



# Patientenschädigung als Folge organisatorischer Defizite

## - die Funktion der einrichtungsbezogenen Aufklärung -

Uwe Schulte-Sasse, Leingarten<sup>1</sup>, Wolfgang Bruns, Karlsruhe<sup>2</sup>

Die Ökonomisierung der Patientenversorgung fördert Billigstrukturen mit einer nachfolgenden Schädigung von Patienten. Wenn die Behandlungsseite zu einer einrichtungsbezogenen Aufklärung, d. h. zur Aufklärung über eine eventuell schadensträchtige „Billigstruktur“ verpflichtet wird, lenkt dies die Aufmerksamkeit auf organisatorische Defizite und führt tendenziell zu einer Ausweitung der Haftung. Allerdings werden sich auch die ökonomischen Vorteile verringern, die Gesundheitseinrichtungen durch schadensträchtige „Billigstrukturen“ genießen. Wenn die schadensträchtige Behandlung in einer „Billigstruktur“ einem entsprechend aufgeklärten Patienten nicht mehr als ordnungsgemäß „verkauft“ werden kann, kann das die dringend notwendige Transparenz und einen echten Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen fördern.

Die Ökonomisierung der Patientenversorgung ist heute politisch gewollt und findet in der Praxis auch in großem Umfang statt. Das hat Folgen. Natürlich gibt es negative Behandlungsverläufe, die der „*geheimnisvollen Individualität*“<sup>3</sup> des menschlichen Körpers geschuldet, damit schicksalhaft und vom Patienten ohne Anspruch auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld hinzunehmen sind. Natürlich werden Patienten nach wie vor auch durch individuelle, klar zurechenbare Behandlungsfehler von Ärzten und Pflegekräften geschädigt. Die Ökonomisierung der Patientenversorgung führt aber noch zu weiteren Schadensfällen: Patienten werden durch „*Billigproduktion*“ geschädigt. Medizinkatastrophen<sup>4</sup> bis hin zu Todesfällen<sup>5</sup> sind häufig das - voraussehbare - Ergebnis von Organisationsstrukturen in Arztpraxen und Krankenhäusern, die allein darauf ausge-

richtet sind, Kosten zu sparen und Erlöse zu optimieren. Personal ist teuer. Ökonomische Überlegungen zur Reduzierung der Betriebskosten kollidieren damit zentral mit dem Bemühen um Patientensicherheit<sup>6</sup>.

Diese Entwicklung wird inzwischen auch im Arzthaftpflichtrecht und Arztstrafrecht berücksichtigt. „*Individuelle Behandlungs- und Aufklärungsfehler dominieren das Haftungsrecht zwar nach wie vor, aber mehr und mehr ist bei der Fehleranalyse festzustellen, dass die Fehlentscheidungen einzelner Ärzte oder Pflegekräfte bei der Patientenbehandlung auf organisatorischen Defiziten im Krankenhaus oder der Arztpraxis beruhen.*“<sup>7</sup>

Die Patientenschädigung durch mangelhafte Infrastruktur und Ablauforganisation („*Billigstruktur*“) hat sich in der Vergangenheit immer wieder bei typischen Fallgruppen gezeigt:

- 1 Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, langjähriger Chefarzt und Gutachter, Leingarten
- 2 Dr. jur. Wolfgang Bruns, Rechtsanwalt und Mediator, Fachanwalt für Medizinrecht und Arbeitsrecht, Kanzlei für ArztRecht, Karlsruhe
- 3 Ulsenheimer K., *Arztstrafrecht in der Praxis* (4. Auflage), 2008, Rdnr. 5
- 4 Neelmeier T., Schulte-Sasse U., *Hypoxie durch Organisationsverschulden*, Rechtsmedizin 22/2012, 406-413
- 5 Wolf T., *Ambulante Zahnoperationen. Vollnarkose für Kinder besonders riskant*, 2012. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/narkose-fuer-kinder-bei-ambulanten-zahnoperation-gefahrlich-a-836062.html>
- 6 Patienten-Vertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung (6.5.2013) *Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140 f. SGB V zum Vorbericht „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (Stand 8.3.2013) der Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut).* <http://www.vzbv.de/cps/rde/xbcr/vzbv/Krankenhausinfektionen-Stellungnahme-Patientenvertretung-2013-05-06.pdf>
- 7 Ulsenheimer K., „Auf dem Pulverfass - Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer.“ Vortrag am 18.11.2015 auf der MEDICA Düsseldorf. <http://www.deutscherkrankenhaustag.de/images/pdf/2015/Ulsenheimer.pdf>

- 1) Sedierung ohne zweiten Arzt mit nachfolgender Narkose-Komplikation<sup>8</sup>,
- 2) Ambulante Operationen bei fehlender anästhesiologischer Infrastruktur (kein Aufwachraum, keine postoperative Betreuung)<sup>9</sup>,
- 3) Geburtshilfe ohne Facharzt-Bereitschaftsdienste von Geburtshelfer und Anästhesist, hierdurch Verzögerung einer Notfall-Sectio<sup>10</sup>,
- 4) Unzureichende personelle Ausstattung von Intensivstationen, unzureichende Hygiene-Überwachung, hierdurch Infektion von Patienten mit multiresistenten Erregern<sup>11</sup>.

Wenn durch derartige organisatorische Mängel ein Patient schwer geschädigt oder gar getötet wird, lässt sich das nicht mehr verharmlosend als schicksalhaft bzw. als „den Geheimnissen des menschlichen Körpers geschuldet“ beschreiben<sup>12,13,14,15</sup>,

Das Schicksal des Patienten bestand dann darin, in der falschen Einrichtung gelandet und in einer schadensgeneigten Billigstruktur behandelt worden zu sein<sup>16</sup>.

§ 630 d Abs. 1 S. 1 BGB lautet wie folgt:

*Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären.*

Bei den oben genannten organisatorischen Defiziten, die zu einer schweren Schädigung oder sogar zum Tod des Patienten führen können, handelt es sich um „Umstände“, die für die Einwilligung des Patienten „wesentlich“ sind. Das folgt schon daraus, dass der Patient seine Einwilligung verweigern würde, wenn er wahrheitsgemäß über das organisatorische Defizit und die hieraus für ihn resultierenden Gefahren aufgeklärt würde<sup>17</sup>.

Dies gilt erst Recht, wenn der Patient ergänzend die Information erhalte, dass derartige organisatori-

sche Risiken in einer anderen Einrichtung durch eine bessere Organisation und mehr Personal zuverlässig vermieden werden können.

„Für den Rechtsstaat ist die Ermittlung des wahren Sachverhalts im Zivil- und Strafverfahren zentrale Aufgabe und Verpflichtung ...“<sup>18</sup>. Folglich muss das Gericht im Schadensfall zunächst sorgfältig herausarbeiten, unter welchen Bedingungen und mit welcher Infrastruktur eine Behandlung stattfand: Indem es sich eines qualifizierten Sachverständigen bedient und diesem Beweisfragen stellt, durch die auch die Organisationsstruktur geklärt wird, in der eine Behandlung stattfand.

Allerdings lassen sich die Informationen zur tatsächlich bereitgestellten personellen und organisatorischen Infrastruktur nicht in der Patientenakte finden. In § 630 f. Abs. 1 BGB heißt es zwar:

*Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen.*

Aus der Beschränkung des Einsichtsrechts auf „die vollständige, ihn betreffende Patientenakte“ ergibt sich für den klagenden Patienten bzw. seine Angehörigen aber ein informationelles Ungleichgewicht<sup>19</sup>, das eine „Waffengleichheit“ zwischen den Parteien ausschließt. Solange der Gesetzgeber nicht ergänzend tätig wird, sollte deshalb eine patientenfreundliche Interpretation der Worte „ihn betreffende Patientenakte“ erfolgen. Nur wenn der Patient schon vorprozessual Einsicht in die maßgeblichen Unterlagen der Gesundheitseinrichtung erhält und deshalb z.B. nachvollziehen kann, in welchem Umfang Hygienemaßnahmen durchgeführt und überwacht wurden, wie die Dienstorganisation war, ob z.B. auf der Intensivstation genügend qualifizierte Ärzte und

Pflegekräfte zur Verfügung standen, besteht tatsächlich Waffengleichheit zwischen den Parteien<sup>20</sup>. Ohne Kenntnis der Daten, die außerhalb der Patientenakte zur Infrastruktur einer konkreten Behandlung vorliegen, tappt auch ein medizinischer Gutachter häufig im Dunkeln und kann sich zur Vermeidbarkeit einer

- 8 Neelmeier T., Schulte-Sasse U., Sedierung auf Sicherheitsniveau der Narkose. Herstellerangaben und S3-Leitlinie verlangen zweiten Arzt. GesR 2/2013, 78-82
- 9 Neelmeier T., Bin ich meines Kollegen Hüter? Strafbarkeit von Arztpraxisinhabern bei „Einkauf“ von Billig-Anästhesie, ArztR 2011, 256-264
- 10 Hitschold T., Ökonomisierung in der Medizin und ihre Auswirkungen auf den Behandlungsstandard in der Geburtshilfe. In: Kudlich H., Koch Jennifer (Hrsg.): Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, Nomos, Baden-Baden 2017, S. 25 ff
- 11 Schulte-Sasse U., Risiko für nosokomiale Infektionen: voll zu beherrschen? Nosokomiale Infektionen als Folge von (Hygiene-) Fehlern patientenferner Entscheider, Krankenhaushygiene up2date 5/2010, 277-292
- 12 Neelmeier T., Organisationsverantwortung von Praxisinhabern, Urteil des Amtsgerichts Limburg a.d. Lahn vom 25.3.2011, ArztR 2011, 232-239
- 13 Bruns W., Gastroskopie und Koloskopie ohne zweiten Arzt - Freiheitsstrafe nach tödlicher Komplikation bei der Sedierung, ArztR 2014, 117-125
- 14 Bruns W., Haftung des Klinikgeschäftsführers: Zu wenig und zu schlecht ausgebildetes Personal - der Klinik-Geschäftsführer haftet persönlich! Urteil des Landgerichts Mainz vom 15.4.2014, ArztR 2014, 285-292
- 15 Schulte-Sasse U., Debong B., Facharztstandard während Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft, ArztR 2016, 61-66
- 16 Killerkeime in Kliniken: „Schicksal ist, wenn man im falschen Krankenhaus landet“ Klaus Brandt, Interview mit Herrn Professor Zastrow am 27.2.2014 in der WAZ. <https://www.derwesten-recherche.org/2014/02/killerkeime-in-kliniken-schicksal-ist-wenn-man-im-falschen-krankenhaus-landet/>
- 17 Neelmeier T., Patientenaufklärung: Vorsatzstrafbarkeit mangels Aufklärung über Substandardbehandlung, Endheue 27/2014, 167-169
- 18 Bausback W., Justizminister des Freistaats Bayern, FAZ vom 10.12.2015, S. 9, Rubrik „Praxis und Wissenschaft“
- 19 Schultze-Zeu R., Riehn H., Die haftungsrechtliche Bedeutung des novellierten § 23 Infektionsschutzgesetz unter besonderer Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur Prävention nosokomialer Infektionen in Krankenhäusern, VersR 2012, 1208-1215
- 20 Liebold D., MRSA im Krankenhaus - aus haftungsrechtlicher Sicht, ZMGR 2014, 317-321

Schädigung nicht hinreichend äußern<sup>21</sup>.

Nachdem die reale Infrastruktur ermittelt wurde, unter der die streitige Behandlung stattfand, muss in einem nächsten Schritt herausgearbeitet werden, was für die konkrete Behandlung tatsächlich medizinisch geboten war: Der medizinische Standard muss nicht nur hinsichtlich individueller medizinischer Einzelleistungen sondern auch hinsichtlich der Organisation herausgearbeitet werden, die erforderlich ist, um die streitige Behandlung sicher durchführen zu können.

Erst wenn das Gericht weiß, was medizinisch-wissenschaftlich begründet für die Sicherheit des Patienten geboten ist, kann es beurteilen, *ob bereits zu Beginn* der Behandlung eine Infrastruktur bereitgestellt war, die es zuverlässig erlaubte, die Behandlung mit einer „angemessenen Sicherheit“<sup>22</sup> durchzuführen und ob die behandelnden Ärzte unter den konkret gegebenen organisatorischen Bedingungen, in der konkret gegebenen Behandlungssituation „dem geforderten Aspekt einer maxi-

malen Sicherheit“ tatsächlich gerecht geworden sind, bzw. überhaupt gerecht werden konnten<sup>23</sup>.

Ein Vergleich der realen Organisationsstruktur, in der ein Patient geschädigt wurde, mit der für eine sichere Patientenbehandlung erforderlichen Organisationsstruktur kann auf diese Weise zu einer für die Behandlungsseite negativen Bewertung führen: Der geschädigte Patient erhielt lediglich eine schadensträchtige „Billigbehandlung“ in einer kostensparenden „Billigstruktur“.

Dies kann dann zu einer Haftung der Behandlungsseite für einfache oder grobe organisatorische Behandlungsfehler führen.

Dennoch können nach einer negativen Bewertung der Behandlungsstruktur noch Darlegungs- und Beweislastprobleme auf Seiten des geschädigten Patienten (oder der Staatsanwaltschaft) verbleiben. Dies gilt ohnehin im Strafrecht mit den dort geltenden erhöhten Anforderungen an den Kausalitätsnachweis zwischen Pflichtwidrigkeit und Schaden. Derartige Darlegungs- und Beweislastprobleme gibt es aber auch im Zivilrecht, insbesondere wenn die fehlerhafte „Billigstruktur“ nicht als grober Behandlungsfehler qualifiziert werden kann, sodass es nicht zu einer Beweislastumkehr kommt.

Wenn das Gericht die Behandlungsseite dann analog der langjährigen Rechtsprechung zur Aufklärung und Einwilligung über die individuelle Behandlung und deren Risiken auch zu einer einrichtungsbezogenen Aufklärung über die „Billigstruktur“ der eigenen Einrichtung bzw. die negative Abweichung vom medizinischen Standard für eine sichere Behandlung verpflichtet, hat dies Auswirkungen zugunsten von Patient und/oder Strafverfolgung.

Unterschreitet die Infrastruktur den für die Behandlung gebotenen medizinischen Standard, liegt ein Behandlungsfehler vor. Wirkt sich diese Standardunterschreitung ursächlich für den vom Patienten geltend ge-

machten Schaden aus, haftet die Behandlerseite.

Die einrichtungsbezogene Aufklärung kann daher nicht das Ziel haben, über eine Aufklärung und Einwilligung des Patienten die Standard-Unterschreitung zu rechtfertigen und damit die Behandlerseite aus dem Haftungsrisiko zu entlassen. Es geht vielmehr darum, die Risiken der Beweislastverteilung zugunsten der Patienten zu verschieben, weil die Behandlerseite im Haftpflichtprozess die Darlegungs- und Beweislast für die ordnungsgemäße Aufklärung trägt.

Beraten durch einen Sachverständigen<sup>24</sup> muss das Gericht bei einer Standard-Unterschreitung auch darüber befinden, ob die rechtswirksame Aufklärung des Patienten über „für die Einwilligung wesentliche Umstände“ im Sinne des § 630 e Abs. 1 BGB im konkreten Fall auch voraussetzt, dass dieser über die bestehende Infrastruktur und darüber aufgeklärt wurde, dass diese bestehende Infrastruktur seine sichere Behandlung absehbar nicht erlaubte, ob die Behandlungsseite dieser einrichtungsbezogenen Aufklärungspflicht nachkam und ob der Patient in die Unterschreitung der medizinisch gebotenen Infrastruktur real oder hypothetisch einwilligte<sup>25</sup>.

Zwar muss niemand vorsorglich darüber aufklären, „dass ihm etwaige Behandlungsfehler unterlaufen können“<sup>26</sup>. Behandlungsfehler können auch nicht vorab durch Aufklärung und Einwilligung gerechtfertigt werden. Bei der einrichtungsbezogenen Aufklärung geht es aber um Konstellationen, in denen der Behandlungsseite bereits vor Beginn der Behandlung bekannt ist, dass die vorhandene Infrastruktur den medizinisch gebotenen Standard für eine sichere Behandlung unterschreitet.

Das Ziel der einrichtungsbezogenen Aufklärung besteht daher nicht darin, die Behandlerseite zur Aufklärung über organisatorische Defizite aufzufordern, sondern in der Schaf-

21 Zinka B., Peschel O., Schulte-Sasse U., Nosokomiale Infektionen - Probleme der Geltendmachung zivil- oder strafrechtlicher Ansprüche. Rechtsmedizin 26/2016, 61-65

22 DGGG, Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalen Versorgung in Deutschland. In: Leitlinien der Gynäkologie und Geburtshilfe (2010) Bd. III, S. 287

23 Patienten-Vertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung (6.5.2013) Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen nach § 140 f. SGB V zum Vorbericht „Vermeidung nosokomialer Infektionen: Postoperative Wundinfektionen (Stand 8.3.2013) der Institution nach § 137a SGB V (AQUA-Institut). <http://www.vzbv.de/cps/rde/xbcr/vzbv/Krankenhausinfektionen-Stellungnahme-Patientenvertretung-2013-05-06.pdf>

24 Schulte-Sasse U., Schicksal ist, wenn man in der falschen Einrichtung versorgt wird. In: Kudlich H., Koch Jennifer (Hrsg.): Ökonomie, medizinische Standards und rechtliche Haftung, Nomos, Baden-Baden 2017, S. 73 ff.

25 Neelmeier T., Aufklärungspflicht als Abwehrrecht. Die Einrichtungsaufklärung schützt Ärzte und Patienten bei schwacher Infrastruktur. Deutsches Ärzteblatt 111 (Heft 25, 20.6.2014): A 1138-A 1140

26 BGH, NJW 1985, 2193; NJW 1992, 1558, 1559

fung einer (meist teureren) Infrastruktur, die dem gebotenen Standard entspricht. Denn eine Standardunterschreitung ist dann auch mit dem Risiko verbunden, den Beweis für eine ordnungsgemäße einrichtungsbezogene Aufklärung und nachfolgende Einwilligung des Patienten erbringen zu müssen, das aber regelmäßig nicht zu können.

Im Kommentar von Palandt heißt es hierzu<sup>27</sup>: „Aufzuklären ist insbesondere (vgl. OLG Koblenz NJW-RR 02, 816): über die Diagnose; bzgl. der Behandlung über Art, Verlauf, Risiken (Rdnr. 3) und Heilungschancen (KG NJW-RR 04, 458), evtl. Alternativen (I 3, Rdnr. 6) und Dringlichkeit (BGH NJW 90, 2928, 97, 1637, OLG Stuttgart MedR 85, 175: Durchführbarkeit nur innerhalb eines bestimmten Zeitraums); über Organisationsfragen, z.B. Notfallversorgung, Qualität der behandelnden Ärzte, medizinischer, personeller oder technischer Standard der Behandlung, insbesondere im Krankenhaus (BGH NJW 89, 2321; Neelmeier NJW 13, 2230, VersR 14, 715: Standardabweichung mit Risikoerhöhung), evtl. Einschränkungen aus finanziellen Gründen (Hart MedR 13, 159; aA Pflüger MedR 00, 6) nur, soweit sie sich medizinisch auswirken können (OLG Köln NJW 78, 1690, VersR 82, 453; siehe auch BGH NJW 88, 763, Neelmeier/Schultes-GesR 12, 65, 13, 78).“

Wird einem Arzt nachgewiesen, dass er vor der Behandlung wusste (positive Kenntnis), dass die vorhandene Infrastruktur den medizinisch gebotenen Standard für eine sichere Behandlung unterschreitet, führt die einrichtungsbezogene Aufklärung folglich dazu, dass bei unterlassener Aufklärung die Bestrafung wegen vorsätzlicher Körperverletzung oder gar vorsätzlicher Tötung des Patienten im Raum steht.

Im StGB-Kommentar von Schönke/Schröder-Eser<sup>28</sup> heißt es hierzu: „Hierbei kommt es hinsichtlich des Ri-

sikogrades nicht zuletzt auf die Verhältnisse an der betreffenden Klinik und die Fähigkeiten und Erfahrungen des jeweiligen Arztes an (Bremen MedR 83, 75; spez. zum Fall des selbst infizierten Arztes vgl. Paeffgen a.a.O.). Demgegenüber ist über eine standardwidrige Infrastruktur der Einrichtung aufzuklären (Neelmeier NJW 13, 2230).“

Folglich wird in gerichtlichen Auseinandersetzungen nicht nur die Organisationsstruktur, in der eine streitige Behandlung stattfand, sondern auch die hieran anknüpfende einrichtungsbezogene Aufklärung des Patienten thematisiert werden. Der Patient bzw. dessen Rechtsanwalt hat in einem Haftpflichtprozess nur dann sämtliche, zugunsten des Patienten sprechenden Argumente vorgetragen (sicherster Weg), wenn bei vermuteten organisatorischen Defiziten neben „normalen“ Behandlungsfehler-Vorwürfen und „normalen“ Aufklärungsvorwürfen auch die einrichtungsbezogene Aufklärung thematisiert und der Behandlungsseite die hieran anknüpfende Darlegungs- und Beweislast zugeschoben wird.

Ähnliches gilt im Strafprozess. Staatsanwalt und Strafgericht dürfen bei organisatorischen Defiziten die einrichtungsbezogene Aufklärung ebenfalls zunehmend thematisieren, um dem Täter eine Rechtfertigung durch eine Einwilligung dann abzuschneiden, wenn die vorangegangene Aufklärung des Patienten lediglich die normalen, bei einer standardgemäßen Behandlung bestehenden Risiken behandelte, der vorsätzlich handelnde Täter den Patienten hinsichtlich der geplanten Substandard-Behandlung aber ahnungslos ließ.

Wer der Ökonomisierung der Patientenversorgung bedingungslos folgt, personalaufwendige und teure aber sichere und deshalb medizinisch gebotene Organisationsstrukturen vermeidet und stattdessen medizinische Behandlungen in schadensgeneigten „Billigstrukturen“ vornimmt, wird sich deshalb künftig nicht nur den althergebrachten Fra-

gen nach individuellen Behandlungsfehlern und der Rechtfertigung seiner Behandlung durch Aufklärung und Einwilligung über individuelle Risiken und Details stellen müssen. Zunehmend wird auch nach der Organisationsstruktur der Gesundheitseinrichtung, der organisatorischen Gewährleistung eines sicheren Standards der Patientenversorgung und hieran anknüpfend über die einrichtungsbezogene Aufklärung des Patienten gestritten werden.

Wenn es auf diese Weise gelingt, gefährliche, für den Patienten aber nicht sichtbare „Billigstrukturen“ transparent zu machen, dient das einerseits der individuellen Einzelfall-Gerechtigkeit. Die Befassung mit der „Billigstruktur“ und der einrichtungsbezogenen Aufklärung macht aus einem vermeintlich schicksalhaften Behandlungsverlauf einen Schadensfall, der gegenüber dem geschädigten Patienten zivilrechtlich zu Schadensersatz und Schmerzensgeld verpflichtet und als vorsätzliche/fahrlässige Körperverletzung oder Tötung strafrechtlich sanktioniert werden kann.

Durch eine rechtlich verpflichtende einrichtungsbezogene Aufklärung und Einwilligung des Patienten vor Durchführung der Behandlung wird aber auch ein Stück Transparenz hergestellt. Es wird künftig schwerer sein, die eigene „Billigstruktur“ zu verbergen und damit einen unfairen Wettbewerbsvorteil gegenüber Gesundheitseinrichtungen zu erlangen, die sie trotz ökonomischer Nachteile zwingen, den medizinisch gebotenen aber kostenträchtigen Standard für eine sichere Patientenbehandlung vorzuhalten.

27 Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 77. Auflage 2018, § 630 e Rdnr. 2

28 Schönke/Schröder-Eser/Sternberg-Lieben, StGB, 29. Auflage 2014, § 223 Rdnr. 41d