

2. Ein Kausalverhältnis kann nicht deshalb verneint werden, weil zu den durch schuldhaftes Verhalten eines Täters in Gang gesetzten Ursache-Wirkungs-Beziehungen ein weiteres schuldhaftes Verhalten einer anderen Person als Ursache hinzukommt.

Bei der Prüfung des strafrechtlich bedeutsamen Zusammenhangs zwischen Ursache und Wirkung kommt es vielmehr darauf an, die inneren wesentlichen Beziehungen zu erfassen.

3. Pflichtverletzungen des Ärztlichen Direktors eines Krankenhauses bzw. des Leitenden Arztes einer Fachabteilung im Rahmen seiner Ausbildungs- und Aufsichtspflicht gegenüber ihm unterstellten Ärzten und Krankenschwestern begründen bei erfolgsqualifizierten Delikten dieser Mitarbeiter (hier: fahrlässige Tötung eines Patienten) noch nicht seine strafrechtliche Verantwortlichkeit. Dazu muß vielmehr ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesen Pflichtverletzungen und den schuldhaft herbeigeführten Folgen vorliegen. Strafrechtliche Verantwortung setzt demnach individuelle Schuld in Beziehung auf die Erfüllung aller Voraussetzungen des jeweiligen gesetzlichen Tatbestands voraus.

4. Ein Bürger, dem nach einer abgeschlossenen Ausbildung der berufliche Befähigungsnachweis erteilt (hier: vollapprobierter Arzt) und ein bestimmter Aufgabenbereich mit eigener Verantwortung übertragen worden ist, kann sich bei persönlichem Versagen grundsätzlich nicht darauf berufen, daß ihm seine Lehrer, Ausbilder oder übergeordneten Leiter ein nicht genügendes Wissen vermittelt haben.

OG, Urt. vom 26. April 1967 - 5 Ust 10,67.

Das Bezirksgericht verurteilte die Angeklagten L. und Lo. wegen fahrlässiger Tötung (§§ 222 StGB, § 1 StEG) zu bedingten Gefängnisstrafen. Die Angeklagte A. wurde von der Anklage der fahrlässigen Tötung freigesprochen.

Dieser Entscheidung liegt im wesentlichen folgender Sachverhalt zugrunde:

Der Angeklagte L. ist seit 1945 im Krankenhaus S. als Chirurg und Ärztlicher Direktor tätig. Die Angeklagte A. arbeitet seit 1934 als ausgebildete Krankenschwester und wurde infolge ihrer guten Kenntnisse 1945 im Krankenhaus S. als Operationsschwester eingesetzt.

Am 9. November 1965 gegen 19.30 Uhr wurde der 16jährige P. mit erheblichen Schnittverletzungen an der Handinnenfläche in das Krankenhaus S. gebracht. Es wurden sofort die für den Bereitschaftsdienst eingesetzte Angeklagte A. und die in dieser Sache rechtskräftig verurteilte Ärztin Lo. verständigt. Die Angeklagte A. traf gegen 19.45 Uhr im Krankenhaus ein. Sie sah sich die Verletzungen des Patienten an und forderte danach die Stationsschwester, die Zeugin G., auf, eine Äthernarkose zu machen. Die Zeugin wies die Angeklagte A. ausdrücklich darauf hin, daß der Patient, vorher reichlich gegessen hatte, und schlug eine lokale Betäubung vor. Auch der Vater des Verletzten betonte in Anwesenheit der Angeklagten A., daß sein Sohn gegessen hatte, und bat um eine lokale Schmerzausschaltung. Mit der Bemerkung, eine gute Narkoseschwester müsse damit fertig werden, wies die Angeklagte A. jedoch alle Bedenken zurück. Daraufhin begann die Zeugin G. gegen 20 Uhr mit der Narkose. Nach etwa zwei Minuten setzte bei dem Patienten Brechreiz ein, er erbrach Speisebrocken.

Kurz nach 20 Uhr — der Verletzte war bereits in Narkose — traf die Ärztin Lo. ein. Die Schwestern informierten sie darüber, daß der Patient zu Beginn der Narkose erbrochen hatte. Die Ärztin untersuchte P. und stellte eine ruhige und gleichmäßige Atmung fest. Daher nahm sie einen normalen Narkoseverlauf an und begann mit der Wundversorgung, die etwa 20 Minuten dauerte.

Als die Zeugin G. die Narkosemaske abnahm, stellte sie fest, daß der Patient bläuliche Lippen hatte. Das

teilte sie sofort mit und äußerte ihre Besorgnis darüber, daß infolge des vollen Magens sowie des Erbrechens mit der Luftzufuhr etwas nicht in Ordnung sein könnte. Die Angeklagte A. prüfte daraufhin die Atmung. Sie fand sie frei und bemerkte, die Blaufärbung der Lippen habe nichts zu sagen. Die Ärztin Lo., die anfänglich Sauerstoffmangel vermutete, prüfte den Puls des Patienten. Da sie ihn regelrecht fand, übergab sie den Patienten ohne besondere Anweisungen der Zeugin G. Gegen 20.30 Uhr verließen die Angeklagten A. und Lo. das Krankenhaus, ohne noch einmal nach dem Kranken zu sehen.

Inzwischen nahm jedoch die Blaufärbung beim Patienten zu und sein Puls wurde schwächer. Die Zeuginnen G. und E. nahmen sofort Wiederbelebungsversuche vor; außerdem wurde Pentadrin injiziert. Da sich der Zustand des Patienten verschlechterte, wurden die Angeklagten A. und Lo. angerufen. Die Angeklagte A. traf gegen 20.45 Uhr ein. Sie schloß das Sauerstoffgerät an und spritzte Cormed. Gleichzeitig wurden die Wiederbelebungsversuche fortgesetzt. Gegen 21 Uhr kam die Ärztin Lo. Da sie sich der eingetretenen Lage nicht mehr gewachsen fühlte, ließ sie den Angeklagten L. holen. Dieser kam gegen 21.05 Uhr. Mit dem Absaugapparat zog er Speisereste, insbesondere einen ziemlich tief sitzenden Fleischbrocken, heraus.

Trotz dieser Bemühungen verstarb der Patient gegen 21.40 Uhr. Todesursache war Erstickung durch die Verlegung der Atemwege mit erbrochenen Speiseteilen. Dabei führte nicht ein plötzlicher vollständiger, sondern ein über längere Zeit bestehender unvollständiger Verschuß der Luftwege zum allmählichen Erstickungstod.

Gegen diese Entscheidung richten sich der Protest des Staatsanwalts, soweit die Angeklagte A. freigesprochen wurde, und die Berufung des Angeklagten L., mit der Freispruch erstrebt wird. Protest und Berufung hatten Erfolg.

Aus den G r ü n d e n :

Das Oberste Gericht hat ausnahmsweise eine ergänzende Beweisaufnahme durchgeführt. Abweichend vom Beweisergebnis des Bezirksgerichts hat der Senat festgestellt, daß der Angeklagte L. nicht schon gegen 21.05 Uhr, sondern etwa 10 bis 15 Minuten später als die Ärztin Lo. im Krankenhaus eintraf. Der klinische Tod des Patienten ist nicht erst gegen 21.40 Uhr, sondern bereits gegen 21 Uhr eingetreten, das heißt etwa zu dem Zeitpunkt, zu dem die Ärztin Lo. erneut in die Klinik zurückkehrte. Außerdem hat das erstinstanzliche Gericht fehlerhaft festgestellt, daß es sich bei der rechtskräftig verurteilten Ärztin Lo. zum Zeitpunkt des Tatgeschehens um eine Pflichtassistentin gehandelt habe. Sie war nach Absolvierung einer einjährigen Pflichtassistentenzeit vollapprobierte Ärztin und demzufolge zur „selbständigen Ausübung der Heilkunde“ berechtigt. Sie befand sich in der Facharztausbildung als „praktischer Arzt“. Die Vertreterin des Kollektivs, die leitende Ärztin der Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses S. ist, hat dargelegt, daß das bisherige Verfahren Anlaß geboten habe, wesentliche Veränderungen in der Leitungstätigkeit herbeizuführen sowie insbesondere Festlegungen zur exakten Abgrenzung der Verantwortlichkeit und der Einhaltung von Ordnung und Disziplin zu treffen.

Die Beweisaufnahme vor dem Senat hat weiterhin ergeben, daß das Verfahren bei den zuständigen staatlichen Stellen eine über den Bereich des Krankenhauses S. hinausgehende positive Initiative ausgelöst hat.

Im übrigen hat das Bezirksgericht das objektive Tatgeschehen allseitig aufgeklärt und im Ergebnis der Beweisaufnahme richtig festgestellt. Es ist jedoch seiner Verpflichtung zur exakten Prüfung des tatsächlichen Kausalverlaufs zwischen den unstrittig vorliegenden Pflichtverletzungen der Angeklagten L. und A. und dem