

aus der Rekonstruktion des Operationsverlaufs unter dem Gesichtspunkt exakter Blutstillung und Peritonealisierung. Weitere diagnostische Maßnahmen zum Erkennen einer Blutung durch breites Eröffnen der Scheide und ggf. zusätzliche Anwendung von Punktionsverfahren unterblieben ebenso wie die von Dr. Sch. vorgeschlagene Hinzuziehung eines Chirurgen zwecks weiterer Konsultation. Der Angeklagte kam vielmehr zu dem Ergebnis, daß der Zustand der Patientin auf einen irreversiblen Schock infolge summierter vorangegangener Stresswirkungen zurückzuführen sei. Auf Grund dieser vom Zeugen Dr. Sch. letztlich akzeptierten Diagnose wurde eine Relaparotomie vom Angeklagten nicht in Erwägung gezogen.

Der Tod der Patientin trat am 27. Januar 1973 gegen 2 Uhr ein. Bei der Sektion wurden eine massive Weichteilwühlblutung im Bereich der Hamblasen hinterwand, grobfleckige subperitoneale Blutungen im Bereich des kleinen Beckens und ein großer Hämaskos mit 5 000 ml teils frisch geronnenen, teils flüssigen Blutes in der freien Bauchhöhle vorgefunden. Die Peritonealnaht wies linksseitig eine dehizente Stelle auf. Entsprechend dem Sektionsbefund wurde ein irreversibler Blutungsschock als offenbare Todesursache angenommen. Der Patientin wurden bis zu ihrem Tode 3 500 ml Konservenblut zugeführt.

Aus den G r ü n d e n :

Auf Grund der Menge des zugeführten Konservenblutes und der Wahrnehmungen des Anästhesisten hinsichtlich der Kreislaufverhältnisse bei der Patientin in Verbindung mit der Beobachtung des erwähnten Hämatoms während der Operation ist die Folgerung des Sachverständigen, daß nur eine erneute Blutung den wieder eingetretenen Blutdruckabfall schlüssig erklären konnte, zwingend. Entsprechend dieser mit der Annahme des Zeugen Dr. Sch. übereinstimmenden Situation, oblag es dem Angeklagten als berufliche Pflicht, alle notwendigen und ihm möglichen diagnostischen Schritte zu unternehmen, um eine postoperative Blutung erkennen oder mit Sicherheit ausschließen zu können. Dieser Verpflichtung ist der Angeklagte nicht im erforderlichen Umfang gerecht geworden, indem er weder eine breite Eröffnung der Scheide vornahm noch Punktionsverfahren anwendete und darüber hinaus auch keine exakte Messung des Leibumfangs der Patientin durchführte. Hinzuzufügen ist, daß sich nach den Darlegungen des Sachverständigen das Betasten der Bauchdecke wegen des Zustandes derselben nach vorangegangener Entbindung als unzulängliche Verfahrensweise erweisen mußte.

Der Angeklagte bildete sich seine ärztliche Überzeugung vom Nichtvorliegen einer inneren Blutung wesentlich auf der Grundlage von Überlegungen hinsichtlich der Operationstechnik und Blutstillung, deren Stichhaltigkeit im Ergebnis der Beweisaufnahme in Zweifel gezogen werden muß. So ergab sich aus den Ausführungen des Gutachters in Übereinstimmung mit der Aussage des Zeugen Dr. K., daß auch eine gründliche Blutstillung während einer Operation im Schockzustand das erneute Entstehen von Blutungen im Ergebnis der Wiederherstellung normaler Kreislauffunktionen nach Beendigung des Schocks keinesfalls ausschließt. Auch wurde deutlich, daß sich der Angeklagte nicht auf eine exakte Peritonealisierung hätte verlassen dürfen; die diesbezüglichen Ausführungen des Sachverständigen finden letztlich ihre Stütze im Inhalt des Sektionsprotokolls, welches für den Verlauf der Blutung aus dem retroperitonealen Raum durch eine undichte Stelle in der Peritonealnaht in die freie Bauchhöhle schlüssigen Anhalt bietet.

Die Schlußfolgerungen des Sachverständigen, daß

a) der abermalige Blutdruckabfall bei der Patientin auf eine mittels exakter Diagnostik erkennbare postoperative Blutung zurückzuführen war,

b) bei Ausschöpfung aller vorhandenen diagnostischen Möglichkeiten das Vorliegen dieser Blutung rechtzeitig hätte festgestellt werden können,

c) die daraus zwangsläufig folgende Entscheidung zu einer Relaparotomie das Leben der Patientin vor Eintritt des zum Tode führenden irreversiblen Blutungsschocks hätte retten können,

sind nach dem gesamten Beweisergebnis allseitig und exakt begründet und führen zu der Feststellung, daß der Angeklagte durch pflichtwidrige Unterlassung hinreichend genauer diagnostischer Maßnahmen sich der Möglichkeit begab, durch rechtzeitiges Eingreifen in den Krankheitsverlauf dessen eingetretenes, bei pflichtgemäßem Handeln vermeidbares Resultat, nämlich den Tod eines Menschen, abzuwenden.

Soweit sich die Verteidigung darauf beruft, der Angeklagte hätte, da sich die Patientin nach erneutem Blutdruckabfall wieder im Schockzustand befand, ohnehin nicht operieren dürfen, wird dies durch die eigene Erklärung des Angeklagten widerlegt, daß ihm bei Erkennen einer Nachblutung kein anderer Weg als die Entscheidung zur Relaparotomie geblieben wäre, da sonst der Tod der Patientin unausweichlich eintreten mußte. Insofern stand der Angeklagte vor keiner anderen Situation als vor der ersten Operation, die ebenfalls im Schock durchgeführt werden mußte.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die dem Angeklagten anzulastende Pflichtverletzung für den Tod der Patientin kausal war. Der über langjährige Berufserfahrung verfügende Angeklagte war sich im konkreten Fall der Pflichtverletzung deshalb nicht bewußt, weil er seine Aufmerksamkeit einseitig auf das von ihm angenommene irreversible Schockgeschehen richtete und hierbei zu unkritisch auf perfekte Operationstechnik und Blutstillung vertraute. Infolge dieser zu einseitigen Aufmerksamkeitszuwendung war die Bereitschaft des Angeklagten, sich allseitig und sorgfältig die mit der Prüfung der Variante einer inneren Blutung zusammenhängenden Pflichten bewußt zu machen, nicht in vollem Umfang vorhanden. Im Gegensatz zur Auffassung der Verteidigung erwächst hieraus fahrlässige Schuld des Angeklagten i. S. des § 8 Abs. 2 StGB (vgl. den Bericht des Präsidiums des Obersten Gerichts an die 6. Plenartagung zu Problemen der strafrechtlichen Schuld vom 28. März 1973 [NJ-Beilage 3/73 zu Heft 9]). Da der Tod der Patientin somit vom Angeklagten in subjektiver Hinsicht strafrechtlich zu vertreten ist, ist Verantwortlichkeit gemäß § 114 Abs. 1 StGB begründet.

Bei der Bemessung der Strafe nach Art und Höhe war zu berücksichtigen, daß der Angeklagte durchaus Bemühungen unternommen hat, um sich ein Bild vom Zustand der Patientin zu machen und ihr nach besten Kräften zu helfen. Auch wenn diese Bemühungen unter den ausgeführten Gesichtspunkten zur exakten und umfassenden Pflichterfüllung nicht ausgereicht haben, müssen sie doch bei der Bewertung des Schuldgrades angemessen beachtet werden. Aus dem sonstigen Auftreten des Angeklagten bei der Erfüllung seiner ärztlichen und gesellschaftlichen Aufgaben ist ersichtlich, daß es sich bei der Tat um ein für den Angeklagten durchaus atypisches Verhalten handelt, das zu der dem Angeklagten vom Ärztekollektiv bescheinigten Gründlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit im Widerspruch steht.

In Würdigung aller objektiven und subjektiven Umstände des strafbaren Handelns sowie der Persönlichkeit des Angeklagten erweist sich in Übereinstimmung mit der Auffassung der Staatsanwaltschaft der Ausspruch einer Verurteilung auf Bewährung als ausreichende staatliche Reaktion. Nach Auffassung der