligen Ende des Eingriffs für die Überwachung der Aufwachphase in der Obhut des Angeklagten bzw. seiner Angestellten, der Zeugin Sch.

d) Der am 3.10.1955 geborene Ulrich L. verspürte Ende August 2008 unklare Schmerzen in der Körperflanke. Es stand eine von VW organisierte Auslandsreise in den Oman bevor, an der Herr L. als Mitglied des gehobenen Managements von VW teilnehmen sollte und wollte. Auf Anraten des Werkarztes von VW bemühte sich Herr L. um eine Abklärung dieser Beschwerden bei einem Urologen.

### **Erste Vorstellung des Patienten L. bei dem Angeklagten**

Herr L. suchte am 28.8.2008 den Angeklagten erstmals auf, wobei nicht festgestellt werden konnte, aus welchen Gründen die Wahl des Herrn L. auf den Angeklagten fiel. Herr L. schilderte dem Angeklagten beidseitige Flankenbeschwerden sowie seine Absicht, in der Folgeweche eine Reise in den Oman zu unternehmen. Außerdem schilderte Herr L., dass er mit Ausnahme seltener Nykturie ansonsten keine auffälligen Beschwerden habe. Der Angeklagte führte an diesem Tag bereits eine Sonographie-Untersuchung durch und stellte die Diagnose „Nieren bds.: Multiple steintypische Verschattungen in allen Kelchgruppen im Sinne (..) kleiner Kelchsteine und Mikrolithen (...)“. Er fertigte insgesamt neun Sonografieprints an. Auf keinem dieser Prints war ein Anhalt für einen Steinbefund erkennbar. Ob der Angeklagte bereits an diesem Tag wusste, dass die Diagnose „Nierensteine“ falsch war, vermochte die Kammer nicht mit der erforderlichen Gewissheit festzustellen. Sie geht daher zugunsten des Angeklagten davon aus, dass dieses nicht der Fall war. Der Angeklagte vereinbarte mit Herrn L. für den Folgetag einen Termin zur Durchführung eines sogenannten Ausscheidungsurogramms.

### **Ausscheidungsurogramm am 29.8.2008**

Herr L. suchte sodann am 29.8.2008 erneut den Angeklagten auf. Dieser dokumentierte nun, dass sich Herr L. bei anhaltenden Flankenbeschwerden wohl fühle.

Herr L. unterzeichnete eine durch den Angeklagten vorformulierte Erklärung, die die Risiken der angeblichen Nierensteine erheblich übertrieb. Die Erklärung lautet:

„Herr Dr. Sk. hat am 28.8.2008 bei

der urologischen Untersuchung multiple kleinere Nierenkelchsteine festgestellt.

*Ich bin darüber informiert worden, dass ein geringes Risiko besteht, dass die Nierensteine spontan abgehen, sehr selten erfolgt der Angang (sic!) auch unter Koliken und extrem selten mit der Komplikation einer fieberhaften Urosepsis. Die Urosepsis führt ihrerseits in einem 2-stelligen Prozentsatz bis zum Tode.*

*Aufgrund der Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung besteht außerdem ein nicht unerhebliches Risiko eines akuten Harnverhaltens.“*

Vor dem Hintergrund dieser deutlich tendenziösen Informationen willigte Herr L. zumindest mündlich in das nun anstehende Ausscheidungsurogramm ein, das durchzuführen noch den Regeln der ärztlichen Kunst entsprach, um dem am Vortag aufgetretenen Steinverdacht nachzugehen. Das Ausscheidungsurogramm wurde sodann angefertigt. Hierzu wurde Herrn L. durch den Angeklagten selbst oder durch die Zeugin Sch. auf Weisung des Angeklagten Kontrastmittel appliziert und eine Röntgenuntersuchung des Harnleitersystems, insbesondere beider Nieren unter Kontrastmittel durchgeführt. Das Kontrastmittel ist auf der Röntgenaufnahme sichtbar. Es umfließt Harnleitersteine, sofern diese vorhanden sind, sodass diese als kontrastarme Aussparungen auf den Röntgenaufnahmen erkennbar werden. Einen Allergietest bzgl. der Verträglichkeit des jodhaltigen Kontrastmittels führte der Angeklagte bei Herrn L. entgegen den Regeln der ärztlichen Kunst zuvor nicht durch. Insbesondere ermittelte er nicht den TPS-Wert des Patienten, wobei sich dies jedoch im Ergebnis nicht negativ auf die Gesundheit des Patienten auswirkte. Der Angeklagte röntgte nach Applikation des Kontrastmittels beide Nieren. Es ergab sich kein positiver Steinbefund, was dem Angeklagten spätestens jetzt

deutlich wurde. Er notierte in der Patientenakte: „kein röntgenpositiver Steinbefund“.

Obwohl er spätestens jetzt zweifelsfrei erkannte, dass bei Herrn L. keine Harnleitersteine vorhanden waren, entschloss sich der Angeklagte, die Behandlung des Patienten fortzusetzen, um weitere Behandlungen zu erbringen und abrechnen zu können. Dabei nahm er zumindest billigend in Kauf, in Zukunft auch solche Behandlungen durchzuführen, die medizinisch jedenfalls zum jeweiligen Behandlungszeitpunkt nicht indiziert waren und die die körperliche Integrität des Patienten beeinträchtigen könnten. Seinen Patienten informierte der Angeklagte entsprechend seiner Planung nicht.

Darüber hinaus diagnostizierte der Angeklagte bei dem Patienten ein Prostataadenom, Stauungs-/Infektanzeichen in beiden Samenblasen, post miktioem Restharn 100 ml sowie imperativen Harndrang. Er verschrieb seinem Patienten zunächst Novalgin, Buscupan, Avalox und Clindamycin, ein Antibiotikum, auch weil der Patient kurz danach eine Auslandsreise antreten wollte.

Herr L. fasste großes Vertrauen in den Angeklagten und dessen ärztliche Fähigkeiten, auch weil dieser sich für die Beratung viel Zeit genommen hatte. Infolge der Einnahme der verschriebenen Medikamente war Herr L. im weiteren Verlauf weitgehend schmerzfrei und konnte an der Dienstreise in den Oman zur Durchführung von Testfahrten teilnehmen. Diese Reise wurde ärztlich begleitet, was Herr L. seiner besorgten Lebensgefährtin sowie dem Angeklagten gegenüber auch kommunizierte.

### ESWL-Behandlung am 15.9.2008 und vorbereitende Maßnahmen

a) Nach der Rückkehr von seiner Dienstreise suchte Herr L. den An-

geklagten erstmals wieder am 9.9.2008 auf. Der Angeklagte bemerkte in seiner Behandlungsdokumentation, dass er bei Herrn L. eine Sonografie mit unverändertem Befund und eine urologisch-somatische Untersuchung durchgeführt habe, die bis auf etwas Druckschmerz im Flankenbereich unauffällig gewesen sei. Im Zuge dieses Behandlungstermins wurde über die Durchführung einer Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (im Weiteren: ESWL), einer Harnsteinzertrümmerung mittels Stoßwellen gesprochen. Herr L. wurde ein schriftlicher Aufklärungsbogen ausgehändigt, der die ESWL, ihre Indikation, ihren Ablauf, Behandlungsalternativen, Nebenwirkungen und Komplikationen, insbesondere Haublutungen, Blutergüsse, Koliken, Harnwegsinfektionen, Urosepsis, aufführte. Der Angeklagte nahm im Rahmen des Aufklärungsgesprächs noch handschriftliche skizzenhafte Erläuterungen vor. Den ebenfalls für diese Behandlung ausgereichten Patientenfragebogen füllte Herr L. vollständig aus, wobei er angab, unter keiner der auf dem Fragebogen aufgeführten Erkrankungen/Beschwerden zu leiden und die aufgeführten Medikamente nicht einzunehmen. Der Angeklagte führte zudem ein Aufklärungsgespräch mit Herrn L., in dessen Anschluss der Patient eine schriftliche Einwilligungserklärung hinsichtlich einer ESWL-Behandlung rechts unterzeichnete. Der Angeklagte fügte zuvor maschinenschriftlich in die Dokumentation des Aufklärungsgesprächs, die auf derselben Seite wie die Einwilligungserklärung abgedruckt war, folgenden Zusatz ein: „Erörtert wurden z.B.: Wahl des Verfahrens und eventuell zusätzliche Maßnahmen, Vor- und Nachteile gegenüber anderen Methoden, mögliche Komplikationen, risikohöhernde Besonderheiten, medikamentöse Nachbehandlung sowie Blutung, Entzündung, Schmerzen, Verletzung umgebener Organe, Erfolglosigkeit,

Revisionseingriff“. Als voraussichtlicher Behandlungstermin wurde der 15.9.2008 notiert.

Zu diesem Zeitpunkt wusste der Angeklagte jedenfalls nach dem unauffälligen Ausscheidungsurogramm in Verbindung mit dem Befund der Sonografie vom 28.8.2008, dass bei Herrn L. keine Harnleitersteine vorlagen und die Durchführung der ESWL nicht indiziert war. Ferner wusste der Angeklagte, der eine Vielzahl von ESWL-Behandlungen bei anderen Patienten durchgeführt hatte, von der mit jeder ESWL-Behandlung verbundenen Gesundheitsgefahr, wie sich bereits aus dem durch ihn an den Patienten ausgereichten Aufklärungsbogen sowie seinen maschinenschriftlichen Ergänzungen des Formulars zum Aufklärungsgespräch ergibt. Dennoch spiegelte er Herrn L. wider besseres Wissen vor, dass dieser unter Nierensteinen leiden würde und deren Behandlung mittels ESWL angezeigt sei; Herr L. stand zudem unter dem Eindruck der am 29.8.2008 erfolgten Risikoinformation über Nierensteine. Bei diesem Vorgehen nahm der Angeklagte Schmerzen des Patienten während und nach dieser Behandlung billigend in Kauf.

Der Angeklagte ging auch nicht davon aus, dass eine sogenannte Sonderindikation zur Durchführung der ESWL-Behandlung deshalb vorlag, weil Herr L. Hobbypilot war und dies die Entfernung auch kleinster, keine Beschwerden verursachender, Steine rechtfertigen würde. Zwar war Herr L. längere Zeit Hobbypilot gewesen, jedoch hatte er dieses Hobby vor Beginn der Behandlung durch den Angeklagten mit Bekanntwerden der Schwangerschaft seiner Lebensgefährtin aufgegeben und darüber hinaus mit dem Angeklagten über sein früheres Hobby nicht gesprochen.

Hätte Herr L. gewusst, dass die ESWL-Behandlung mangels Harnleitersteinbefundes und mangels Beschwerden nicht indiziert war, hätte



er, der Ärzten grundsätzlich skeptisch gegenüber stand, seine Einwilligung in diesen nicht erforderlichen Eingriff nicht erteilt.

b) Am 10.9.2008 vereinbarte Herr L. mit der Praxis des Angeklagten einen Termin zur Durchführung einer ESWL-Behandlung für den 15.9.2008. Zudem unterzeichnete Herr L. nun eine Erklärung zu einer urologischen Behandlung. Nach einem Hinweis auf § 1 Abs. 2 GOÄ erklärte er darin, dass er sich von seinem Urologen die Durchführung einer Steinentfernung/Steinbehandlung mit dem Ziel, schwere und lebensbedrohliche akute Steinkomplikationen zu vermeiden, auch dann wünsche, wenn die Behandlung im Sinne der GOÄ als nicht unbedingt medizinisch angesehen werde. Diese Erklärung diene allein der Absicherung der durch die Behandlung entstehenden Kosten, die Herr L. danach gegebenenfalls selbst bezahlen sollte, wenn es bei der nachfolgenden Abrechnung mit der privaten Krankenkasse zu Problemen kommen würde. Eine Ausweitung des Behandlungsauftrages auf medizinisch nicht gebotene Maßnahmen war damit nicht verbunden.

c) Am 15.9.2008 kam es zu einer ESWL-Behandlung der rechten Körperseite um 14:30 Uhr und um 15:00 Uhr, die der Zertrümmerung der vermeintlichen, tatsächlich aber nicht vorhandenen Nierensteine (rechts) dienen sollte.

Die Schmerzen des Patienten klangen in der Folgezeit ab. Das Ergebnis dieser Behandlung überprüfte Herr Dr. Sk. anschließend mit einer Sonographie der rechten Niere. Hierbei notierte er, dass kein Paravasat vorgelegen habe. Er hielt fest: „*Konkremente mit Desintegrationsanzeichen*“ sowie Niere rechts: „*kein Stau, sonst unverändert*“.

d) Im Nachgang dieser Behandlung wurde die rechte Niere des Patienten durch den Angeklagten erneut sonografisch überprüft und

zwar jeweils am 16.9. und am 17.9.2008. Der Angeklagte hielt in seiner Behandlungsdokumentation für den 16.9.2008 fest, eine Sonografie der rechten Niere sowie Urinanalysen durchgeführt zu haben. In der Niere sei kein Paravasat aufgefallen, jedoch seien wie am Vortag Konkremente mit Desintegrationsanzeichen zu erkennen gewesen. Er empfahl dem Patienten, mehr als 3 Liter pro Tag zu trinken sowie u.a. zu joggen und Seilzuspringen, um gegebenenfalls einen natürlichen Abgang der vermeintlichen Steine zu erleichtern.

Am 17.9.2008 dokumentierte der Angeklagte bei der urologisch-somatischen Untersuchung einen unauffälligen Befund bis auf leichten Druckschmerz an der rechten Flanke. Er dokumentierte eine Sonografieuntersuchung der rechten Niere, die einen fortgeschrittenen Desintegrationsabgang zeige. Es wurden die gleichen Bewegungsempfehlungen wie am Vortag dokumentiert.

Der Angeklagte teilte dem Patienten sodann mit, dass bei der ESWL-Behandlung nur zwei von vier vorhandenen Nierensteine zertrümmert worden und darüber hinaus zwei weitere Steine entdeckt worden seien.

### **Operativer Eingriff vom 8.10.2008**

a) Im weiteren Nachgang zur ESWL-Behandlung dokumentierte der Angeklagte am 22.9.2008 eine Beschwerdefreiheit des Patienten sowie eine unauffällige urologisch-somatische Untersuchung und stellte die Indikation für eine weitere ESWL-Behandlung, die jedoch nicht mehr durchgeführt wurde. Es wurden an diesem Tag zwei Uroflowmetrien zur Bestimmung des Harnstrahls des Patienten durchgeführt. Es wurde durch den Angeklagten danach die Indikation zu einem operativen Eingriff (Urethrocystoskopie i.N. nebst retrogradem Röntgen beid-

seits und Samenblaseninfiltration beidseits nebst eventuellen Erweiterungen) gestellt und der Eingriffstermin auf den 8.10.2008 festgesetzt. Dem Angeklagten war dabei bewusst, dass die festgelegten Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt allenfalls teilweise medizinisch angezeigt waren, insbesondere weil Herr L. keine subjektiven Beschwerden beim Harnlassen hatte. Er verschwieg diesen Umstand jedoch gegenüber Herrn L., der dergestalt getäuscht von einer insgesamt indizierten Behandlung ausging.

Der Angeklagte nahm die mit dem nicht notwendigen Teil des geplanten Eingriffs erforderlichen Beschwerden und Gesundheitsbeeinträchtigungen des Patienten billigend in Kauf, um weitergehende Einnahmen zu erzielen. Zudem wusste der Angeklagte, dass der geplante Eingriff aufgrund der zeitlichen Dauer und der Schmerzempfindlichkeit dieser Körperregion eine Sedierung bzw. Narkose erfordern würde. Die allgemeinen Risiken einer solchen Narkose waren ihm bekannt, er hielt sie jedoch für gering. Er vertraute darauf, dass diese sich nicht realisieren würden, zumal er mit Dr. W. schon häufig zusammengearbeitet hatte. Dennoch hätte er aber aufgrund seiner langjährigen Erfahrung als Operateur und seiner umfangreichen Fachkenntnisse erkennen können und müssen, dass letztlich sogar ein tödlicher Ausgang des Eingriffs möglich war.

b) Am 23.9.2008 dokumentierte der Angeklagte die urologisch-somatische Untersuchung als unauffällig; ebenso dokumentierte er u.a. eine Sonographie der rechten Niere, jedoch keinen Befund.

Es erfolgte eine umfassende Aufklärung und OP-Beratung des Patienten im Hinblick auf den für den 8.10.2008 geplanten Eingriff. Herr L. hatte auch zu diesem Zeitpunkt subjektiv nach wie vor keine Beschwerden, auch nicht beim Harnlassen.

Der Angeklagte riet Herrn L. dennoch, eine Blasenspiegelung mit anschließender beidseitiger Röntgenaufnahme der Niere, eine sogenannte Pyelographie, durchführen zu lassen. Im Anschluss sollte gegebenenfalls eine Schlitzung der Harnröhre erfolgen, falls sich deren Notwendigkeit während des Eingriffs herausstellen würde.

Während eines Zeitraums von 11:50 Uhr bis 13:09 Uhr unterzeichnete Herr L. zahlreiche Aufklärungsbögen für eine Meatotomie/Urethrotomie, d.h. eine innere Harnröhrenschlitzung, für eine beidseitige Röntgenkontrastdarstellung der Nieren und der ableitenden Harnwege, für eine diagnostische Spiegelung der Harnröhre und der Blase sowie für eine Gewebeentnahme aus der Prostata. Zum Teil nahm der Angeklagte dabei handschriftliche Ergänzungen der erklärenden Skizzen der Aufklärungsvordrucke vor und ergänzte für die einzelnen Eingriffe jeweils maschinenschriftlich Hinweise auf mögliche Komplikationen.

Hätte Herr L. gewusst, dass dieser Eingriff jedenfalls teilweise medizinisch nicht notwendig war und er sich bereits mit der ESWL-Behandlung einer letztlich unnötigen und nur zum finanziellen Vorteil des Angeklagten durchgeführten Behandlung unterzogen hatte, hätte er seine Zustimmung zu dieser Behandlung nicht erteilt. Das war auch dem Angeklagten bewusst, der dem Patienten diese Umstände bewusst verschwiegen, um weitere urologische Maßnahmen erbringen und abrechnen zu können.

Herr L. erzählte Frau D. vorab bewusst nichts von diesem bevorstehenden vermeintlichen Routineeingriff, um sie nach der Geburt der gemeinsamen Tochter und der Feststellung ihrer Mukoviszidose-Erkrankung nicht weiter zu beunruhigen.

c) Am Vortag des geplanten Eingriffs vereinbarte der Angeklagte mit der Mitarbeiterin der Praxis des

Dr. W., Frau Sch., einen Eingriff an Herrn L. unter anästhesiologischer Betreuung durch Dr. W. für den Folgetag. Den Beginn der Operation des Herrn L. legte er ursprünglich auf 7:30 Uhr fest, verlegte diesen aber im weiteren Verlauf nach hinten auf 8:00 Uhr. Mit welcher Mitarbeiterin des Dr. W. der Angeklagte die Terminverlegung vereinbarte und aus welchem Grund diese erforderlich wurde, konnte die Kammer nicht feststellen.

Der Eingriff sollte ursprünglich 30 bis 45 Minuten dauern, wobei ein Großteil dieser Zeit auf die beidseits durchzuführende Pyelographie entfallen sollte. Anders als der Angeklagte, der an diesem Tag nur diesen Eingriff geplant hatte, stand Dr. W. an diesem Tag unter einem spürbaren Termin- und Zeitdruck, da durch ihn ab 8:40 Uhr mehrere Operationen des Chirurgen Dr. P. in den Räumlichkeiten des Dr. W. bis in den Nachmittag hinein anästhesiologisch zu betreuen waren. Die erste durch Dr. P. geplante Operation sollte ursprünglich früher beginnen, wurde jedoch wegen der Terminverlegung durch Dr. Sk. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Die ebenfalls in der Anästhesie-Praxis tätige Anästhesistin Frau Dr. M. hatte an diesem Morgen mehrere gynäkologische Eingriffe in einem anderen OP-Raum in ihrer Praxis anästhesiologisch zu betreuen und zu überwachen. Weitere Narkoseärzte gab es in der Praxis nicht.

d) Herr L. ließ sich an diesem Morgen durch seinen Mitarbeiter Herrn B. zu dem Eingriff fahren, der ihn danach auch wieder abholen und zur Arbeit oder nach Hause bringen sollte. Herr L. wurde von der Mitarbeiterin des Angeklagten, Frau Sch., empfangen und für den Eingriff vorbereitet. Neben dem Umkleiden (Herr L. musste statt seiner Kleidung ein OP-Hemd anlegen) wurde dem Patienten in einem Nebenraum des eigentlichen Eingriffsraums durch Frau Sch. ein Zugang für eine Infusion ge-

legt. Eine Infusion aus 500 ml Natriumchlorid, fünf Ampullen Buscopan, zwei Ampullen Novalgin und einer Ampulle Paspertin wurde an den zuvor gelegten Zugang angeschlossen, jedoch die Infusion noch nicht verabreicht.

In diesem Zustand, in unmittelbarer zeitlicher und räumlicher Nähe zum Eingriff, traf Dr. W. zum ersten Mal auf Herrn L. Er klärte den Patienten über die Risiken der Narkose auf. Hierzu überreichte Dr. W. dem Patienten zunächst einen Aufklärungs- und Fragebogen zur Narkose. In diesem war u.a. festgehalten:

*„Für Ihre sorgfältige Betreuung, die Schmerzausschaltung und die Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Funktionen (vor allem der Atmung und des Kreislaufes) während dieses Eingriffes sind wir als Fachärzte für Anästhesiologie (Narkosearzt) zuständig. Die enge Zusammenarbeit mit dem Arzt, der den Eingriff durchführt, dient Ihrer Sicherheit und Ihrem Komfort.*

*Bitte füllen Sie deshalb den Bogen sorgfältig und gewissenhaft aus und richten Sie sich peinlich genau nach den noch folgenden Anweisungen. Das alles hilft mir, so sicher wie irgend möglich für Sie zu arbeiten und Sie optimal zu versorgen. Unter Beachtung und Berücksichtigung aller dieser Punkte ist die Durchführung einer ambulanten Operation und Narkose statistisch genauso sicher, wie bei der Durchführung im Rahmen eines Klinikaufenthaltes.“*

Ferner hielt der Aufklärungsbogen fest:

*„Nach dem Eingriff:*

*Bis Sie sich von dem Eingriff und der Narkose erholt haben, lassen wie Sie in der Praxis ruhen. Während dieser Zeit werden Sie von uns und unserem Praxispersonal überwacht. (...).“*

Herr L. unterzeichnete in der geschilderten Situation diesen Aufklärungs- und Fragebogen. Er gab gegenüber Herrn Dr. W. an, dass er an keinen Herzerkrankungen, Thrombose oder Lungen- und Atemwegserkrankungen leide und noch nie in

Narkose operiert worden sei. Er gab abschließend im Zuge der Einholung seiner schriftlichen Einwilligungserklärung weiter an, keine Fragen mehr zu haben. Dr. W. vermerkte zudem auf der schriftlichen Einwilligungserklärung noch ausdrücklich, dass Herr L. keine weitere Risikoabzählung wünsche. Dr. W. vermerkte in der von dem Patienten unterzeichneten Einwilligungserklärung als Narkoseverfahren: „Vollnarkose“.

Dr. W. wusste, dass die von ihm einzuleitende und zu überwachende Narkose zwar statistisch ebenso sicher war wie eine im klinischen Umfeld durchgeführte Anästhesie. Jedoch wusste er auch, dass die Umstände, die für diese Sicherheit maßgeblich sind, durch ihn an diesem Tag in diesem Umfeld nicht bereitgehalten werden konnten. Dr. W. beabsichtigte, die mittels Propofol und Larynxmaske durchzuführende Sedierung ausschließlich mittels Blutdruckmanschette und Pulsoximeter zu überwachen. Ein EKG-Gerät wollte Dr. W. dagegen - in Abweichung vom fachärztlichen und insbesondere stationären anästhesiologischen Standard - nicht einsetzen. Zudem wollte Dr. W. weder einen Defibrillator noch eine Sauerstoffflasche in unmittelbarer Nähe zur Verfügung haben, falls eine Komplikation eintreten würde. Dieses Equipment verblieb in der Praxis des Dr. W., was dieser auch wusste. Dr. W. war bekannt, dass hieraus ein Sicherheitsdefizit im Vergleich zu einer in einem stationären Umfeld durchgeführten Narkose bestand, Herr L. aber nach Lektüre des Aufklärungs- und Fragebogens darauf vertraute, dass die Narkose ebenso sicher wie in einer Klinik sein würde. Zudem erkannte Dr. W. die Umstände, unter denen er den Patienten aufklärte. Dieser befand sich unmittelbar vor dem Eingriff bereits in einem OP-Hemd in einem Raum neben dem Eingriffssaal. Eine Infusion war bereits angeschlossen, wenn auch die darin be-

findlichen Medikamente noch nicht verabreicht wurden. Es war Dr. W. bewusst, dass eine freie Entscheidung des Patienten, die Narkose durchführen zu lassen, in dieser Situation und zu diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich war. Wäre Herr L. über die tatsächlichen Umstände der angestrebten Narkose aufgeklärt worden, insbesondere die „Zeitnot“ von Dr. W., hätte er die Einwilligungserklärung nicht unterschrieben. Dass Dr. W. während des Aufklärungsgesprächs oder davor bereits positiv wusste, dass er den Patienten während der Anästhesie einmal oder mehrmals ohne entsprechende erforderliche Beobachtung zurücklassen würde, weil er daneben noch eine weitere Anästhesie in seinen eigenen Praxisräumen zu begleiten hatte und dem Patienten dies verschwiegen, hat die Kammer nicht festgestellt.

Im Anschluss an dieses Aufklärungsgespräch, zu einem nicht mehr genau feststellbaren Zeitpunkt nach 8:00 Uhr, ging Herr L. mit Dr. W. in den eigentlichen Eingriffssaal. Herr L. sagte verwundert: „*Das sieht ja aus wie im Kreißsaal*“, woraufhin Dr. W. nachfragte, ob er kürzlich in einem Kreißsaal gewesen sei. Herr L. teilte mit, wenige Tage zuvor Vater geworden zu sein. Mit dem Vorschlag, Herr L. möge beim Einschlafen an seine Tochter denken, leitete Dr. W. eine Analgosedierung mit Propofol ein. Die Dosierung des Propofol wurde auf Wunsch des Patienten zunächst eher gering gewählt, da dieser nach dem Eingriff bald wieder zur Arbeit gehen wollte. Dem Patienten wurde eine Larynxmaske eingesetzt, um ein Verrutschen der Zunge zu vermeiden und gegebenenfalls eine Beatmung über die Maske und einen Beatmungsbeutel zu ermöglichen. Zur Überwachung seiner Vitalfunktionen wurde Herr L. lediglich an ein Pulsoximeter angeschlossen, das neben dem Herzschlag auch die Sauerstoffsättigung, nicht aber eine EKG-Linie, anzeigte. Der Alarm des

Pulsoximeters wurde durch Dr. W. zunächst entgegen den Regeln der ärztlichen Kunst deutlich zu niedrig auf eine Sauerstoffsättigung von 85 % eingestellt.

Es erfolgte sodann in dem inzwischen abgedunkelten Raum zunächst die Blasenspiegelung zur Suche nach - wie Dr. Sk. wusste - vermeintlichem, tatsächlich aber nicht vorhandenen Steingriß (kleine Trümmerteile der angeblichen Nierensteine nach der ESWL vom 15.9.2008) sowie zur Prüfung des Harnflusses. In dieser Zeit liefen in den Räumen von Dr. W. bereits die ersten Vorbereitungen für einen chirurgischen Eingriff von Dr. P. an der Hand eines Patienten. Dieser Eingriff wurde von 8:40 Uhr bis 9:10 Uhr in den Räumen von Dr. W. durchgeführt. Eine Mitarbeiterin von Dr. W. erschien dazu in den Räumlichkeiten des Angeklagten und verbrachte den dort befindlichen Narkosewagen des Dr. W., auf dem sich neben notwendigen Medikamenten auch Masken und Tuben befanden, in den OP zu Dr. P. Dr. W. entnahm zuvor einige Medikamente zur Vertiefung der Sedierung sowie zur Unterstützung der Aufwachphase, Propofol, Notfallmedikamente und einen Beatmungsbeutel und drapierte diese Gegenstände auf einem von ihm sogenannten Narkosetablett.

### **Fehlverhalten des Anästhesisten Dr. W.**

Etwa gegen 8:40 Uhr verließ Dr. W. an diesem Morgen dann zum ersten Mal bewusst, entgegen den Regeln der narkoseärztlichen Kunst, während der laufenden Anästhesie die Räume von Dr. Sk., um nun in seinen eigenen Räumen für den durch Dr. P. zu operierenden Patienten eine Narkose nebst Intubation einzuleiten. Für etwa fünf Minuten war Herr L. an diesem Morgen so erstmals ohne Überwachung durch einen Anästhesisten. In dieser Zeit wurde der Patient unruhig und

bewegte sich. Der Angeklagte wies Frau Sch. in dieser Situation an, nach Herrn Dr. W. zu suchen, was diese auch tat. In dieser Zeit war Dr. Sk. allein mit dem Patienten. Frau Sch. erreichte telefonisch eine Mitarbeiterin von Dr. W., Frau K. und teilte dieser mit, dass Dr. W. benötigt würde. Dr. W. kehrte wenig später zurück und spritzte aufgrund der Mitteilungen von Herrn Dr. Sk. und Frau Sch., der Patient sei wach geworden und habe sich bewegt, nach Gefühl etwas Propofol nach. Herr L. wurde dadurch wieder ruhiger.

Der urologische Eingriff wurde sodann mit der vorgesehenen retrograden Pyleographie fortgesetzt. Hierzu verabreichte der Angeklagte dem Patienten zunächst über Harnröhre und Blase Kontrastmittel in zunächst einen Harnleiter. Dieser wurde hier nach samt Niere geröntgt. Dazu verließen Frau Sch. und Herr Dr. W. jeweils zum Eigenschutz den Bereich der Röntgenstrahlung, während der Angeklagte, versehen mit einer Bleischürze, bei dem Patienten blieb. Nach der ersten Röntgenaufnahme traten Frau Sch. und Dr. W. wieder in den Operationsraum. Frau Sch. entwickelte das angefertigte Röntgenbild, was ca. fünf Minuten in Anspruch nahm.

In dieser Zeit wurde Dr. W. zunehmend unruhig, da für ihn die Zeit drängte und er zurück zu dem Patienten von Dr. P. wollte. Der Angeklagte verabreichte wie beschrieben Kontrastmittel in den anderen Harnleiter. Es wurde wie beschrieben erneut eine Röntgenaufnahme des anderen Harnleiters angefertigt und entwickelt. Nach der zweiten Röntgenaufnahme fragte Dr. W. den Angeklagten im OP kurz: „War es das?“, was dieser bejahte.

Dr. W. entschloss sich in dieser Situation ohne weitere konkrete Absprachen mit dem Angeklagten, den Eingriff abermals zu verlassen und stattdessen wieder zu Dr. P. und dessen Patienten zurückzukehren, was - wie er jetzt und bereits beim ersten Ver-

lassen des Patienten wusste - den Regeln der narkoseärztlichen Kunst, die bereits zum damaligen Zeitpunkt Gültigkeit beanspruchten, eklatant widersprach. Demnach durfte und darf ein Patient nur unter anästhesieärztlicher Aufsicht in eine Narkose/Sedierung eingeleitet werden, er muss während der Dauer der Anästhesie von diesem überwacht werden und bis in die sogenannte Aufwachphase begleitet werden, bis sichergestellt ist, dass der Patient ansprechbar ist und auf Nachfragen adäquat reagiert. Eine Delegation dieser Überwachung auf Ärzte anderer Fachrichtungen bzw. anderes geschultes Personal, etwa medizinische Fachangestellte auch während der Aufwachphase ist zwar grundsätzlich möglich und zulässig, aber nur dann, wenn diese Personen sich vollkommen der Überwachung des Patienten widmen. Der operierende Arzt und das diesem assistierende Personal waren keine zur Überwachung der Anästhesie geeigneten Personen, da sie sich auf ihre eigenen Aufgaben konzentrieren, was Dr. W. auch bewusst war.

Bevor er Herrn L. zum zweiten Mal verließ, entblockte Dr. W. die Larynxmaske, an der Herr L. sodann nuckelte bzw. darauf biss, was ein Zeichen dafür ist, dass der Patient sich nicht mehr in einer sehr tiefen Anästhesie befand. Dr. W. bemerkte dies und beließ die Maske im Mund des Patienten, zum einen, um dessen Zähne nicht zu beschädigen und zum anderen, weil er keine zwingende Veranlassung sah, sie zu entfernen, da der Patient sich diese später selber würde „ziehen“ können. Dr. W. stellte den Alarm des Pulsoximeters auf eine Sauerstoffsättigung von nur noch 80 % ein und setzte die ohnehin deutlich zu niedrige Alarmstufe so noch weiter herab. Sodann ließ Dr. W., der nur wenige weitere Minuten der Überwachung für den Patienten in dieser Aufwachphase hätte aufwenden müssen, um eine sichere Anästhesie zu gewährleisten, Herrn L.

gegen 9:00 Uhr in der Obhut von Dr. Sk. und Frau Sch. zurück, ohne weitere Absprachen zu treffen. Auch die gefüllte Spritze mit Propofol blieb in den Räumen des Angeklagten liegen.

Dem Angeklagten war aufgrund seiner umfangreichen Ausbildung bewusst, dass eine weitere Fortsetzung des Eingriffs ohne Anästhesisten nun erhebliche, möglicherweise auch tödliche, Gefahren für den Patienten bedeuten konnte. Beiden Ärzten war bekannt, dass insbesondere die Aufwachphase bei einem Patienten besonders kritisch ist und einer aufmerksamen Überwachung bedarf. Dr. Sk. vertraute indes darauf, dass es letztlich gut gehen würde, da nur noch wenige, zudem nur wenig Zeit in Anspruch nehmende, Maßnahmen ausstünden, insbesondere die Harnröhrenschlitzung. Dass der Angeklagte einen möglichen Tod seines Patienten billigend in Kauf nahm oder er das Bewusstsein hatte, dass gerade sein weiteres Verhalten in dieser Situation zu einer bedrohlichen Verschlechterung der Lage des Patienten führen würde und er dies zumindest billigend in Kauf genommen nahm, hat die Kammer nicht festgestellt.

Zu einem Zeitpunkt kurz nach 9:00 Uhr, als Dr. Sk. und Frau Sch. allein mit dem Patienten waren und nachdem der urologische Eingriff u.a. mit einer Harnröhrenschlitzung, einem Abstrich und einem Verbinden des Operationsbereiches fortgesetzt und beendet war, ohne dass eine Punktion nebst Probeentnahme aus Samenblase und Prostata vorgenommen worden wäre, kam es plötzlich zu einer bei der Verwendung von Propofol nicht untypischen Komplikation in Form eines Atemstillstandes des Patienten. Dieser wurde in dem nach wie vor abgedunkelten Raum und aufgrund des herabgesetzten Alarms des Pulsoximeters zunächst nicht durch den Angeklagten und Frau Sch. bemerkt. Der Angeklagte und Frau Sch. verließen den Eingriffs-



raum und begaben sich in einen Vorraum, u.a. um sich die Hände zu waschen.

In dieser Situation, ca. 10 bis 15 Minuten nach seinem letzten Weggang, traf Dr. W. die beiden Personen an. Er wollte sich noch einmal des Zustandes des Patienten vergewissern, nachdem er inzwischen für den Patienten von Dr. P. tätig geworden war. Schon im Flur vor dem Eingriffsraum vernahm er deutlich den Alarm des Pulsoximeters, der auf eine zu niedrige Sauerstoffsättigung als Zeichen eines möglichen Sauerstoffmangels hinwies. Dr. W. nahm den Angeklagten und Frau Sch. in dem Vorraum wahr, denen ihrerseits der Ernst der Lage augenscheinlich nicht bewusst war. Er lief an ihnen vorbei, da er - anders als der Angeklagte und Frau Sch. - die lebensbedrohliche Situation für Herrn L. sofort erkannte und ernst nahm.

Dr. W. begann mit Reanimationsmaßnahmen, während sich der Angeklagte zunächst in das ursprüngliche Operationsgebiet zwischen die Beine des Herrn L. begab, wobei die Kammer nicht feststellen konnte, was er dort tat. Frau Sch. wurde losgeschickt, um Frau Dr. M. aus der Praxis des Dr. W. zu holen. Diese wunderte sich, dass sie aufgefordert wurde, mit ihrem Narkosewagen zu Dr. W. und dem Angeklagten zu kommen, da sie davon ausging, dass Dr. W. seinen Narkosewagen bei sich haben würde. Frau Dr. M. erschien innerhalb kürzester Zeit und nahm ebenfalls eine dramatische, jedenfalls todesnahe, Situation wahr. Die Pupillen des Patienten waren zum Zeitpunkt ihres Erscheinens kurz nach Beginn der Reanimation bereits lichtstarr, weshalb die Unterversorgung des Gehirns bereits seit ca. fünf Minuten angedauert haben musste. Eine Sauerstoffflasche war zunächst ebenso wenig vorhanden wie ein Defibrillator, beides musste aus der Praxis des Dr. W. geholt werden. Der Versuch, die Sauerstoffflasche an die

Larynxmaske anzuschließen schlug zunächst fehl, da ein entsprechender Verbindungsschlauch nicht an der Flasche vorhanden war. Dr. W. schnitt einen anderen an der Sauerstoffflasche angebrachten Schlauch ab, an dem sich eine Gesichtsmaske befand und schloss den Schlauch sodann an die Larynxmaske an, um den Patienten mit Sauerstoff zu versorgen. Eine Defibrillation scheiterte zunächst mehrfach an Bedienungsfehlern durch den Angeklagten und Frau Dr. M. Beide Komplikationen, die verzögerte Sauerstoffgabe sowie die fehlgeschlagene Defibrillation wirkten sich jedoch nicht nachteilig auf den weiteren Verlauf aus.

Um 9:21 Uhr wurde der diensthabende Notarzt, Dr. Br., alarmiert, der kurze Zeit später bei Herrn L. eintraf. Die Reanimationsbemühungen wurden ca. eine Stunde fortgesetzt, wobei ca. 20 bis 30 Minuten vor Ende der Reanimationsmaßnahmen auch eine sogenannte Lysetherapie durchgeführt wurde, um einen etwaigen Thrombus aufzulösen. Der Notarzt hatte dabei bereits wenig Hoffnung, dass diese verzweifelte Maßnahme gelingen würde. Während der gesamten Reanimationsmaßnahmen konnte ein eigenständiger Kreislauf des Patienten nicht wiederhergestellt werden, auch wenn Dr. Sk. zu Beginn der Reanimationsmaßnahmen gegenüber Dr. W. und Dr. M. angab, in der Leiste des Patienten vermeintlich einen Puls zu spüren.

Schließlich wurden die Rettungsbemühungen eingestellt. Dr. Br. stellte um 10:15 Uhr den Tod des Ulrich L. fest. **Todesursächlich war ein medikamentös herbeigeführter Herz-Kreislaufstillstand infolge der Verwendung von Propofol und der nicht leitliniengerechten Überwachung des Patienten.** Dass der Angeklagte eine Abwesenheit des Dr. W. ausgenutzt und dem Patienten eigenmächtig Propofol nachgespritzt hat und dies darüber hinaus todesursächlich geworden ist, hat die Kam-

mer hingegen nicht festgestellt. Ebenso wenig konnte die Kammer feststellen, dass der Angeklagte unmittelbar vor dem Atemstillstand des Patienten das blutstillende Arzneimittel Cyklokapron verabreicht bzw. dieses sich auf den Gesundheitszustand des Patienten negativ ausgewirkt hat.

Für den Angeklagten war bei Planung, Beginn und Durchführung des Eingriffs vom 8.10.2008 erkennbar und vermeidbar, dass Herr L. infolge den typischen Risiken von Propofol der aktuellen Gefahr ausgesetzt war, während des Eingriffs zu versterben, auch wenn der Angeklagte den Tod des Patienten nicht verursachen wollte. Spätestens als Dr. W. den Operationssaal zum zweiten Mal verließ und Herr L. ohne fachanästhesiologische Überwachung war, war dem Angeklagten die potenzielle Lebensgefahr, in der sich der Patient befand, bewusst. Der Angeklagte hätte in diesem Moment - wie er wusste - den Eingriff sofort beenden und die Überwachung des Patienten durch Hinzurufen eines Anästhesisten oder Notarztes wiederherstellen können und müssen. Er vertraute jedoch darauf, dass er die Lage würde beherrschen können.

### Rechnung vom 28.10.2008

Der Angeklagte stellte für die vom 10.9.2008 bis zum 23.9.2008 durchgeführten Behandlungen unter dem 28.10.2008, mithin nach dem Tod des Patienten, eine Rechnung über insgesamt 2.269,57 € aus, davon für die ESWL-Behandlung vom 15.9.2008 über einen Betrag 1.224,03 €. Für eine ausführliche OP-Beratung vom 23.9.2008 wurden weitere 120,65 € in Rechnung gestellt. Diese Rechnung adressierte der Angeklagte an den Verstorbenen. Die Rechnung wurde sodann auf für die Kammer nicht mehr feststellbare Weise an die private Krankenversicherung

des Verstorbenen, die Barmenia, weitergeleitet, wo sie am 4.11.2008 einging. Der Angeklagte wusste bei dem Versand der Rechnung, dass er keinen Anspruch auf eine Bezahlung der abgerechneten Leistungen hatte, da die ESWL-Behandlung sowie die am 8.10.2008 durchgeführten Maßnahmen teilweise medizinisch nicht notwendig und die Einwilligungen des Patienten in diese Maßnahmen unwirksam waren. Zudem wusste der Angeklagte, dass er durch das Stellen der Rechnung dem Empfänger gegenüber zum Ausdruck brachte, dass die abgerechneten Leistungen medizinisch notwendig gewesen waren. Hierbei wollte er die Zahlung durch den Empfänger des Schreibens an sich bewirken, um sich eine Einnahmequelle von einigem Umfang und einiger Dauer zu verschaffen. Dabei war es dem Angeklagten gleichgültig, ob die Zahlung täuschungsbedingt durch Frau D. als Hinterbliebene, durch die Erben des Herrn L. oder aber durch die Barmenia als dessen Versicherung vorgenommen werden würde. Diese Rechnung wurde im weiteren Verlauf allerdings nicht mehr beglichen.

### Aus den Gründen:

#### Rechtliche Würdigung der Tat vom 15.9.2008 als vorsätzliche Körperverletzung

Der Angeklagte hat sich durch die Anordnung der in zwei Etappen durchgeführten ESWL-Behandlung am 15.9.2008 einer vorsätzlichen Körperverletzung in mittelbarer Täterschaft gemäß §§ 223 Abs. 1, 25 Abs. 1 Var. 2 StGB schuldig gemacht. Dabei ist die Kammer zugunsten des Angeklagten von einer einheitlichen Körperverletzungshandlung ausgegangen, auch wenn die ESWL-Behandlung in zwei Sitzungen stattfand.

Die Durchführung der ESWL-Behandlung bei Herrn L. stellt eine Körperverletzung im Sinne des § 223 Abs. 1 StGB dar. Eine Körperverletzung im Sinne dieser Norm ist in ihrer tatbestandlichen Ausprägung als körperliche Misshandlung jede üble und unangemessene Behandlung, die das körperliche Wohlbefinden nicht nur unerheblich beeinträchtigt (vgl. Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, § 223, Rdnr. 4 mit weiteren Nachweisen).

Herr L. wurde durch die Behandlung mittels ESWL mit einer Stufe von 4 bzw. 3 bis 4, jeweils 1.200 Stößen körperlich misshandelt und an der Gesundheit geschädigt. Herr L. verspürte nach der ESWL-Behandlung Schmerzen.

Der Angeklagte hielt durch das bewusste Stellen der falschen Diagnose „Nierensteine“ und die Festlegung des Behandlungsgebietes sowie der Behandlungsdauer und -intensität die Herrschaft des Geschehens in den eigenen Händen. Durch die Anordnung der Durchführung der Behandlung und die Irreführung auch des Zeugen F., der von der fehlenden Indikation für die Behandlung keine Kenntnis hatte, setzte er diesen als vorsatzloses, da sich in einem Tatbestandsirrtum (§ 16 StGB) befindliches Werkzeug und somit als Tatmittler ein und hatte seinerseits objektiv die Tatherrschaft, sodass der Angeklagte die Tat durch den Zeugen F. im Sinne einer mittelbaren Täterschaft beging (vgl. zu den Voraussetzungen der mittelbaren Täterschaft bei Tatbestandsirrtum BGH, Urteil vom 26.1.1982 - 4 StR 631/81, BGHSt 30, 363 f.).

Der Angeklagte handelte vorsätzlich sowohl hinsichtlich des Verletzungserfolges als auch hinsichtlich seiner Stellung als mittelbarer Täter und der fehlenden Kenntnis des Zeugen F. von der vorsätzlich falsch gestellten Diagnose „Nierensteine“ und somit dessen Rolle als Tatmittler kraft Tatbestandsirrtums. Etwaige

Erleichterungen hinsichtlich des voluntativen Elements des Vorsatzes dahingehend, dass ein Arzt aufgrund der Heilungstendenz seines Handelns keine üble und unangemessene Behandlung, sondern vielmehr eine angemessene Behandlung zur Wiederherstellung bzw. Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten will, kann der Angeklagte für sich nicht in Anspruch nehmen. Der Angeklagte hat die ESWL-Behandlung bewusst nicht zum Zweck der Heilung angeordnet, da er wusste, dass kein behandlungsbedürftiger Befund vorlag.

Der Angeklagte handelte sodann auch rechtswidrig. Es lag keine wirksame Einwilligung vor, die die Rechtswidrigkeit der ärztlichen Behandlung ausgeschlossen hätte (vgl. zur Einwilligung Fischer, StGB, § 223, Rdnr. 22 ff.). Eine wirksame Einwilligung setzt eine umfassende und wahrheitsgemäße Aufklärung voraus. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, das über das allgemeine Persönlichkeitsrecht gemäß Artikel 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG verfassungsrechtlichen Schutz genießt, verlangt von dem Arzt, dass er den Patienten über die Risiken und Erfolgsaussichten sowie Behandlungsalternativen aufklärt. Selbstverständlich setzt das Selbstbestimmungsrecht zunächst voraus, dass der Patient durch den Arzt über die Befunde wahrheitsgemäß informiert wird, um seine Entscheidung über das weitere ärztliche Vorgehen hieran orientieren zu können. Mit der bewussten Täuschung des Herrn L. über angeblich vorhandene Nierensteine erschlich sich der Angeklagte eine formale Einwilligungserklärung, die jedoch rechtlich, wie er auch wusste, keine Wirksamkeit entfaltete. Aus diesen Gründen unterlag der Angeklagte auch nicht einem sogenannten Tatbestandsirrtum, da er gerade nicht über die Wirksamkeit der Einwilligung des Patienten irrte.

## Rechtliche Würdigung der Tat vom 8.10.2008 als Körperverletzung mit Todesfolge

Der Angeklagte hat sich im Rahmen des Eingriffs vom 8.10.2008 einer Körperverletzung mit Todesfolge gemäß §§ 223 Abs. 1, 224 Abs. 1 Nr. 5, 227 StGB schuldig gemacht.

Der Angeklagte hat die Körperverletzung ... mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung im Sinne des § 224 Abs. 1 Nr. 5 StGB begangen.

Die Verletzungshandlung muss nach den Umständen des Einzelfalls generell dazu geeignet sein, das Leben des Opfers zu gefährden (Fischer, StGB, § 224, Rdnr. 12 mit weiteren Nachweisen). Dabei geht die Kammer nicht davon aus, dass bereits die im Rahmen der Pyelographie angefertigten Röntgenaufnahmen ausreichen, um von einer das Leben des Patienten gefährdenden Behandlung ausgehen zu können. Zwar hat der Angeklagte durch die nicht indizierte Anfertigung von Röntgenaufnahmen gegen die Strahlenschutz-VO verstoßen. Allerdings genügen die angefertigten Aufnahmen nicht, um eine nicht nur unerhebliche Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens feststellen zu können. Der Bundesgerichtshof hat zwar ausgeführt, dass Röntgenstrahlen regelmäßig als eine das Leben gefährdende Behandlung anzusehen sind (vgl. BGHSt 36, 8, 9; 265, 266). Die Anzahl der gefertigten Röntgenaufnahmen lag im durch den BGH entschiedenen Fall jedoch um ein Vielfaches höher als die beiden angefertigten Röntgenaufnahmen vom 15.9.2008, sodass die Kammer bereits eine vorsätzliche (einfache) Körperverletzung durch Anfertigung von Röntgenaufnahmen nicht feststellen konnte.

Allerdings geht die Kammer schon aufgrund des tragischen Ausgangs des Eingriffs davon aus, dass die Körperverletzung mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung begangen worden ist. Die geplante

Harnröhrenschlitzung verursacht - so die Darlegung der Sachverständigen Prof. Dr. A. und Dr. M.-M. - so erhebliche Schmerzen, dass sie unter Anästhesie erfolgen mussten, weshalb der Angeklagte auch Dr. W. hinzugezogen hat. Kann der Eingriff aber nur unter Narkose stattfinden, so ist die Gefahr, die von der Narkose ausgeht, dem Operateur auch rechtlich zuzurechnen. Der Grundsatz der Aufgabenteilung zwischen Operateur und Anästhesist reicht nach Auffassung der Kammer nicht so weit, dass dem Operateur die potenzielle Lebensgefahr der Anästhesie nicht zugerechnet werden kann, da für die das Leben gefährdende Behandlung gerade nicht auf eine konkrete, sondern eine abstrakte Gefährlichkeit abzustellen ist.

### Der Angeklagte handelte bezüglich der gefährlichen Körperverletzung vorsätzlich.

Die Körperverletzung war nicht durch eine wirksame Einwilligung des Herrn L. gedeckt. Dieser wurde zwar über den Eingriff und dessen Verlauf und eventuelle Erweiterungen aufgeklärt. Er hat hierin ausweislich der festgestellten Aufklärungsbögen auch eingewilligt. Laut den Darlegungen des Sachverständigen M.-M. waren sämtliche Begleitengriffe von der Einwilligung des Patienten abgedeckt.

Diese **Einwilligung** war jedoch **unwirksam**. Grund für die Blasenspiegelung war u.a. zu überprüfen, ob in der Blase des Patienten Steinreste aufzufinden sein würden, die es aber - wie der Angeklagte wusste - nicht geben konnte. Die Indikation und die Aufklärung über die Risiken von Nierensteinen waren deutlich tendenziös gehalten (Stichwort: Sepsisrisiko in der Erklärung vom 29.8.2008). Dass sich der Angeklagte die Einwilligung des Patienten mit falschen Diagnosen bzgl. der Harnröhrenenge

erschlichen hat, konnte zwar nicht festgestellt werden. Allerdings war die Einwilligung, soweit sie auf nicht indizierte Maßnahmen (Pyelographie sowie die Punktion der Samenblase und der Prostata) gerichtet war, unwirksam.

Hinsichtlich der Einwilligung in die weiteren Maßnahmen gilt: Hätte Herr L. gewusst, dass er über maßgebliche Aspekte (Nierensteine) getäuscht worden war, hätte er - der Ärzten generell sehr skeptisch gegenüberstand und ein besonderes Sicherheitsbedürfnis hinsichtlich seiner eigenen Person hatte - auch nicht in die eventuell indizierten Teile der Behandlung, insbesondere unter Narkose mit den hiermit verbundenen Risiken eingewilligt. Durch die Täuschung des Patienten ist das Vertrauensverhältnis zwischen Angeklagtem und Patient zerstört worden, sodass sich der Angeklagte im Ergebnis nicht auf eine Einwilligung des Herrn L. berufen kann. Eine Aufspaltung der Einwilligung vor dem Hintergrund der genannten Täuschung in Maßnahmen, die erforderlich waren und solche, die nicht erforderlich waren, wäre künstlich und würde dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht gerecht werden. Es erscheint ausgeschlossen, dass sich Herr L., so sicherheitsbewusst und kritisch gegenüber Ärzten er gewesen ist, zu einer operativen Maßnahme durch einen Mediziner entschieden hätte, der ihn bereits einmal für die Dauer von 30 bis 45 min einer schmerzhaften ESWL ausgesetzt hat und einen zum Teil nicht indizierten Eingriff vornehmen wollte, wenn er hiervon Kenntnis gehabt hätte. Darüber hinaus standen die Blasenspiegelung und die Pyelographie im Zusammenhang mit der vorsätzlichen Falschdiagnose „Harnleitersteine“ und der zuvor durchgeführten ESWL-Behandlung. Die Harnröhrenschlitzung und -erweiterung waren „Erweiterungen“ der nicht indizierten Ausgangsuntersu-

chung „Blasenspiegelung“, sodass diese Maßnahmen aufgrund ihrer Verbindung und Abhängigkeit mit und von dem Ursprungseingriff dessen Schicksal hinsichtlich der unwirksamen Einwilligung teilen.

### Ursächlichkeit des rechtswidrigen Eingriffs für den Tod des Patienten

Dem Angeklagten ist der Tod des Herrn L. auch im Sinne des § 227 StGB zuzurechnen.

Die spezifische Gefährlichkeit der Körperverletzungshandlung muss sich in der Todesfolge niederschlagen und dem Angeklagten diesbezüglich zumindest Fahrlässigkeit zur Last gelegt werden können. Ein bloß kausaler Zusammenhang zwischen Körperverletzung und Todeseintritt genügt nicht, sondern es muss eine enge Verbindung zwischen Körperverletzungserfolg und Todeseintritt bestehen. Es muss sich gerade die spezifische Gefahr, die der Körperverletzungshandlung anhaftet, in dem Todeseintritt verwirklicht haben (Fischer, StGB, Rdnr. 3 mit weiteren Nachweisen).

Der durch den Angeklagten angesetzte und durchgeführte operative Eingriff war zur Überzeugung der Kammer kausal für den Tod des Herrn L. im Sinne einer *conditio sine qua non*. Ohne die angesetzte Operation mit sämtlichen Behandlungsschritten wäre die Narkose nicht eingeleitet worden, weshalb es nicht zu einem Herz-Kreislauf-Stillstand gekommen wäre. Zudem lag der tatsächliche Geschehensablauf, der Körperverletzungshandlung und Todesfolge miteinander verknüpft (Verlassen des OP durch Dr. W., hierdurch unüberwachter Patient, der an typischen Risiken der Propofol-Sedierung verstirbt) nicht

außerhalb jeglicher Lebenswahrscheinlichkeit, weshalb sich im Tod des Herrn L. jene Gefahr verwirklichte, die bereits der Körperverletzungshandlung anhaftete. Es ist hierbei nicht auf den Körperverletzungserfolg, sondern auf die Körperverletzungshandlung abzustellen.

Den durch Dr. Sk. durchgeführten Eingriffen selbst haftete zwar nicht die Gefahr eines medikamentös herbeigeführten Herz-Kreislauf-Stillstandes an. Diese Eingriffe wurden durch den Angeklagten aber nur unter begleitender Anästhesie durchgeführt, was zu einer Verknüpfung von Eingriff und Anästhesie und somit Eingriff und Todesfolge führt. Narkosezwischenfälle bis hin zum Tod eines Patienten sind objektiv keine Seltenheit, treten insbesondere bei Propofol durchaus häufiger auf und stehen somit nicht außerhalb jeder Lebenswahrscheinlichkeit. Zudem hat es der Angeklagte unterlassen, den Eingriff abzubrechen und sofort fachkundige Hilfe herbeizurufen, nachdem Dr. W. den Eingriffsraum abermals verlassen und zuvor das diesbezügliche Einverständnis des Angeklagten eingeholt hat. Gerade in dieser Situation war der Eintritt des Todes nicht außerhalb jeder Lebenswahrscheinlichkeit und es hat sich das typische Risiko des durch den Eingriff erforderlichen Propofol-Einsatzes bei fehlender adäquater Überwachung verwirklicht.

### Keine Entlastung des Operateurs durch den Vertrauensgrundsatz

Die Zurechnung der Todesfolge ist auch nicht durchbrochen bzw. unterbrochen worden.

Eine Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs wegen des aus der Arbeitsteilung zwischen Opera-

teur und Anästhesist resultierenden sogenannten Vertrauensgrundsatzes ist nicht erfolgt. Der Vertrauensgrundsatz folgt im Bereich der ärztlichen Arbeitsteilung aus dem Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit des Spezialisten bei Arbeitsteilung für das von ihm zu verantwortende Arbeitsgebiet. Er ist angesiedelt im Bereich der Fahrlässigkeit und hat die Frage der Gefahrschaffung bzw. Gefahrerhöhung zum Gegenstand - er ist eine Antwort auf die Frage nach dem erlaubten Risiko (vgl. Roxin, AT Bd. 1, 4. Auflage 2006, § 24, Rdnr. 21 f.), auf die Frage nach der Sorgfaltspflichtverletzung bzw. auf die Frage nach der Vorhersehbarkeit des Erfolgseintritts (vgl. Eisele, in: Baumann/Weber/Mitsch/Eisele, Strafrecht AT; 12. Auflage 2016, § 12, Rdnr. 37) - nicht aber auf die Frage nach dem Zurechnungszusammenhang.

### Fahrlässigkeit bzgl. der Todesfolge (§ 18 StGB)

Dem Angeklagten ist hinsichtlich der Todesfolge Fahrlässigkeit vorzuwerfen, § 18 StGB.

Eine objektive Sorgfaltspflichtverletzung ist bereits in dem Ansetzen und der Durchführung der nicht indizierten und somit entgegen der GOÄ (und dem hippokratischen Eid) erfolgten Operation zu erblicken.

Aus dem ärztlichen Standesrecht, bspw. § 1 Abs. 2 GOÄ, aber auch §§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Niedersachsen folgt, dass die Gesundheit des Patienten an erster Stelle steht, nicht erforderliche Maßnahmen auch nicht erbracht werden dürfen und auf die Interessen des Patienten Rücksicht genommen werden soll. Eine bewusst nicht indizierte Maßnahme nach Erschleichung der Einwilligung des Patienten durchzuführen, widerspricht diesen Maßgaben in eklatanter Weise.



**Der sogenannte Vertrauensgrundsatz führt nicht zum Wegfall des Fahrlässigkeitsvorwurfs bzgl. der eingetretenen Todesfolge.** Zwar ist die ärztliche Zusammenarbeit Teamwork mit einer exakten Rollen- und Aufgabenzuweisung an die einzelnen Beteiligten. Dieser Aufteilung von Verantwortung folgt auch die strafrechtliche Verantwortlichkeit nach. Der Vertrauensgrundsatz soll gewährleisten, dass niemand für fremdes Verschulden einstehen muss und ist eine spezielle Ausprägung des Schuldprinzips. Der Arzt muss darum grundsätzlich nur den Facharztstandard gewährleisten, in den die von ihm übernommene Behandlung fällt (vgl. Ulsenheimer, *Arztstrafrecht*, Rdnr. 199 mit weiteren Nachweisen insbesondere mit Hinweis auf OLG Naumburg, *MedR* 2005, 232 [233] = *ArztR* 2006, 23). Wenn keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, die dem Operateur nahelegen, dass das Vorgehen des Anästhesisten offenbar unrichtig ist und daher keine Zweifel an dessen fachlicher Qualifikation vorliegen, greift der Vertrauensgrundsatz ein (Ulsenheimer, Rdnr. 200 mit Hinweis auf OLG Zweibrücken, Beschluss vom 26.2.1986, 1 Ws 240/85). Jeder bei der Behandlung Mitwirkende darf sich dann darauf verlassen, dass der andere die ihm obliegenden Aufgabenanteile mit den dazu erforderlichen Kenntnissen und der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Das Vertrauen darauf, dass der andere seine Pflicht tun werde, ist solange berechtigt bzw. nicht pflichtwidrig, als weder die für den Vertrauenden maßgebende Erfahrung, noch seine besonderen Wissensmöglichkeiten ihm das Vertrauen zu erschüttern vermögen. Insbesondere besteht keine gegenseitige Überwachungspflicht (Ulsenheimer, Rdnr. 203).

Allerdings wird der Vertrauensgrundsatz aufgehoben, wenn Män-

gel und Unfähigkeit des beteiligten Arztes offensichtlich werden. Dann tritt anstelle der Einzelverantwortung die Gesamtverantwortung des Operateurs für die gesamte Behandlung. Der Arzt hat in diesem Fall die Aufgabe, Schaden von dem Patienten abzuwenden, der aus der offenkundigen Fehlleistung des Kollegen erwächst (Ulsenheimer, Rdnr. 204).

Dem Angeklagten war bereits nach dem ersten Weggang von Dr. W. klar, dass der Patient in Anästhesie ohne adäquate Überwachung zurückgelassen wurde. Als Dr. W. den Eingriff ein zweites Mal verließ und sich zuvor bei dem Angeklagten erkundigte, „ob es das war“, musste der Angeklagte davon ausgehen, dass Dr. W. seiner Aufgabe, die Vitalfunktionen des Patienten zu überwachen und auf vorhersehbare Zwischenfälle adäquat zu reagieren, erneut nicht würde gerecht werden können. Der Angeklagte, der sich auf den weiteren urologischen Eingriff konzentrierte und deshalb zur Überwachung der Vitalparameter des Patienten weder in der Lage noch bereit war, wusste auch, dass die Überwachung durch keine andere Person übernommen werden würde und dass die Überwachung der Anästhesie notwendig ist.

Der Angeklagte kann sich zudem auch deshalb nicht auf den Vertrauensgrundsatz berufen, weil er seinerseits vorsätzlich gegen seine ärztlichen Sorgfaltspflichten verstoßen hat, indem er den Eingriff, insbesondere die Pyelographie, ohne Indikation durchführte. Auf den Vertrauensgrundsatz kann sich aber nur derjenige berufen, der seinerseits Vertrauen in Anspruch nehmen kann (vgl. Eisele, in: *Baumann/Weber/Mitsch/Eisele, Strafrecht AT*, § 12, Rdnr. 37).

Der Tod des Patienten, hervorgerufen durch einen medikamentös verursachten Atem- und Kreislaufstillstand war sowohl objektiv als auch subjektiv vorhersehbar. Der Angeklagte war ein erfahrener operativ tätiger Urologe, der sich auch unter Zuhilfenahme englischsprachiger Fachzeitschriften fortgebildet hat. Dass es im Rahmen einer Narkose bzw. Sedierung zum Tod kommen kann, war auch im Jahr 2008 bekannt.

Die Frage nach dem Wegfall der Vorhersehbarkeit unter Anwendung des Gedankens des Vertrauensgrundsatzes stellt sich nicht, da sich der Angeklagte auf diesen nicht berufen kann, da er selbst bewusst nicht pflichtgemäß gehandelt hat.

Die Tateinheitlich mit der Körperverletzung mit Todesfolge begangene fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB tritt hinter der Körperverletzung mit Todesfolge im Wege der Gesetzeskonkurrenz zurück (BGH, Urteil vom 8.7.1955 - 2 StR 146/55).

### Rechtliche Würdigung der Tat vom 28.10.2008 als Abrechnungsbetrug

Der Angeklagte hat sich schließlich durch die Rechnungsstellung vom 28.10.2008 des versuchten Betruges im besonders schweren Fall gemäß § 263 Abs. 1, Abs. 3 Nr. 1 StGB schuldig gemacht.

Der Angeklagte versuchte, mit Rechnung vom 28.10.2008 die festgestellten Leistungen für den Leistungstag 15.9.2008 (nicht indizierte ESWL-Behandlung) vergütet sowie die OP-Beratung von 23.9.2008 für die tödlich verlaufene Operation erstattet zu erhalten. Als er diese Rechnung stellte, hatte der Angeklagte Tatentschluss hinsichtlich der Täuschung, des Irrtums des Empfängers, einer Vermögensverfügung durch den Getäuschten sowie eines damit kongruenten Schadens des Getäuschten und handelte in der Absicht, sich

selbst einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen. Dass der Angeklagte die Rechnung an den Verstorbenen richtete, ändert zur Überzeugung der Kammer an dem Tatentschluss des Angeklagten nichts, der hierdurch die Hinterbliebenen des Verstorbenen oder dessen Versicherung zur Zahlung veranlassen wollte, was jedoch nicht gelang.

Der avisierte Schaden des Getäuschten ist in der Erstattung von nicht indizierten Leistungen zu erblicken, die nach der GOÄ nicht abrechnungsfähig waren, da sie nicht medizinisch notwendig im Sinne des § 1 Abs. 2 GOÄ waren. Die Vorschrift war dem Angeklagten, der jahrelang überwiegend und ab 2007 ausschließlich Privatpatienten behandelt hat, bekannt. Deshalb erklärte er mit dem Stellen der Rechnung nicht nur, dass die Leistungen erbracht worden sind, sondern konkludent darüber hinaus, dass sie auch abrechnungsfähig sind (vgl. zum Inhalt der Erklärung etwa bei Sportwetten: BGHSt 51, 165 ff.). Gem. § 1 Abs. 2 GOÄ darf der Arzt Vergütungen nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich waren. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Diese Voraussetzungen lagen - wie der Angeklagte wusste - nicht vor. Insbesondere ist in der Erklärung vom 10.9.2008 keine Erklärung des Herrn L. zu erblicken, mittels dessen er die abgerechneten und nicht indizierten Maßnahmen, die das Maß des medizinisch Notwendigen überschritten, verlangt hat. Die genannte Erklärung ist auf die Be-

handlung tatsächlich vorhandener Steine und ihre Vergütung gerichtet, nicht aber auf die Behandlung nur vermeintlicher, durch den Arzt vorgespiegelter Steine.

Hierbei handelte der Angeklagte auch gewerbsmäßig im Sinne des § 263 Abs. 3 Nr. 1 StGB. Gewerbsmäßig im Sinne der Norm handelt, wer sich aus wiederholter Tatbegehung eine nicht nur vorübergehende, nicht ganz unerhebliche Einnahmequelle verschaffen will. Es sind Eigennützigkeit und das Bestreben der wiederholten Tatbegehung erforderlich (vgl. Fischer, StGB, 64. Auflage 2017, Vor § 52, Rdnr. 61 mit weiteren Nachweisen).

Zwar war in dem hiesigen Verfahren lediglich eine versuchte Betrugsstat zu bestrafen. Allerdings ergibt sich die Absicht der wiederholten Betrugsbegehung zum einen aus der auffälligen Häufung von Nierensteindiagnosen und ESWL-Behandlungen durch den Angeklagten. Entscheidend ist jedoch zum anderen, dass der Angeklagte Herrn L. am 22.9.2008 mitgeteilt hat, dass eine weitere ESWL-Behandlung durchzuführen sein würde, obwohl er wusste, dass keine Nierensteine vorhanden waren. Hieraus folgt die Absicht zur wiederholten Tatbegehung, da der Angeklagte beabsichtigte, die zweite ESWL-Behandlung ebenso wie die erste ESWL-Behandlung durchzuführen und abzurechnen, wenn nicht Herr L. am 8.10.2008 verstorben wäre.

### Anmerkung

Das Urteil des Landgerichts Braunschweig betrifft unärztliches Verhalten in einer extremen Ausprägung.

1. Zunächst kann nicht verwundern, dass ein Operateur wegen vorsätzlicher Körperverletzung verurteilt wird, wenn er - aus pekuniären Motiven - medizinisch nicht indizierte Behandlungen durchführt. Die

Verurteilung des Urologen wegen der nicht indizierten ESWL-Behandlung am 15.9.2008 wegen vorsätzlicher Körperverletzung ist daher nicht weiter zu kommentieren.

2. Nicht ganz so selbstverständlich ist auf den ersten Blick, dass das Landgericht dem Urologen auch die strafrechtliche Verantwortung für den Tod des Patienten am 8.10.2008 gibt, obwohl dieser vom Anästhesisten nicht überwacht wurde und „an typischen Risiken der Propofol-Sedierung“ verstarb.

Auf die Risiken der Propofol-Sedierung wurde in dieser Zeitschrift schon zu einem früheren Zeitpunkt eingegangen<sup>2</sup>. Auch im vorliegenden Fall hat der anästhesiologische Sachverständige dem Landgericht Braunschweig ausführlich die Anwendung und Gefahren von Propofol dargestellt. Der Anästhesist muss im Zeitpunkt des Kreislauf- bzw. Atemstillstands vor Ort sein, weil er (nur) dann den Propofol immanenten Wirkungen und Gefahren für den Patienten wirkungsvoll durch Beatmung und Gabe erforderlicher Medikamente begegnen kann.

Es kann daher keinem Zweifel unterliegen, dass der Anästhesist, der bei einer von ihm vorgenommenen Sedierung und/oder Narkose seine Überwachungspflichten verletzt, für die Folgen einer solchen Pflichtverletzung einzustehen hat. Auch in dem vom Landgericht Braunschweig entschiedenen Fall ist der dramatische Tod des Patienten bei dem Eingriff am 8.10.2008 zunächst eine Folge des Fehlverhaltens des Anästhesisten gewesen. Vor diesem Hintergrund kann der Ausgang des Strafverfahrens für den Anästhesisten nur als äußerst glücklich bezeichnet werden. Das Verfahren gegen ihn ist gegen Zahlung einer Geldbuße in Höhe von insgesamt 85.000,- € eingestellt worden.

Dem Landgericht Braunschweig ist auch darin zuzustimmen, dass der Operateur den tragischen Tod des Patienten am 8.10.2008 ebenfalls fahr-

2 Schulte-Sasse, Bruns, Sedierung ohne zweiten Arzt - Lebensgefahr für die Patienten - ArztR 2007, 116; Bruns, Gastroskopie und Koloskopie ohne zweiten Arzt - Freiheitsstrafe nach tödlicher Komplikation bei der Sedierung - ArztR 2014, 117 ff.

lässig verursacht hat. Die Verurteilung wegen vorsätzlicher Körperverletzung mit (fahrlässig herbeigeführter) Todesfolge ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden, auch wenn die Begründung der Sorgfaltspflichtverletzung im Urteil des Landgerichts mit einem Verstoß gegen die GOÄ und den hippokratischen Eid eher unbeholfen wirkt. Das Verbot, eine medizinisch nicht indizierte Operation vorzunehmen, folgt vor allem aus dem Verbot der Körperverletzung.

3. Das Landgericht Braunschweig hat dem Operateur auch zu Recht die Berufung auf den sogenannten Vertrauensgrundsatz versagt.

Der Vertrauensgrundsatz wurde von der Rechtsprechung zur Abgrenzung der Verantwortlichkeiten im Rahmen der horizontalen Arbeitsteilung und zur Begrenzung der jeweiligen Sorgfaltspflichten entwickelt<sup>3</sup>. Danach hat jeder Arzt denjenigen Gefahren zu begegnen, die in seinem Aufgabengebiet entstehen. Solange keine offensichtlichen Qualifikationsmängel oder Fehlleistungen erkennbar werden, kann er sich aber darauf verlassen, dass auch der Kollege des anderen Fachgebiets seine Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllt. Eine gegenseitige Überwachungspflicht besteht nicht<sup>4</sup>.

Dass der Urologe sich im vorliegenden Fall nicht darauf berufen kann, das (wiederholte!) Verlassen des Patienten sei ausschließlich Sache des Anästhesisten, er habe als Operateur darauf vertrauen dürfen, dass dieser schon richtig einschätzen werde, ob er den Patienten verlassen könne, leuchtet unmittelbar ein. Im Gegenteil: Der Angeklagte hätte - wie es der anästhesiologische Sachverständige in seiner gutachterlichen Stellungnahme formuliert hatte - „Großalarm“ auslösen müssen. Keinesfalls habe der Urologe nach dem erneuten Weggang des Anästhesisten den Eingriff einfach weiter fortsetzen dürfen. Die für den Urologen erkennba-

re Gefahr, die mit dem pflichtwidrigen Verhalten des Anästhesisten verbunden war, lässt für die Anwendung des Vertrauensgrundsatzes keinen Raum.

4. Schließlich ist auch die Verurteilung des Urologen wegen versuchten Abrechnungsbetrugs im besonders schweren Fall nicht zu beanstanden.

Ein Arzt macht sich wegen Abrechnungsbetrugs (§ 263 StGB) strafbar, wenn er bei dem Adressaten seiner Rechnung durch Vorspiegelung falscher oder durch Entstellung oder Unterdrückung wahrer Tatsachen einen Irrtum erregt. Der Zahlungspflichtige muss daraufhin eine Vermögensverfügung vornehmen und dadurch einen Vermögensschaden erleiden.

Zwar hat der Urologe in dem vom Landgericht Braunschweig entschiedenen Fall keine Leistungen abgerechnet, die er tatsächlich nicht erbracht hatte. Die von ihm berechnete ESWL-Behandlung war aber ebenso wenig medizinisch indiziert wie die Operation vom 8.10.2008. Darin liegt auch eine Täuschung, wenn der Rechnungsteller sich zur Frage der medizinischen Indikation der in Rechnung gestellten Leistungen nicht ausdrücklich äußert. Denn wer eine Leistung einfordert, bringt damit zugleich das Bestehen des zugrunde liegenden Anspruchs, hier also die Abrechnungsfähigkeit der in Rechnung gestellten ärztlichen Leistung, zum Ausdruck<sup>5</sup>. Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ darf der Arzt Vergütungen aber nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Der Urologe hat also mit der Berechnung der von ihm vorgenommenen nicht indizierten Leistungen über deren Berechnungsfähigkeit nach § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ getäuscht und damit im Ergebnis betrogen.

Da weder die Erben des verstorbenen Patienten noch die private Krankenversicherung die Rechnung be-

zahlt hatten, blieb es beim (strafbaren) Betrugsversuch.

### Fazit:

Das Landgericht Braunschweig hat den Urologen wegen der Vornahme medizinisch nicht indizierter Maßnahmen zu Recht wegen Körperverletzung verurteilt. Das Gericht hat dem Operateur ebenfalls zu Recht den fahrlässig verursachten Tod des Patienten angelastet, obwohl dessen intraoperative Überwachung wegen der verabreichten sedierenden Medikamente Aufgabe des Anästhesisten war. Die Berufung auf den Vertrauensgrundsatz war dem Urologen schon wegen des eigenen vorsätzlichen Verstoßes gegen seine ärztlichen Pflichten, aber auch im Hinblick auf die für ihn erkennbaren Risiken der Pflichtverletzung des Anästhesisten verwehrt. Unter Einbeziehung des Betrugsversuchs, der Motivation für das vorangegangene kriminelle Verhalten des Urologen war, wirkt die Aussetzung der Freiheitsstrafe zur Bewährung als Milde des Gerichts. Allerdings war gegen den verurteilten Arzt bereits im Oktober 2011 ein vorläufiges Berufsverbot verhängt worden, das das Landgericht Braunschweig in eingeschränktem Umfang - für die Dauer von noch 3 Jahren verlängert hat. Alles in allem hat der Urologe somit doch eine spürbare strafrechtliche Sanktion für sein Fehlverhalten erfahren.

3 zum Vertrauensgrundsatz ausführlich Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 5. Auflage 2015, Rdnr. 203 ff.

4 so BGH, Urteil vom 19.5.1987 - VI ZR 167/86 - NJW 1987, 2293 ff.; st. Rspr.

5 so BGH in ständiger Rechtsprechung, vgl. etwa Beschluss vom 25.1.2012 - 1 StR 45/11 - *ArztR* 2012, 317 ff., 319