

Arztstrafrecht

Dr. Eva Rütz, LL.M. (Partnerin / Luther Rechtsanwaltsgesellschaft mbH)

Stand Januar 2018

- I. Die strafrechtliche Verantwortung des Arztes**
- II. Materielles Arztstrafrecht**
- III. Fehlerquellen**

I. Die strafrechtliche Verantwortung des Arztes

Die strafrechtliche Verantwortung des Arztes

1) Allgemeines

- Arzt unterliegt ohne Einschränkungen auch den strafrechtlichen Normen
- Im Mittelpunkt stehen Fahrlässigkeitsdelikte bei ärztlichem Fehlverhalten während einer Behandlung
 - Selten Wissen und Wollen des Verletzungserfolges durch den Arzt
- **Aber:** Jeder ärztliche Heileingriff stellt tatbestandlich eine Körperverletzung dar.
 - Der ärztliche Eingriff erfolgt in vollem Bewusstsein der körperverletzenden Wirkung → vorsätzliche Körperverletzung gem. § 223 StGB
 - **Aber:** Rechtswidrigkeit in den meisten Fällen durch Einwilligung des Patienten beseitigt
 - **Wichtig:** Wirksamkeit der Einwilligung, insbesondere deren Abhängigkeit von einer vorhergehenden zutreffenden Aufklärung über den geplanten Eingriff
- Vertragsschluss hat auch Folgen fürs Strafrecht → Entstehung von Pflichten (z.B. **Schweigepflicht gem. § 203 StGB**)

Die strafrechtliche Verantwortung des Arztes

1) Allgemeines

- Ermittlungsverfahren gegen Ärzte steigt stetig → z.B. alleine in Köln: 1998 waren es 137 Fälle, 2001 schon 341 Fälle
 - Nicht nur wg. fehlerhaften ärztlichen Behandeln, sondern auch wg. vermögensrechtlichem Vorteils (z.B. Betrug § 263 StGB, Bestechlichkeit § 331 StGB, Korruption im Gesundheitswesen §§ 299a, b StGB usw.)
 - Gründe:
 - Fortschritt der Medizin
 - Wachsende Arbeitsteilung
 - Personalknappheit (ständiger Zeit- und Arbeitsdruck)
- Verurteilungsquote zwar relativ gering, aber schon Einleitung von Ermittlungsverfahren kann existenzgefährdend sein

Gefahr: Defensive Medizin aus „Überängstlichkeit“



2) Einwilligung in den ärztlichen Eingriff

- *„Jeder ärztliche Eingriff in die körperliche Unversehrtheit unabhängig davon, ob sie lege artis durchgeführt und erfolgreich ist, ist eine tatbestandliche Körperverletzung.“*
- **Einwilligung** ist wichtigster Rechtfertigungsgrund
 - Gilt nur für bestimmten Eingriff
 - Kommt auf Einsichts- und Urteilsfähigkeit im „natürlichen Sinne“ an, die Sachlage und Ausmaße des Eingriffs zu erfassen
 - Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts → vorherige Selbstbestimmungsaufklärung notwendig
 - Rechtzeitig vorher
 - Persönliches Aufklärungsgespräch
 - **Inhalt**: Verlauf, Risiken, Chancen
 - Auch bei medizinisch nicht indizierten Eingriffen möglich

II. Materielles Arztstrafrecht

Teil A

1) Unterlassene Hilfeleistung, § 323c StGB

§ 323c

Unterlassene Hilfeleistung; Behinderung von hilfeleistenden Personen

- (1) Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

[...]

1) Unterlassene Hilfeleistung, § 323c StGB

- Nicht speziell arztbezogen → gilt für Jedermann
- Ärzte haben keine erweiterte Berufspflicht zum Handeln
 - Wegen Spezialkenntnissen jedoch erhöhte Handlungspflicht, wenn sie denn besteht
- Beispiele für arzttypische Gefährdungslagen
 - Vertragsarzt verweigert Behandlung, weil er dadurch die ihm durch das Wirtschaftlichkeitsgebot gegebenen Grenzen überschreiten würde und deshalb eine für ihn negative Abrechnungs- oder Wirtschaftlichkeitsprüfung befürchtet
 - Der Arzt unterlässt einen Hausbesuch, mit der Begründung, der Patient könne ihn doch in der Praxis aufsuchen. Der Patient stirbt sodann zuhause an den Folgen des Nichteingreifens.

1) Unterlassene Hilfeleistung, § 323c StGB

- Unglücksfall
 - *Ein plötzlich eintretendes Ereignis, das eine erhebliche Gefahr für ein Individualrechtsgut mit sich bringt oder zu bringen droht*
 - Krankheit kein Unglücksfall, aber plötzliche Verschlechterungen (z.B. Schlaganfall, Herzinfarkt)
 - Auch der Selbstmordversuch (str.)
 - Muss für den Arzt erkennbar sein

- Art und Umfang der Hilfeleistung
 - Muss nicht eigenhändig sein → z.B. an Notarzt weiterleiten
 - Umfang an Erforderlichkeit und Zumutbarkeit messen
 - Erforderlichkeit → wenn ohne die Hilfeleistung die Gefahr besteht, dass der Unglücksfall zu einer nicht ganz unerheblichen Schädigung der Gesundheit des Kranken führen würde
 - Zumutbarkeit → kollidierende Belange abwägen

- Mindestens bedingter Vorsatz erforderlich

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

§ 229

Fahrlässige Körperverletzung

Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

- Fahrlässigkeit = „*derjenige Arzt, der die Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet und imstande ist, und dadurch den schädlichen Erfolg herbeiführt*“
 - *ohne dies vorauszusehen* → **unbewusste Fahrlässigkeit**
 - *im vorwerfbaren Vertrauen darauf („es wird schon gutgehen“)* → **bewusste Fahrlässigkeit**

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

§ 222 Fahrlässige Tötung

Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

- Unterschied zu fahrlässiger Körperverletzung ist eingetretener „Erfolg“ (Tod)

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

a) Handeln

- Grundlage jeder Fahrlässigkeit ist die Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt → auf Tatbestandsebene objektiv, auf Schuldebene subjektiv
- Für Beurteilung der ärztlichen Sorgfalt ist **Facharztstandard** maßgebend
 - = „Das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis bewährte, nach naturwissenschaftlicher Kenntnis gesicherte, von einem durchschnittlichen Facharzt verlangte Maß an Kenntnis und Können.“
 - Ex ante Sicht
 - Variiert nach Stellung und Situation des Arztes
 - Arzt schuldet dem Patienten die Beachtung der gebotenen Sorgfalt, nicht nur der üblichen
- Mit dem Grad der Gefährlichkeit der Behandlung steigt das Maß der erforderlichen Sorgfalt
- Typische Problemfelder im Bereich Diagnose, Indikation, Wahl, Aufklärung und Organisation

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

a) Handeln

- Grenze ist sog. erlaubtes Risiko
 - Kommt nicht darauf an, ob eine medizinisch für erforderlich gehaltene Behandlungsmaßnahme, um Gesundheitsrisiko abzuwenden, in der Praxis allgemein durchgeführt wird
 - Kommt darauf an, ob von dem behandelnden Arzt das entsprechende Wissen verlangt werden kann und die ärztliche Maßnahme mit den vorhandenen technischen Mitteln vorgenommen werden konnte
- Begründung des hohen Maßstabs:
 - Höchste Rechtsgüter des Menschen gefährdet (Leben, Gesundheit)
 - Patient als Laie meistens schutzlos ausgeliefert (Wissensgefälle)

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

a) Handeln

- Bei mehreren medizinisch anerkannten Heilmethoden mit gleichen Erfolgchancen und Risiken hat Arzt **Therapiefreiheit**
 - **Aber: Verbot der Risikoerhöhung**

- Nicht anerkannte Heilmethoden oder sog. „*Off-label-use*“ lassen nicht per se einen Rückschluss auf einen Behandlungsfehler zu → Arzt muss Patienten aber vorher über Risiken und Alternativen aufklären
- Patient kann nur med. Standard fordern, nicht aber neue, noch nicht abgesicherte Methode → Arzt kann diese wg. seiner Therapiefreiheit ablehnen
- Grenze der Therapiefreiheit sind die Mindestanforderungen an die gebotene Sorgfalt, da Beurteilungsspielraum gerichtlich nicht nachprüfbar

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

a) Handeln

- Behandlung, die dem „*Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht*“, muss zu jeder Zeit und an jedem Ort gewährleistet werden
 - Nacht- und Sonntagsdienst
 - Fachfremder Arzt kann keinen Notfalldienst übernehmen, bzw. muss sich fortbilden

- Besondere Vorkehrungen bei Anfängern, um höheres Verletzungsrisiko auszugleichen
 - Dürfen nur dem Stand ihrer Kenntnisse und praktischen Erfahrungen eingesetzt werden

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

a) Handeln

▪ Subjektiver Schuldvorwurf

- An persönlichen Fähigkeiten und Kenntnissen zu messen
- Doppelter Schuldvorwurf → Objektiv berufs- und subjektiv personenbezogen
- Im Zivilrecht nur objektiver Sorgfaltsmaßstab
- **Z.B. Assistenzarzt wäre subjektiv nicht einer Geburtssituation gewachsen**

▪ Arzt hat Fortbildungspflicht

- Notwendig für medizinischen Standard und bestmögliche Versorgung der Patienten
- Muss neue Erkenntnisse zeitnah umsetzen

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

a) Handeln

■ Übernahmefahrlässigkeit

- *„Objektiv pflichtwidrig und subjektiv schuldhaft handelt ein Arzt, der freiwillig, ohne aus einer Notsituation heraus zu handeln, eine Tätigkeit übernimmt, der er mangels eigener persönlicher Fähigkeiten oder Sachkunde erkennbar nicht gewachsen ist oder die er aus anderen Gründen nicht den erforderlichen Sorgfaltsmaßstab erfüllen kann.“*
- Z.B. Übermüdung, Krankheit, Trunkenheit
- Überschätzung seiner Qualifikation und Mangel an Selbstkritik
- Z.B. wenn Chirurg in einer Operation sowohl den ärztlichen Eingriff als auch die Narkose wahrnimmt und dadurch Patient geschädigt wird

Materielles Arztstrafrecht

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

b) Unterlassen

- Sorgfaltspflichtverletzung auch durch Unterlassen möglich

Nichtvornahme einer medizinisch gebotenen Maßnahme

➡ Z.B. Nicht rechtzeitiges Einweisen in ein Krankenhaus, Nichtvornahme von schmerzlindernden Maßnahmen

- **Hypothetische Kausalität** → wenn Arzt bei Vornahme der gebotenen Handlung den Erfolg (Tod oder Körperverletzung) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermieden hätte

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

b) Unterlassen

- Abgrenzung zum „Tun“:
 - Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit
 - Normative Betrachtung unter Berücksichtigung des sozialen Handlungssinns

- Abgrenzung wichtig, weil Strafmilderung gem. § 13 Abs. 2 StGB und hyp. Kausalität

- **Bsp.: Beginnen der OP ohne erforderliche Voruntersuchung (Tun) oder Nichtvornahme der erforderlichen Untersuchung (Unterlassen)**

2) Fahrlässige Körperverletzung, § 229 StGB, und fahrlässige Tötung, § 222 StGB

b) Unterlassen

▪ Garantenstellung des Arztes

- Führt zur Erfolgsabwendungspflicht
- Hauptsächlich durch faktische Übernahme → kein Vertragsschluss erforderlich
- Auch durch vorhergegangenes pflichtwidriges Verhalten (sog. **Ingerenz**)
 - **Z.B. wenn sedierter Patient nach OP das Krankenhaus verlässt und einem Autounfall unterliegt**
- Allgemeine Hilfespflicht gem. § 323c StGB löst keine Garantenstellung aus
- Garantenpflichten enden erst mit der vollständigen Erfüllung der übernommenen Aufgabe

3) **Behandlung ab Vertragsschluss**

c) Schweigepflicht, § 203 StGB

§ 203

Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, [...]

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

3) Behandlung ab Vertragsschluss

c) Schweigepflicht, § 203 StGB

- Gilt nicht nur für Arzt, sondern auch für Personal des Arztes
- Schutzgut ist Selbstbestimmungsrecht des Patienten
 - Patient gibt sich „unfreiwillig“ in die Hände des Arztes → bes. persönliches Verhältnis
- Umfang
 - Beginnt schon beim Umstand, dass sich überhaupt jmd. in Behandlung befindet
 - Auch Umstände, die nicht die Behandlung als solche zum Gegenstand haben
 - **Praxiskauf/Praxisverkauf** → Nur mit ausdrücklicher Einwilligung ist Übergabe der Patienten- und Beratungskartei möglich (näher dazu *BGH, Urteil vom 11-12-1991 - VIII ZR 4/91*)
 - **Abrechnung/Factoring** → Bei Honorarforderungen oder deren Verkauf an Verrechnungsstelle

3) Behandlung ab Vertragsschluss

c) Schweigepflicht, § 203 StGB

▪ Umfang

- **Datenverkehr zwischen Ärzten** → Gilt auch innerhalb von Praxen oder Krankenhäusern
 - **Privatversicherung** → Generalermächtigungen stellen Verstoß gegen das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung (Art. 2 Abs.1 GG i.V.m. Art. 1 Abs.1 GG) dar
 - **Sozialversicherungsträger** → Mitwirkungspflicht des Versicherungsnehmers, §§ 60 ff. SGB I und Auskunftspflicht des Arztes, §§ 100 ff. SGB V
-
- Schweigepflicht gilt nach Tod weiter
 - Aussageverweigerungsrecht des Arztes gem. § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO

3) Behandlung ab Vertragsschluss

OLG Koblenz, Beschluss vom 23. Oktober 2015 - 12 W 538/15, FamRZ 2016, 1210 f.

Rechtsprechung

Sachverhalt – „*Die Toten schweigen*“

- Mutter starb, Sohn und Tochter stritten sich um Erbschaft
- Bei Umfang der Erbschaft war Pflegebedürftigkeit der Mutter relevant, da Tochter sie pflegte und Ausgleich forderte
- Früherer Arzt sollte sich diesbezüglich äußern → Er verweigerte Aussage wg. ärztlicher Schweigepflicht, § 383 Abs. 1 Nr. 6 ZPO

 Zu Recht?

3) Behandlung ab Vertragsschluss

Rechtsprechung

Beschluss – „*Die Toten schweigen*“

OLG Koblenz, Beschluss vom 23. Oktober 2015 - 12 W 538/15, FamRZ 2016, 1210 f.

- Ärztliche Schweigepflicht gilt auch nach Tod
- Aber, wenn keine ausdrückliche Handlungsanweisung des Patienten bestand, auf mutmaßlichen Willen abstellen
 - Arzt muss gewissenhaft prüfen und begründen → eigene Entscheidungsbefugnis
 - Vorliegend davon auszugehen, dass Verstorbene gerechte Regelung des Nachlasses gewünscht hätte → Arzt hatte somit kein Aussageverweigerungsrecht

III. Fehlerquellen

1) Typische Fehlerquellen

- Typische Fehlerquellen
 - **Krankenbehandlung** → Voruntersuchung, Anamnese, Diagnose, Indikationsstellung, Medikation, Wahl und Durchführung des ärztlichen Eingriffs, postoperative Maßnahme
 - **Patientenaufklärung**
 - **Organisation** → Regelung der personellen und sachlichen (strukturellen) Voraussetzungen für die Betreuung des Patienten
 - Insb. im arbeitsteiligen Zusammenwirken mehrerer Ärzte oder von Ärzten mit nichtärztlichem Hilfspersonal

2) Behandlungsfehler

- **Behandlungsfehler** → *jede ärztliche Maßnahme, die nach dem jeweiligen Stand der med. Wissenschaft unsachgemäß ist*
- **Diagnosefehler**
 - Diagnose → Feststellung und Beurteilung der erhobenen Befunde
 - Setzt körperliche Untersuchung und Verschaffung eines eigenen Eindrucks voraus (z.B. nicht über ein Telefonat)
 - Diagnosefehler ↔ Fehldiagnose
 - Obj. falsche Diagnose kommt nicht nur durch obj. Sorgfaltspflichtverletzung zustande
 - Symptome können oft auf verschiedene Ursachen hindeuten (*Unberechenbarkeit des menschlichen Organismus*) → Hoher Maßstab an Verstoß

2) Behandlungsfehler

■ Diagnosefehler

- Vorwurf nur,
 - wenn eindeutiges Krankheitsbild durch Unachtsamkeit in völlig unvertretbarer Weise verkannt wird,
 - wenn elementare Kontrollbefunde nicht erhoben werden oder
 - wenn Arzt Erhebung weiterer Befunde trotz vorläufiger Diagnose unterlässt
- Z.B. Nichterkennen eines Herzinfarktes trotz eindeutiger Symptome
- ↔ Nichterhebung von Befunden

2) Behandlungsfehler

- **Kontroll- und Überwachungsfehler**
 - Bei unzureichender Überwachung der Entwicklung des Krankheitsverlaufs
 - Fehlende Schutzmaßnahmen
 - Unzureichende Sicherheitsvorkehrungen
- **Vergessene Gegenstände im Operationsbereich**
 - Sorgfaltspflichtverletzung?
 - Nicht unbedingt → kommt auf besondere Umstände im Einzelfall an
 - Welche Sicherheitsvorkehrungen wurden getroffen?
- **Fehlende oder unzureichende Anamnese**

2) Behandlungsfehler

- Verstoß gegen therapeutische Aufklärung
 - Z.B. ruhig halten, keinen Sport treiben, Diät halten, usw.
- Verstoß gegen Hygienestandard
 - Z.B. fehlender Mundschutz bei OP, fehlende Desinfektion, usw.
- Lagerungsfehler
- Geräte- und Bedienungsfehler
- Unterlassene Hinzuziehung eines Facharztes

3) Grober Behandlungsfehler

 „Ein eindeutiger, fundamentaler Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse, der nach den gesamten Umständen des Einzelfalles aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint und einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.“

- Ob Fehler grob oder leicht war ist für Strafzumessung und Art der Verfahrenserledigung (§ 153a StPO) von Bedeutung
- Frage der rechtlichen Bewertung, nicht des Sachverständigen
 - Aus der medizinischen Bewertung durch den Sachverständigen herleiten
- Hat nicht wie im Zivilrecht Beweislastumkehr zur Folge (in dubio pro reo)
- Bsp.: Delegation der Überwachung einer Risikogeburt (Vorderhauptlage des Kindes) allein auf eine Hebamme; Verlassen des Kreißsaals zur Mittagspause trotz deutlicher Warnzeichen, die eine sofortige Entbindung durch sectio geboten erscheinen lassen

4) Organisationsfehler

a. Allgemein

- Typische Fehler
 - Ungenügende personelle oder apparative Ausstattung
 - Mangelnde Koordination im Bereich der Schnittstellen (Koordinationsmängel, Kompetenzabgrenzungsmängel)
 - Fehlende Absprachen (Kommunikationsmängel)
 - Unzureichende Überwachung
 - Delegationsmängel (betreffend Auswahl, Anleitung und Überwachung von Mitarbeitern)
 - Zu früher Einsatz von Anfängern
 - Qualifikationsmängel

- Je komplizierter die Vorgänge und das arbeitsteilige medizinische Geschehen in einem großen Betrieb, desto mehr Aufmerksamkeit erfordern Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen Abläufe

4) Organisationsfehler

a. Allgemein

Organisationsverschulden von dem Zuständigen, bspw. dem Chefarzt, bzgl. der Behandlungsabläufe in seiner Abteilung



Übernahmeverschulden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die im Rahmen insuffizienter Organisation tätig werden

- **Sekundäre Organisationspflicht** umfasst Kontrolle und Verbesserung des Organisationsplans

4) Organisationsfehler

b. Arbeitsteilung

- Tatsächliche Arbeitsteilung hat auch rechtliche Verantwortungsteilung zur Folge
- „Verantwortungsvervielfachung“ für Höherrangige durch Aufsichts-, Kontroll- und Organisationspflichten
- **Folge:** Fehlerrisiko nimmt zu

- **Prinzip der Einzel- und Eigenverantwortlichkeit**
 - Teilbarkeit der Verantwortungsbereiche
 - Strafrechtliche Schuld nur eigenes Verschulden → Wichtig, wer für welchen Vorgang oder welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt zuständig und verantwortlich war

4) Organisationsfehler

b. Arbeitsteilung

- Zusammenarbeit (horizontal) Gleichberechtigter oder (vertikal) in einem Über- bzw. Unterordnungsverhältnis zueinander Stehender möglich
 - Horizontale Arbeitsteilung weisungsfrei
 - Vertikale Arbeitsteilung hierarchisch aufgebaut

- **Vertrauensgrundsatz**
 - Jeder an der Behandlung des Patienten Beteiligte darf darauf vertrauen, dass die anderen ihre Aufgaben mit der gebotenen Sorgfalt erfüllen
 - **Grenze:** Wenn aufgrund bestimmter Anhaltspunkte „*ernsthafte Zweifel an der Ordnungsgemäßheit der Vorarbeiten des Kollegen erkennbar*“ bestehen
 - **Folge:** Pflicht, drohende Schäden abzuwenden

4) Organisationsfehler

b. Arbeitsteilung

▪ Typische Fallkonstellationen

- Zusammenarbeit zwischen Fachärzten verschiedener Gebiete
- Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt
- Zusammenarbeit zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhausarzt
- Zusammenarbeit im Krankenhaus zwischen Chefarzt und nachgeordneten Ärzten innerhalb einer Abteilung
- Zusammenarbeit zwischen Arzt und Pflegepersonal

4) Organisationsfehler

b. Arbeitsteilung

- Koordination der beabsichtigten Maßnahmen und Verpflichtung zu gegenseitiger Information und Absprache

- **Horizontale Arbeitsteilung**
 - Problem der Abgrenzung der Aufgabenbereiche, **z.B. zwischen Anästhesist und Chirurg bei den präoperativen Vorbereitungen**
 - Vielfach Schnittstellen
 - Postoperative Phase besonders haftungsträchtig
 - Wer an die Grenzen seines Wissens und Könnens stößt, ist zur Hinzuziehung (anderer) Spezialisten verpflichtet (**z.B. Hausarzt an Facharzt**)

4) Organisationsfehler

b. Arbeitsteilung

▪ Vertikale Arbeitsteilung

- Über-/Unterordnungsverhältnis der handelnden Personen
- Delegationsfehler
 - Auswahlverschulden (Delegation auf einen ungenügend qualifizierten Mitarbeiter)
 - Instruktions- bzw. Informationsmängel
 - Überwachungsverschulden
- Untergeordneter hat ihm delegierte Aufgaben wie eigene zu erfüllen → haftet selbst
 - Haftungsrechtlicher Schutz: Nur haftbar für ihm allein zuzuschreibendes Verhalten, fehlende Remonstration oder Übernahmeverschulden

4) Organisationsfehler

b. Arbeitsteilung

▪ „Allzuständigkeit“ des Chefarztes

- **Chefarztprinzip** → Es gibt im organisatorischen Bereich nichts, was außerhalb seiner Verantwortlichkeit liegt
- Endverantwortung für ordnungsgemäße Behandlung
- Adäquate Organisation und Kontrollmaßnahmen
- Verantwortlichkeit für eine ausreichende personelle Besetzung der Abteilung
- Sicherstellung der technischen Apparate und Gewährleistung der Funktionsfähigkeit und Wartung

4) Organisationsfehler

BGH, Urteil vom 2. Oktober 1979 - 1 StR 440/79, NJW 1980, 649 f.

Rechtsprechung

Sachverhalt – „*Falsches Vertrauen*“

- 18-jährige Patientin (P) verstarb nach einer OP
- Assistenzarzt (A) (der deutschen Sprache nur einigermaßen mächtig) rief zur OP die angeklagte Anästhesistin (S) hinzu
- Keiner der beiden stellte Darmlähmung und dadurch überfüllten Magen der P fest
- P trank am Abend zuvor 6 Liter Wasser und morgens 2 Liter Kamillentee
 - S kam erst zu der OP, als P schon auf dem OP-Tisch lag → Auf die Frage, ob sie nüchtern sei, antwortete P mit „ja“
 - A erzählte von „abgehenden Winden“, also Darmaktivität
 - Operierender Chirurg (C) untersuchte P kurz und kam zum selben Ergebnis
- Während der OP Aspiration des Mageninhalts von P → Überlebte
- S überlies P nach der OP einer Krankenschwester und fuhr nach Hause
 - P verstarb

4) Organisationsfehler

Rechtsprechung – „Falsches Vertrauen“

BGH, Urteil vom 2. Oktober 1979 - 1 StR 440/79, NJW 1980, 649 f.

- Fahrlässige Tötung? → Freispruch von S
- Begründung:
 - Nach Aspiration des erbrochenen Mageninhalts wäre Tod nicht mit ausreichender Sicherheit zu vermeiden gewesen
 - Vorher keine allgemeine absolut sichere Methode zur Vermeidung der Aspiration
 - Durfte sich S bzgl. der Darmgeräusche auf Angaben von A und C verlassen?
 - Bei Zusammenarbeit im Operationssaal **Vertrauensgrundsatz**
 - Vertrauen auf fehlerfreie Mitarbeit der Ärzte anderer Fachrichtungen
 - Grds. hat S als Anästhesistin ihre präoperativen Vorbereitungen zu treffen, wozu auch Prüfung der Nüchternheit gehört
 - Aber von C richtige Diagnose zu erwarten und nicht zu überprüfen
 - S durfte C vertrauen, da keine Zweifel bestanden

5) Aufklärungsfehler

- Aufklärungsfehler meistens nachgeschobener zusätzlicher Vorwurf → Auffangfunktion
 - Behandlungsfehler meistens schwer zu beweisen
 - Patient unterliegt als Zeuge der Wahrheitspflicht und somit schwer für Arzt das Gegenteil zu beweisen
 - In Strafprozess strenger als in Zivilprozess → Schwerwiegendere Folgen für Arzt

- **In dubio pro reo** → Verschuldensfrage muss unter dem Aspekt der persönlichen Vorwerfbarkeit und konkret-individuellen Vermeidbarkeit der Pflichtverletzung geprüft werden
 - Subj. Maßstab → Vorhersehbarkeit, Vermeidbarkeit und Zumutbarkeit

5) Aufklärungsfehler

- **Therapeutische Aufklärung** (vgl. § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB)
 - Information und Beratung
 - Mitteilung therapeutischer Verhaltensregeln an Patienten
 - Anweisungen, Hinweise, Ratschläge und Empfehlungen
 - **Ziel:** Sicherung Behandlungserfolg → **Sicherungsaufklärung**
 - Dringlichkeit gewisser Maßnahmen und Schwere der Gefahren muss Patienten bewusst werden
 - Beweislastumkehr bei groben Verstößen nicht auf Strafrecht anwendbar („*in dubio pro reo*“)

5) Aufklärungsfehler

▪ Wirtschaftliche Aufklärung (vgl. § 630c Abs. 3 BGB)

- Behandelnder muss Patienten vor Beginn der Behandlung auf mögliche fehlende Übernahme der Kosten durch Dritten in Textform hinweisen
 - Bei Wissen oder hinreichenden Anhaltspunkten („*Wissen über Ungewissheit*“)
- Hinweis auch bei nicht medizinisch indizierten Eingriffen und bei eventuell notwendig (und möglicherweise indizierten) werdenden Folgeeingriffen
- Verletzung berührt nicht die Wirksamkeit der Einwilligung, kann aber zu einer Strafbarkeit wegen Betruges gem. § 263 StGB führen
 - Hauptsächlich zivilrechtliche Folgen wie Befreiung der Kostenbelastung

5) Aufklärungsfehler

- **Diagnoseaufklärung** (vgl. § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB)
 - Information des Patienten über ärztlichen Befund
 - Kann bei besonderen Umständen entbehrlich sein (z.B. Schutz des Patienten)
 - Selbstbestimmungsrecht ↔ ärztlicher Heilauftrag (z.B. seelische Schäden)
 - Reine Beunruhigung reicht nicht aus
 - Strenge Anforderungen an Unzumutbarkeit der Aufklärung
 - Fürsorgepflicht des Arztes
 - „Ungesicherte Gefahrenmeldung“ ebenso fehlerhaft wie Verharmlosung
 - Mitteilungspflicht, wenn es für pers. Lebensführung des Patienten erkennbar von Bedeutung ist
 - Bei Pflichtverletzung Unwirksamkeit der Einwilligung für die darauf folgenden ärztlichen Eingriffe

5) Aufklärungsfehler

- **Risikoaufklärung** (vgl. § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB)
 - Verlaufs- und Eingriffsaufklärung
 - Kernbereich der Selbstbestimmungsaufklärung
 - Über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände
 - **Verlaufsaufklärung** → Grob über Therapie, d.h. (Neben-) Folgen, Erfolgchancen, Gefahren des Misserfolgs oder Versagerquoten
 - Darlegung des Für und Widere
 - **Eingriffsaufklärung** → Überschneidung mit Verlaufsaufklärung, Risiken, Dringlichkeit, Ausstattung, Spezialisten, usw.
 - Verständnis des Eingriffs im Großen und Ganzen
 - Aufklärungspflicht schon bei ernsthafter Möglichkeit der Risikoverwirklichung → Volles Risiko beim Arzt

5) Aufklärungsfehler

■ Umfang der Risikoaufklärung

- Rechtsfrage
- Bei allgemeinen Risiken ist die Komplikationsdichte ausschlaggebend → Nicht unbedingt über fern liegende oder sehr seltene Risiken
 - Abwägung Risiko ↔ Schwere der Folgen
 - Allgemeines Bild von Schwere und Risiken reicht
- Patientenbezogen, also auch Beruf und Lebensführung für Intensität der Aufklärung miteinzubeziehen
- Über eingriffsspezifische, typische Risiken immer zu unterrichten
 - Kommt nicht auf Häufigkeit des Eintritts an
- Nicht über allgemein bekannte Risiken aufzuklären
 - = Risiken, die mit jeder größeren OP verbunden sind und mit denen Patient rechnet
 - **Z.B. allgemeines Infektionsrisiko einer offenen Wunde**

5) Aufklärungsfehler

▪ Aufklärung bei nicht indizierten Eingriffen

- Umfang der Aufklärung umso weitgehender, je weniger der Eingriff geboten ist
- Z.B. bei kosmetischen Operationen auf Für und Wider in schonungsloser und besonders ausführlicher Weise, also auch auf sehr seltene Risiken, hinzuweisen
- Ausführliche Aufklärung erst recht auch bei altruistischen Eingriffen wie z.B. der Blutspende
- Höchste Anforderungen auch bei Sterilisation → Versch. Methoden, Versagerquote, Endgültigkeit

▪ Aufklärung bei Diagnoseeingriff

- Gesteigerte Anforderungen, sofern Eingriff keinen therapeutischen Eigenwert hat

5) Aufklärungsfehler

- Aufklärung bei relativ indizierten Eingriffen
 - = Ärztliche Maßnahme **kann**, muss aber nicht vorgenommen werden
 - Hohe Anforderungen, da Patient die Wahl haben soll
 - Über Entbehrlichkeit informieren

- Bei zwingend indizierten Eingriffen muss jedenfalls eine allgemeine Vorstellung über Schwere und Risiken vermittelt werden

- Wenn Maßnahme vital indiziert ist und sofortiges Handeln geboten ist, ist Aufklärungsumfang dementsprechend weit zu reduzieren
 - Bei Unaufschiebbarkeit kann Aufklärung entfallen → Rettung des Lebens vorrangig

5) Aufklärungsfehler

BGH, Urteil vom 28. November 1957 - 4 StR 525/57, BGHSt 11, 111 ff.

Rechtsprechung

Sachverhalt – „*Myom-Fall*“

- Angeklagter = Chefarzt (C)
- Stellte bei Untersuchung der 46 Jahre alten Patientin (P) eine doppelfaustgroße Gebärmuttergeschwulst (Myom) fest
 - Ratschlag zur operativen Entfernung
- Während OP ergab sich, dass die Geschwulst mit Gebärmutter verwachsen war
 - Nur durch Entfernung der Gebärmutter zu beseitigen
- C entfernte Gebärmutter, ohne P vorher über diese Möglichkeit aufgeklärt zu haben
- P gibt nun an, dass sie der Gebärmutterentfernung niemals zugestimmt hätte
- Eingriff war indiziert und wurde lege artis durchgeführt

5) Aufklärungsfehler

Rechtsprechung – „Myom-Fall“

- Freispruch in der ersten Instanz
- **BGH**, Urteil vom 28. November 1957 - 4 StR 525/57, BGHSt 11, 111 ff.
 - C klärte zuvor nicht über Möglichkeit der Gebärmutterentfernung auf → Wollte P nicht „unnötig“ beunruhigen
 - Nicht wegen möglicher „Beunruhigung“ von Aufklärung befreit
 - Hätte C an Wahrscheinlichkeit denken und dann seine Patientin auf diese Möglichkeit hinweisen müssen?
 - Hätte Angeklagter erkennen können und müssen, dass Patientin bei Aufklärung die Entfernung der Gebärmutter endgültig verweigert hätte?
 - Urteil offen, da C vorher verstarb