

# **BE\_ZIVILSTRAF SK 2017 264 vom 29. November 2019**

BE Obergericht, 2019-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be\\_zivilstraf\\_SK\\_2017\\_264](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_zivilstraf_SK_2017_264)

FR: BE\_ZIVILSTRAF SK 2017 264 du 29 novembre 2019

IT: BE\_ZIVILSTRAF SK 2017 264 del 29 novembre 2019

## **Regeste**

fahrlässige Tötung | Strafgesetz

## **Erwägungen**

### **E. 12**

seine Patienten verantwortlich sei, würden grundsätzlich zwei Handlungsoptionen zur Verfügung stehen: Observieren oder Operieren. Generell gelte, dass mit einer Reoperation zuzuwarten sei, bis die klinischen Indizien dafür gegeben seien. Am 18. August 2010 um 18:00 Uhr habe es nach der Feststellung der Gutachter am Gesamtbild dieser klinischen Indizien gefehlt. Die Reoperation des relativ frisch operierten Patienten wäre nach dem klinischen Gesamtbild verfrüht gewesen. Demnach sei «Observieren» die Option der Wahl gewesen. Diese Option habe die Risiken einer verfrühten oder gar unnötigen Operation verhindert. Observieren sei in diesem Sinne auch ärztliches Handeln, welches zudem die Regel bilde, wenn die klinischen Anzeichen eine klare Diagnose und damit auch eine kongruente Therapie noch nicht zulassen würden. Dem Beschuldigten werde ein fahrlässig begangenes Unterlassungsdelikt vorgeworfen, ohne ihm die konkret unterlassene Massnahme zur Last zu legen und ohne schlüssig aufzuzeigen, mit welcher Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit die unterlassene Massnahme den eingetretenen Erfolg vermieden hätte (pag. 1607). Im Rahmen der Beweiswürdigung ist die Todesursache von G. \_\_\_\_\_ sel. und die Verantwortung für dessen Tod zu klären. Es gilt abzuklären, ob dem Beschuldigten nachgewiesen werden kann, seinen aus der Garantenstellung entstandenen ärztlichen Pflichten nicht nachgekommen zu sein. Mit Blick auf die rechtliche Würdigung sind sodann insbesondere die Beweisfragen zu beantworten, ob der eingetretene Tod von G. \_\_\_\_\_ sel. auf eine vom Beschuldigten (unterlassene) Handlung zurück zu führen ist, die vorzunehmende Handlung den Todeseintritt abgewendet hätte und dem Beschuldigten somit eine Sorgfaltspflichtverletzung vorgeworfen werden kann.

9. Objektive und subjektive Beweismittel Der Kammer liegen als objektive Beweismittel unter anderem die Patientenakten des H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (pag. 88 ff.), das Gutachten des IRM vom 11. Februar 2011 (pag. 164 ff.), das Ergänzungsgutachten des M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) vom 26. Februar 2013 (pag. 278 ff.), das ergänzende Aktengutachten des IRM vom 23. Januar 2014 (pag. 351 ff.), die beschlagnahmten CT-Bilder vom 18. August 2010 und postmortale CT-Bilder (pag. 196 ff.), die edierten Akten des H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (Frühinterventions-Team [FIT] von 2014, pag. 871 ff.; das Fast-Track-Schema Kolon / Rektum-Resektion von 2010, pag. 876 ff.; das Protokoll FIT von 2007, pag. 883 f. sowie hierzu verfasstes Verbal, pag. 881 f.) sowie diverse von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_ eingereichte Arbeitspapiere, Studien und Artikel (pag. 41 ff.; pag. 294 ff.; pag. 795 ff.; pag. 801 ff.; pag. 805 f.; pag. 807 ff.; pag. 903 ff.; pag. 1083 ff.), vor. Weiter liegen der Kammer subjektive Beweismittel in Form von

Aussagen von Dr. F.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, O.\_\_\_\_\_, PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ und des Beschuldigten vor. Schliesslich können den Akten die Gedächtnisprotokolle des Beschuldigten, von Dr. Q.\_\_\_\_\_, R.\_\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_\_ sowie von C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ entnommen werden. Im Rahmen der Mitteilung der Staatsanwaltschaft gemäss Art. 318 StPO, wonach sie die Strafuntersuchung als vollständig erachte und innert der den Parteien ge-

### **E. 12.1**

Vorbemerkungen Der Kammer liegen die in Ziffer 9 genannten objektiven und subjektiven Beweismittel vor. Zur Beurteilung der Todesursache und eines allfälligen ärztlichen Fehlverhaltens ist insbesondere auf die Patientenakten des H.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (pag. 88 ff.) das rechtsmedizinische Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bern (nachfolgend: IRM) vom 11. Februar 2011 (pag. 164 ff.), das Ergänzungsgutachten des Stadtpitals M.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) vom 26. Februar 2013 (pag. 278 ff.), das ergänzende Aktengutachten des IRM vom 23. Januar 2014 (pag. 351 ff.), die CT-Bilder vom 18. August 2010 und die postmortalen CT-Bilder (pag. 196 ff.), die edierten Akten des H.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (pag. 871 ff.), die Gedächtnisprotokolle des Beschuldigten, von Dr. Q.\_\_\_\_\_, von R.\_\_\_\_\_ und von Dr. F.\_\_\_\_\_ (pag. 8 ff.; pag. 20 ff.), die Aussagen des Beschuldigten, von Dr. F.\_\_\_\_\_ und von PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ sowie die Parteigutachten von Prof. Dr. S.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2013 und von Prof. Dr. T.\_\_\_\_\_ vom

### **E. 12.2**

Zur Todesursache von G.\_\_\_\_\_ sel. Zur Beurteilung der Todesursache von G.\_\_\_\_\_ sel. sind insbesondere die folgenden objektiven und subjektiven Beweismittel von Bedeutung: - Die Patientenakten des H.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (pag. 88 ff.). Diese haben Eingang in die nachfolgend aufgelisteten Gutachten gefunden, weshalb vorwiegend im Rahmen deren Würdigung auf diese einzugehen sein wird. - Das rechtsmedizinische Gutachten des IRM vom 11. Februar 2011 (pag. 164 ff.). Nachdem G.\_\_\_\_\_ sel. verstorben war, wurde das IRM beauftragt, ein rechtsmedizinisches Gutachten zu erstellen. Im Rahmen dieser Begutachtung galt es primär die Todesursache des Verstorbenen zu klären und ein allfälliges ärztliches Fehlverhalten zu eruieren. - Das Ergänzungsgutachten des Stadtpitals M.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) vom

#### **E. 12.2.1**

Zu den Gutachten Der Beurteilung des IRM im Gutachten vom 11. Februar 2011 ist zu entnehmen, dass ein kleines Leck mit 0.5 cm Durchmesser im Bereich der Anastomose des Dickdarms bestanden habe, aus welchem ca. 450 ml kotige Flüssigkeit in die Bauchhöhle ausgetreten sei. Diese kotige Flüssigkeit habe zu einer Entzündung in der Bauchhöhle und – aufgrund der daraus resultierenden Kreislaufmehrbelastung – zum Tod infolge akuten Herzversagens geführt. Todesursächlich begünstigend dürfte das ebenfalls im Rahmen des Kostaustritts in die Bauchhöhle bedingte Vorhandensein von Darmbakterien im Herzblut, im Sinne einer beginnenden Blutvergiftung, gewesen sein. Feingeweblich habe sich eine mässige Entzündung des Anastomosenrandes gefunden, woraus aus rechtsmedizinischer Sicht davon auszugehen sei, dass die Heftklammern in diesem entzündungsbedingt erweichten Gewebe nicht mehr gut gehalten haben und dass aus diesem Grunde die Anastomose aufgegangen sei (pag. 173). Im IRM Gutachten vom 11. Februar 2011 ist unter «Mikrobiologischer Untersuchungsergebnisse» festgehalten, dass in der Blutkultur aus dem

Herzblut Darmbakterien hätten nachgewiesen werden können (pag. 171). Dem beiliegenden Obduktionsbericht kann entnommen werden, dass zur chemisch-toxikologischen Untersuchung Gewebeproben von Herzblut, peripherem Venenblut und schliesslich Blut aus dem H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) asserviert worden seien (pag. 187). Im Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013 galt es konkrete Fragen unter anderem zur Todesursache zu beantworten. Einleitend legten die Gutachter das Risiko einer Anastomoseninsuffizienz nach laparoskopischer Entfernung eines Dickdarmstückes 48 bis 72 Stunden nach der Operation auf 2-5% fest. Im präoperati-

#### **E. 12.2.2**

Einwände der Verteidigung Die Verteidigung führte in ihrer Eingabe vom 2. Juli 2014 aus, dass das durch das IRM entnommene Herzblut offensichtlich nicht labortechnisch auf Entzündungswerte untersucht worden sei, obgleich davon ausgegangen werden müsse, dass ein entzündlicher Vorgang (der nach Auffassung der Gutachter und damit auch der Staatsanwaltschaft todesursächlich gewesen sein sollte) in erster Linie im Blut festgestellt werden müsste (pag. 608). Im ergänzenden Aktengutachten vom 23. Januar 2014 des IRM bleibe die konkrete Frage, wo sich in den Patientenakten die objektivierbaren Hinweise auf die Entzündung in der Bauchhöhle finden würden, unbeantwortet. Die Ergänzungsfrage wäre in erster Linie anhand der Laboruntersuchung des bei der Obduktion asservierten Blutes zu beantworten gewesen. Eine solche sei nicht erfolgt oder mindestens nicht bekannt. Damit sei die Feststellung legitim, dass bei der Obduktion von G. \_\_\_\_\_ sel. in dessen Blut keine Hinweise auf einen entzündlichen Vorgang vorgelegen haben. Die Gutachter hätten also offensichtlich einzig aus dem Umstand, dass sich im Bauchraum kotige Flüssigkeit gefunden habe, direkt auf einen entzündlichen Vorgang in der Bauchhöhle geschlossen, obgleich ein solcher Vorgang nicht dokumentiert sei (pag. 609). Dem Antrag der Verteidigung, es sei ein sachverständiger Arzt hinsichtlich der im Histologieprotokoll vom 28. Januar 2014 dokumentierten Veränderungen des Herzens von G. \_\_\_\_\_ sel. zu befragen, namentlich sei nach deren Zusammenhang mit einem akuten Herzversagen zu fragen (pag. 610), wurde mit der Einvernahme des Rechtsmediziners PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ entsprochen (pag. 647 ff.).

#### **E. 12.2.3**

Zu den Aussagen von PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ Den nachfolgenden Ausführungen ist zu entnehmen, dass es angesichts des eindeutigen und für die Todesursache adäquaten makroskopischen Befundes nicht erforderlich gewesen ist, das Blut weiteren Abklärungen zu unterziehen. Ferner lassen sich allfällige Unstimmigkeiten zwischen den Histologieprotokollen zu den Gutachten vom 11. Februar 2011 und vom 28. Januar 2014 erklären und auflösen. PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ beantwortete die Fragen nach der Todesursache von G. \_\_\_\_\_ sel. klar, strukturiert und nachvollziehbar. Die im IRM Gutachten vom 11. Februar 2011 festgehaltene Todesursache wird von PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ bestätigt. Der Hauptbefund sei ein Leck im Bereich des Dickdarms gewesen, aus dem es zum Austritt von total ca. 450 ml kotiger Flüssigkeit in die Bauchhöhle gekommen sei. Dies habe zu einer sogenannten kotigen 4-quadranten Peritonitis ge-

#### **E. 12.2.4**

Zusammenfassende Würdigung zur Todesursache Insgesamt machte PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ klare, strukturierte sowie nachvollziehbare und folglich glaubhafte Aussagen. Er vermochte die Todesursache insbesondere in Übereinstimmung mit dem Gutachten

vom 11. Februar 2011 zu begründen und konnte ein anderweitiges akutes oder chronisches Krankheitsgeschehen, was an eine konkurrierende Todesursache denken liesse, ausschliessen. Die scheinbaren Unstimmigkeiten in den Histologieprotokollen vom 11. Februar 2011 und vom 28. Januar 2014 vermochte PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ durchaus verständlich zu erklären und aufzuheben. Einzig betreffend einer (beginnenden) Sepsis

### **E. 12.3**

Zum ärztlichen Fehlverhalten des Beschuldigten Vorliegend gilt es einerseits zu beurteilen, ob G. \_\_\_\_\_ sel. nach der Operation sorgfältig überwacht wurde und ob die Anastomoseninsuffizienz hätte erkannt werden können resp. hätte erkannt werden müssen. Andererseits gilt es zu prüfen, ob dadurch dessen Tod infolge einer ausgedehnten kotigen Bauchfellentzündung hätte verhindert werden können. Für die Kammer sind für die Beurteilung dieser Fragen und des damit verbundenen allfälligen ärztlichen Fehlverhaltens des Beschuldigten insbesondere die folgenden objektiven und subjektiven Beweismittel von Bedeutung: - Die Patientenakten des H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (pag. 88 ff.). - Das rechtsmedizinische Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bern (nachfolgend: IRM) vom 11. Februar 2011 (pag. 164 ff.). - Das Ergänzungsgutachten des Stadtspitals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) vom 26. Februar 2013 (pag. 278 ff.). - Das ergänzende Aktengutachten des IRM vom 23. Januar 2014 (pag. 351 ff.). - Die CT-Bilder vom 18. August 2010 und die postmortalen CT-Bilder (pag. 196 ff.). - Die edierten Akten des H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) (pag. 871 ff.). - Die Gedächtnisprotokolle des Beschuldigten, von Dr. Q. \_\_\_\_\_, R. \_\_\_\_\_ sowie von Dr. F. \_\_\_\_\_ (pag. 8 ff.). - Die Gedächtnisprotokolle von C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ (pag. 20 ff.; pag. 23 f.). - Die Aussagen des Beschuldigten, von Dr. F. \_\_\_\_\_ sowie von PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_. - Die Parteigutachten von Prof. Dr. S. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2013 und von Prof. Dr. T. \_\_\_\_\_ vom 25. Juni 2014 (pag. 612 ff.; pag. 620 ff.).

#### **E. 12.3.1**

Erste Phase: Ab Sprechstunde (03.08.2010) bis zur CT-Untersuchung (18.08.2010; ca. 17:00 Uhr) Gemäss Sprechstundenbericht des Beschuldigten vom 3. August 2010 haben sich dieser und G. \_\_\_\_\_ sel. am 2. August 2010 im Rahmen einer Sprechstunde getroffen. G. \_\_\_\_\_ sel. habe sich in der Sprechstunde des Beschuldigten mit einer bekannten Divertikelerkrankung des Colom Sigmoidum gemeldet. Der Beschuldigte habe mit G. \_\_\_\_\_ sel. und dessen Ehefrau ein ausführliches Gespräch geführt und ihnen erklärt, dass in der aktuellen Situation eine laparoskopische Recto-Sigmoidresektion durchgeführt werden sollte. Die Operation selber und deren Risiken seien ausführlich besprochen worden. G. \_\_\_\_\_ sel. habe sich

#### **E. 12.3.2**

Zweite Phase: Die CT-Untersuchung Der Beschuldigte besuchte G. \_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 um 16:00 Uhr, um diesen klinisch zu beurteilen. Zur Beruhigung der Situation habe er mit diesem besprochen, notfallmässig eine CT-Untersuchung des Abdomens/Beckens durchführen zu lassen (pag. 10, Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten). Dem Nachtrag in den Patientenakten des H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) vom 18. August 2010 ist zu entnehmen, dass diese CT-Untersuchung aufgrund der abdominell unklaren Schmerzproblematik angeordnet worden sei (pag. 107). Die CT-Untersuchung wurde von Dr. F. \_\_\_\_\_ vorgenommen. Im hierzu erstellten Bericht vom 19. August 2010 [Anm.: Nach dem Versterben von G. \_\_\_\_\_ sel.] ist unter anderem Folgendes

festgehalten: Mässiggradig freie postoperative Luft intraperitoneal. Re- gelrechte Darstellung der Anastomose im kleinen Becken. Keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz. Wenig freie postoperative Flüssigkeit intraabdominal. Keine Hinweise für eine abszessverdächtige Luft- Flüssigkeitskollektion (pag. 119). Dem Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten lassen sich sodann keine Hinweise auf eine gemeinsam mit Dr. F.\_\_\_\_\_ vorgenommene Besprechung der CT- Bilder im Anschluss an die CT-Untersuchung entnehmen. Dies stellte sich zu ei- nem späteren Zeitpunkt als falsch heraus; eine gemeinsame Besprechung hat stattgefunden. In einem ersten Schritt hat die Kammer die Beweisfrage zu beantworten, ob der Beschuldigte die CT-Bilder falsch interpretiert hat. Sämtliche Gutachten des IRM und des Stadtsitals M.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) äussern sich zu dieser Frage und halten übereinstimmend fest, dass die Menge der ersichtlichen freien Luft viel zu gross gewesen ist.

#### **E. 12.3.2.1**

Zu den Gutachten des IRM und des Stadtsitals M.\_\_\_\_\_ (Kranken- haus) Gemäss dem Gutachten vom 11. Februar 2011 stehe die soeben genannte Beur- teilung von Dr. F.\_\_\_\_\_ im Gegensatz zu der mündlichen Beurteilung von Prof. U.\_\_\_\_\_ und der schriftlichen Beurteilung von Prof. V.\_\_\_\_\_, welche beide aufgrund des am 18. August 2010 durchgeführten CTs eine Anastomoseninsuffizi-

#### **E. 12.3.2.2**

Zum Gedächtnisprotokoll und zu den Einvernahmen von Dr. F.\_\_\_\_\_ Dr. F.\_\_\_\_\_ erstellte sein Gedächtnisprotokoll 2011, als er erfahren hat, dass er beschuldigt wird (pag. 29, Z. 153 f.). Sein Gedächtnisprotokoll wurde anlässlich seiner Einvernahme vom 19. Oktober 2011 zu den Akten erkannt (pag. 29; pag. 40). Gemäss Dr. F.\_\_\_\_\_ habe der Patient [Anm.: G.\_\_\_\_\_ sel.] am 18. August 2010 um 16:00 Uhr das Kontrastmittel getrunken und sei um 16:40 Uhr in den CT-Raum der Radiologie gebracht worden. Anschliessend sei die CT des Ab- domens und des Beckens mit der genauen Zeitangabe 16:58 Uhr auf den Bildern erfolgt. Unmittelbar danach, d.h. etwa 17:05 Uhr sei der Beschuldigte zu ihm in den CT Raum der Radiologie gekommen und sie hätten die Bilder direkt am Bildschirm gemeinsam besprochen. Er habe den Beschuldigten darauf aufmerksam gemacht, dass es mässig viel Luft und etwas weniger freie Flüssigkeit intraperitoneal gehabt habe, obwohl die Anastomose selber gut sichtbar zur Darstellung gekommen sei ohne Hinweise für Luft- bzw. Flüssigkeitsakkumulation um die Anastomose herum im Sinne eines Lecks. Der Beschuldigte habe diese radiologischen Befunde zu- sammen mit der aktuellen klinischen Situation des Patienten als noch normal post- operativ 48 Stunden nach laparoskopischer LAR befunden. Er habe keine zusätzli- che radiologische Untersuchung, insbesondere keine retrograde Kontrastmitteldar- stellung zum direkten Nachweis der Anastomose und deren Dichtigkeit, verlangt. Diese letztere diagnostische Untersuchung sei von ihren zuweisenden Chirurgen nicht erlaubt, da diese um ihre Anastomose bei retrograder Darmfüllung fürchten würden. Der Patient sei um 17:15 Uhr wieder zurück auf der Abteilung gewesen und der Beschuldigte habe eine Magensonde gelegt, um den mit Flüssigkeit gefüll-

#### **E. 12.3.2.3**

Parteigutachten von Prof. S.\_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2013 Das Gutachten von Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_\_ aus X.\_\_\_\_\_ (Ort) (Deutsch- land) vom 7. Oktober 2013 (pag. 612 ff.) wurde von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 2. Juli 2014 (pag. 608 ff.)

eingereicht und mit Verfügung vom 11. Juli 2014 zu den Akten genommen (pag. 623). Wie bereits in Ziffer 8 ausgeführt, handelt es sich dabei um ein Parteigutachten, welchem lediglich die Bedeutung einer der freien Beweiswürdigung unterliegenden Parteibehauptung bzw. eines Bestandteils des Parteivorbringens zukommt. Prof. S. \_\_\_\_\_ kommt bezüglich des CT-Befundes zum Schluss, dass die Anastomose sehr gut erkennbar sei. Es würden sich keine Hinweise auf eine pathologische Veränderung in diesem Bereich finden. Insbesondere bestünden keine Hinweise auf eine Insuffizienz. Jedoch führte er weiter aus, dass sich im Oberbauch grössere Mengen freien Gases in einer Menge finden würden, die deutlich grösser sei, als dies am zweiten oder dritten Tag nach einer laparoskopischen Resektion erwartet werden würde. Eine Ursache dafür, etwa eine Perforation, könne im CT nicht ausgemacht werden. Der Magen sei stark gefüllt. Eine Magensonde liege nicht ein. Summa summarum wäre die Ableitung der Diagnosen Perforation, Anastomoseninsuffizienz, intraoperative Verletzung von Intestinalorganen aus dem CT reine Spekulation (pag. 615). Entgegen der Gutachten des IRM und des Stadtsitals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) hielt Prof. S. \_\_\_\_\_ in seiner Zusammenfassung und Wertung fest, die Tatsache, dass im CT nach zwei Tagen noch eine geringe Menge freier Luft nachweisbar sei, werde nach laparoskopischer Dickdarmresektion als normal angesehen. Das Pneumoperitoneum könne nie ganz entfernt werden und während der Manipulation am Ende des Eingriffs gelange regelmässig eine kleine Menge Aussenluft in das Abdomen. CO<sub>2</sub> werde relativ schnell resorbiert, Luft jedoch nicht. Schliesslich hält Prof. S. \_\_\_\_\_ fest, dass unter diesem Gesichtspunkt die Menge an freier Luft im Oberbauch, welche sich im CT darstelle, als auffällig zu bezeichnen sei. Sie gewinne ihren Aussagewert jedoch allein in Zusammenschau mit einem klinisch nachweisbaren akuten Geschehen. Ein solches Geschehen lasse sich aus den vorliegenden klinischen Daten nicht ableiten (pag. 615 f.). Darüber hinaus erwähnt auch Prof. S. \_\_\_\_\_ die AirSeal-Methode mit keinem Wort. Prof. S. \_\_\_\_\_ kam somit in Übereinstimmung mit den von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachten zum Schluss, dass die Menge freier Luft im Oberbauch auffällig und grösser sei, als dies am zweiten oder dritten Tag nach ei-

#### **E. 12.3.2.4**

Zum Gedächtnisprotokoll und zu den Einvernahmen vom Beschuldigten Bezüglich der CT-Untersuchung und deren Beurteilung kann dem Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten entnommen werden, dass er zur Beruhigung der Situation mit G. \_\_\_\_\_ sel. besprochen habe, notfallmässig eine CT-Untersuchung des Abdomens/Beckens durchführen zu lassen. Diese habe einen normalen postoperativen Befund mit einem meteoristisch aufgetriebenen Magen mit vermehrter Flüssigkeitsansammlung, auch im Dünndarmbereich und wenig Meteorismus im Colonbereich gezeigt. Die Anastomose selber sei als unauffällig beschrieben, es habe leichte freie Flüssigkeit vorgelegen, vor allem im linken Mittelbauch, was normal erschienen sei zwei Tage postoperativ. Daneben sei im rechten Oberbauch etwas freie Luft beschrieben worden, welche ebenfalls als normal im Rahmen der durchgeführten laparoskopischen Intervention interpretiert worden sei. Die Interpretation des CT sei postoperativ als normal beurteilt worden. Der Beschuldigte sei anschliessend gegen 18:00 Uhr zum Patienten gegangen und habe diesen und seine Angehörigen darüber informiert, dass die durchgeführte Laboruntersuchung und die CT-Untersuchung als normal im postoperativen Verlauf interpretiert worden seien und zum damaligen Zeitpunkt absolut kein Handlungsbedarf bestanden habe (pag. 10). Der Beschuldigte wurde insgesamt drei Mal befragt. Am 20. Dezember 2011 wurde er von der

Staatsanwaltschaft als Auskunftsperson und anlässlich der Hauptverhandlung vom 15. Dezember 2015 und der Fortsetzungsverhandlung vom 7. Dezember 2016 jeweils als Beschuldigter einvernommen. Es werden an dieser Stelle die hinsichtlich der durchgeführten CT-Untersuchung und deren Beurteilung relevanten Aussagen wiedergegeben und gewürdigt. Auf die übrigen Aussagen wird zu einem späteren Zeitpunkt einzugehen sein. Auf die Frage, weshalb er eine CT-Untersuchung habe durchführen lassen, antwortete der Beschuldigte: «Wenn Sie einen Patienten nach einer solchen Operation

#### **E. 12.3.2.6**

Fazit zum ärztlichen Fehlverhalten des Beschuldigten während der CT-Untersuchung  
Übereinstimmend hielten alle Gutachten eine auffällige Menge freier Luft fest. Insgesamt haben sich die Gutachten des IRM und des Stadtsitals M.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) als schlüssig und nachvollziehbar erwiesen, so dass darauf abzustellen ist. In diesen Gutachten wird auf die Menge freier Luft Bezug genommen und festgehalten, dass ungewöhnlich viel freie Luft vorhanden bzw. das Ausmass der freien Luft viel zu gross gewesen ist. Dieses Ausmass der freien Luft ist vom Beschuldigten unterschätzt worden. Dr. F.\_\_\_\_\_ sprach von mässiggradig freier Luft. Zu den deutlichen Schlussfolgerungen der Gutachter kommt hinzu, dass die beobachtete Menge freier Luft den Beschuldigten ebenfalls störte. Störend waren für den Beschuldigten auch die Schmerzen von G.\_\_\_\_\_ sel. Der Beschuldigte bezeichnete auch die Menge des verabreichten Morphium als «sehr viel». Bei einer normal funktionierenden PDA erhält der Patient kein Morphium (pag. 770, Z. 26). Der Beschuldigte wusste, dass der postoperative Verlauf alles andere als normal und vom Fast-Track-Schema abweichend verlief. Er bemerkte ferner die Menge freier Luft, welche er als störend empfand. Die Gutachten kamen übereinstimmend zum Schluss, dass die Menge freier Luft viel zu gross war, um dies als normalen postoperativen Befund 48 Stunden nach der laparoskopischen Operation zu beurteilen. Die Kammer erachtet das Vorbringen der Operationsmethode (AirSeal) als nachgeschoben. Der Beschuldigte hat diese Operationsmethode erstmals an der erstinstanzlichen Hauptverhandlung erwähnt. Weder findet sie sich in den Patientenakten noch wurde im Rahmen der Stellungnahmen zu den einzelnen Gutachten während des Verfahrens vorgebracht, die in den Gutachten gezogenen Schlüsse seien aufgrund der AirSeal-Methode zu relativieren. Selbst im Fragenkatalog an Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_\_ zur Erstellung des Parteigutachtens wird seitens der Verteidigung bzw. des Beschuldigten die Operationsmethode AirSeal mit keinem Wort erwähnt. Auch Dr. F.\_\_\_\_\_ erwähnte diese erstmals, nachdem sie vom Beschuldigten zuvor in der Hauptverhandlung ins Feld geführt wurde. Die angewandte Operationsmethode steht deshalb den Schlussfolgerungen der Gutachten nicht entgegen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass in den Akten alle notwendigen Informationen vorhanden sind, welche für die Beurteilung des Todesfalls von G.\_\_\_\_\_ sel. nötig sind. Zusammenfassend kann deshalb festgestellt werden, dass alle drei Gutachten im Hinblick auf die Feststellung der freien Luft im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. schlüssig und nachvollziehbar sind. Auf ihre Schlussfolgerungen, wonach sich im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. insbesondere zu viel freie Luft, aber auch Flüssigkeit, befunden hat, kann abgestellt werden. Die Aussa-

#### **E. 12.3.3**

Dritte Phase: Weitere ärztliche Massnahmen bis zur Feststellung des Todes (19.08.2010, 06:25 Uhr) Der Beschuldigte besuchte G.\_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 gegen 18:00 Uhr auf seinem Zimmer. Er habe ihn und seine Angehörigen darüber informiert, dass die

durchgeführte Laboruntersuchung und die CT-Untersuchung als normal im postoperativen Verlauf interpretiert worden seien und zum jetzigen Zeitpunkt absolut kein Handlungsbedarf für eine weitere Intervention (chirurgische Revision) be-

51 stehe (pag. 10, Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten). In seinem Gedächtnisprotokoll erwähnt der Beschuldigte neben der CT-Untersuchung eine durchgeführte Laboruntersuchung. Der Schreibweise nach zu beurteilen, müsste die Laboruntersuchung und die CT-Untersuchung in etwa zur gleichen Zeit erfolgt sein, d.h. also am 18. August 2010 am späteren Nachmittag. Den Patientenakten lässt sich dagegen neben der am 18. August 2010 um 09:35 Uhr durchgeführten Laboruntersuchung keine weitere Untersuchung des gleichen Tages entnehmen. Es kann deshalb nicht belegt werden, ob eine weitere Laboruntersuchung durchgeführt wurde und es ist davon auszugehen, dass es zu einem Eintrag gekommen wäre, hätte es eine weitere Laboruntersuchung gegeben. In der Folge veranlasste der Beschuldigte bei G.\_\_\_\_\_ sel. das Einlegen einer Magensonde (welche offenbar eine sofortige, aber bloss vorübergehende Erleichterung brachte), die Erhöhung der Infusionsmenge sowie die zusätzliche Abgabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln (pag. 10, Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten). Dieses Vorgehen wird in den Gedächtnisprotokollen der Familienangehörigen bestätigt. Der Beschuldigte habe ihnen nach der CT-Untersuchung mitgeteilt, dass sich im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. viel Luft befunden habe, weshalb eine Magensonde gelegt worden sei. Er habe hinzugefügt, dass es G.\_\_\_\_\_ sel. nach einer Stunde deutlich besser gehen würde (pag. 22; pag. 23 f.). Diese Angaben lassen sich auch den Patientenakten von G.\_\_\_\_\_ sel. entnehmen. Auf dem Verordnungsblatt wird festgehalten «CT Abdomen: Voll Luft. Abdomen ok ø Flüssigkeit im Bauch» (pag. 144). In der Pflegeanamnese wird ergänzend hierzu festgehalten, dass der Magen voll mit Flüssigkeit und Luft sei (pag. 127). C.\_\_\_\_\_ schilderte in ihrer Einvernahme, dass sie es so verstanden habe, als dass ihr Ehemann viel Luft im Bauch gehabt habe und sich diese Luft durch die Magensonde reduzieren lasse und der Schmerz zurück gehen werde (pag. 68, Z. 133 f.). Diese Ausführungen bestätigte auch D.\_\_\_\_\_ in ihrer Einvernahme (pag. 74, Z. 71-74). Der Beschuldigte habe ihnen gesagt, dass viel Luft im Bauch sei und er deshalb den Auftrag gebe, eine Magensonde zu legen. Dadurch werde sich die Luft verringern und es werde ihrem Vater sofort besser gehen (pag. 74, Z. 72-74). Die Magensonde habe zwischen 500 und 800 ml gallige Flüssigkeit gefördert und der Patient habe sich daraufhin sofort erleichtert gefühlt (pag. 10, Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten). Die Magensonde brachte jedoch nur kurzfristige Besserung. Bereits im 19:45 Uhr habe sich G.\_\_\_\_\_ sel. erneut vor Schmerzen gekrümmt und habe über krampfartige Schmerzen beim Penis geklagt. Dem Patienten seien erneut Schmerz- und Beruhigungsmittel verabreicht worden. Dieser habe – trotz Magensonde – 200 ml dunkelbraunes Sekret erbrochen. G.\_\_\_\_\_ sel. sei aufgebracht gewesen und am Bettrand kollabiert. Erneut sei ihm ein Beruhigungsmittel verabreicht worden (pag. 125). Wiederholt wurde der Ursache der abermals auftretenden Schmerzen nicht weiter auf den Grund gegangen. Vielmehr wurde G.\_\_\_\_\_ sel. abermals mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln behandelt, bis die Schmerzen gut erträglich gewesen sind. Der Beschuldigte war sich bewusst, dass diese Schmerzen alles andere als normal waren. So führte er aus «Ich habe vielleicht 2000 – 3000 Patienten so operiert. Wenn ein Patient [S]chmerzen hat, ist etwas nicht normal. Man sucht dann, was nicht normal ist.» (pag. 61, Z. 292 f.). Deshalb sei die CT-Untersuchung durchgeführt worden. Wenn

52 der Patient nach einer solchen Operation Schmerzen habe, sei etwas «los». Die meisten Patienten seien nach einer solchen Operation schmerzfrei. G.\_\_\_\_\_ sel. habe Schmerzen gehabt (pag. 55, Z. 93-95). Aufgrund der Anzahl durchgeführter Operationen gilt der Beschuldigte als durchaus erfahrener Chirurg. Er gestand denn auch ein, dass er aufgrund der Schmerzen erkannt hat, dass etwas «los» sein muss und der postoperative Verlauf nicht normal verlief. Der Beschuldigte bestätigte schliesslich auch, dass er nicht gewusst hat, weshalb G.\_\_\_\_\_ sel. Schmerzen gehabt habe (pag. 61, Z. 311). Der Beschuldigte war sich darüber im Klaren, dass sein Patient von Anfang an vom Fast-Track Schema abwich. Dessen ungeachtet blieben weitere Untersuchungen aus und es wurden lediglich die Symptome mittels Schmerz- und Beruhigungsmitteln, nicht aber deren Ursache, bekämpft. Der Beschuldigte schilderte in seinem Gedächtnisprotokoll, dass er G.\_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 um 18:00 Uhr nochmals klinisch anschauen gegangen sei und ihm und seinen Familienangehörigen mitgeteilt habe, dass zu diesem Zeitpunkt absolut kein Handlungsbedarf für eine weitere Intervention bestanden habe (pag. 10). Damit ergab auch diese klinische Untersuchung nichts Spezielles, was gemäss den Ausführungen von PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ angesichts aller verabreichten Medikamente erklärbar ist. PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ erklärte, dass das Bauchfell, das sich hier entzünde, sehr schmerzempfindlich sei. Die erste Reaktion sei Schmerz. Dieser Schmerz sei am Anfang lokalisiert, dort wo der Prozess beginne und weite sich dann aber aus und verallgemeinere sich in gewisser Weise. Unbehandelt seien dies schwerste Schmerzen. Den Gedächtnisprotokollen des Beschuldigten und der Familienangehörigen sowie den Patientenakten kann entnommen werden, dass G.\_\_\_\_\_ sel. primär über Schmerzen im Bauch (Ober- und Unterbauch) und Bauchkrämpfe klagte. Weiter sind aber auch Schmerzen im Schulterbereich und beim Penis verzeichnet (pag. 10; pag. 23; pag. 104; pag. 125). Weiter erklärte PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_, dass der Bauch normalerweise durch Ruhigstellen reagiere. Das heisse, die Darmaktivität nehme bis zur vollständigen Darmlähmung ab. Die inneren Organe würden automatisch durch Ruhigstellen reagieren. Die Bauchdecken ebenfalls, diese würden hart. Deswegen komme immer das Betasten des Bauches zur Anwendung. Gleichzeitig beginne das Fieber zu steigen. Es könne dann durch laborchemische Untersuchungen ein Entzündungscharakter festgestellt werden, indem die Kliniker wiederholt Blutabnehmen und das CRP überprüfen würden, ob sich dieses erhöhe. Das CRP sei aber nach einer Operation immer höher als normal. Weiter führte PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ aus, dass das Symptom durch die Schmerztherapie verdeckt werde. Dies sei der Fall bei Morphin (pag. 87.11, Z. 363-380). Der Patient habe auch eine Periduralanästhesie gehabt, welche ebenfalls sehr wirksam gegen Schmerzen sei. Diese führe wiederum zu einer Verminderung der Reaktion der Bauchdecken. Würde der Patient ohne die Anästhesie einen harten Bauch bekommen, so sei dies nicht mehr zu erwarten, wenn er eine solche Anästhesie erhalte (pag. 87.12, Z. 381-384). PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ sagt also nichts anderes, als dass die klinische Untersuchung aufgrund der verabreichten Medikamente nichts ergeben habe. Die Symptome würden durch die Behandlung mit Morphin verdeckt. Durch eine laborchemische Untersuchung hätte der Entzündungscharakter dagegen festgestellt werden können. PD Dr. med.

53 P.\_\_\_\_\_ bestätigte sodann, dass insbesondere eine Schmerztherapie Einfluss auf die Darmtätigkeit habe (pag. 87.12, Z. 386-389). Der Beschuldigte bestätigte an der erstinstanzlichen Hauptverhandlung, dass G.\_\_\_\_\_ sel. relativ viel resp. sehr viel Morphin erhalten habe. Das hätten sie nicht gerne, da dadurch als Nebenwirkung der Darm gelähmt werde (pag. 770, Z. 20 f. u. Z. 26). Insgesamt ist festzuhalten, dass

G.\_\_\_\_\_ sel. neben der Periduralanästhesie mit weiteren Schmerz- und Beruhigungsmitteln, insbesondere mit sehr viel Morphium, behandelt wurde. Es ist unbestritten, dass diese Gabe von Medikamenten sich u.a. auf die Darmfunktion und die Bauchdecke auswirkt. Die unauffälligen Ergebnisse der klinischen Untersuchungen sind aufgrund des Gesagten damit zumindest teilweise zu relativieren. Sodann handelt es sich bei der Schmerzbehandlung von G.\_\_\_\_\_ sel., unter anderem durch die Gabe von Morphium, ohnehin um eine reine Symptom-, nicht aber um eine Ursachenbekämpfung. Belastend kommt hinzu, dass die Schmerzen des Patienten diagnostisch ungeklärt blieben. Das ergänzende Aktengutachten vom 23. Januar 2014 listet folgende mögliche Hinweise dafür auf, dass sich im Bauch von G.\_\_\_\_\_ sel. ein nicht natürlicher postoperativer Verlauf abgespielt hat und diese in ihrer Gesamtheit Anlass zur fundierten, ergänzenden Weiterabklärung gegeben hätten: Immer wieder starke Schmerzen trotz laufender Periduralanästhesie, ergänzende Gabe von Morphium und Beruhigungsmitteln, Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Tendenz, wiederholt deutlich tiefe Blutdruckwerte und CT-Abdomen mit deutlich freier Luft (pag. 360). Im konkreten Fall bestünde aus Sicht der Gutachter auch kein Anlass, an den mehrfachen und zudem von unterschiedlichen Personen dokumentierten Verlaufseinträgen von Schmerzmittel resistenten Schmerzen von G.\_\_\_\_\_ sel. zu zweifeln. Weiter hält das ergänzende Aktengutachten fest, dass das Unterlassen weiterführender Abklärungen begründe, dass in den Patientenakten keine weiteren objektivierbaren Hinweise auf die Bauchfellentzündung und deren Ursache dokumentiert seien. Dem Gutachter würden beispielsweise wesentliche ergänzende objektive Hinweise, wie etwa die Fortsetzung der Körpertemperatur-Kurve/-Werte im Anschluss an die letzte dokumentierte Messung mit einem Wert von 38.3°C um 14:45 Uhr am Mittwochnachmittag, dem 18. August 2010, fehlen. Es fehle auch eine gezielte ärztliche klinische Untersuchung des Bauches von G.\_\_\_\_\_ sel. am späteren Abend des gleichen Tages und damit verbunden auch eine allfällig erneute Standortbestimmung der Laborparameter im Vergleich zu den Werten von Mittwochmorgen, abgenommen um 09:35 Uhr (pag. 360). Die Vorinstanz weist zu Recht darauf hin, dass zu diesem Zeitpunkt die Dokumentation der klinischen Anzeichen mindestens unvollständig ist: Das letzte dokumentierte Labor stammt vom 18. August 2010 von 09:35 (pag. 151) und ein weiteres Labor wäre erst für den nächsten Tag vorgesehen gewesen (pag. 144). In einem Dokument, bezeichnet als «Blatt Nr. 3 Datum: 18.8.10» finden sich ab morgens 09:00 Uhr Vitalparameter zu Blutdruck-Werten reichend von 80/40 als tiefster Wert bis 115/70 als höchster Wert mit Pulsen von 85 bis 115. Die gemessene Körpertemperatur ist auf diesem Dokument um 09:30 Uhr mit 38.0°C, um 11:30 Uhr mit 38.2°C und um 14:15 Uhr mit 38.3°C vermerkt. Die Sauerstoffsättigung unter Gabe von zwei Litern wird mit 98% bzw. mit 97% angegeben. Ab 14:15 Uhr sind keine weiteren Daten mehr festgehalten (pag 137; vgl. auch pag. 356). Einem weiteren

54 Dokument betitelt mit «Kontrollen/Behandlungen (D1)» sind ebenfalls Vitalparameter zu entnehmen. Die gemessene Körpertemperatur wurde ebenfalls um 09:30 Uhr mit 38.0°C und um 11:30 Uhr mit 38.2°C eingetragen. Der letzte eingetragene Wert beträgt rund 37.7°C, wobei die eingetragene Uhrzeit nicht lesbar ist (pag. 123). Der Beschuldigte schilderte anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung, dass die Temperatur am Abend des 18. August 2010 mit 37.7°C gemessen worden sei (pag. 773, Z. 31). Obwohl die eingetragene Uhrzeit zu dieser Messung nicht lesbar ist, ist zu Gunsten des Beschuldigten davon auszugehen, dass ihm diese Temperatur anlässlich des Telefongesprächs um 21:00 Uhr desselben Tages von der Pflege mitgeteilt wurde. Weitere Parameter wie Blutdruck,

Puls und Atmung sind dagegen nach 14:45 Uhr in den Patientenakten nicht mehr vermerkt. Der Beschuldigte schilderte zwar, dass Puls, Blutdruck und Temperatur zweimal pro Tag – einmal durch die Frühschicht und einmal durch die Spätschicht – gemessen würden (pag. 771, Z. 21) und die Pflege hierfür verantwortlich sei. Es mag zutreffen, dass dies so gehandhabt wird, ändert aber nichts daran, dass in den Akten keine weiteren Werte aufgeführt sind. Übereinstimmend kommen das Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013 und das ergänzende Aktengutachten vom 23. Januar 2014 weiter zum Schluss, dass das septische Zustandsbild mit der persistierenden Hypotonie, den Schmerzen und den steigenden Körpertemperaturen 24 Stunden vor dem Ableben begonnen habe (pag. 280). Ergänzend ist dem Gutachten vom 23. Januar 2014 zu entnehmen, dass der makroskopische, d.h. der autopsische Befund der kotigen und ausgedehnten Bauchfellentzündung / Peritonitis mittels einer nochmaligen histopathologischen Untersuchung von den seinerzeit angefertigten Histologiepräparaten nur erneut und widerspruchsfrei bestätigt werden können. Die sich in den histologischen Präparaten präsentierenden Zellveränderungen und Zellneubildungen seien unmissverständlich Ausdruck einer deutlichen Bauchfellentzündung von im Minimum einem Tag Erkrankungsdauer. Mit dem makroskopischen wie auch mikroskopischen Befund sei es aus Sicht der beurteilenden Rechtsmediziner klar, dass die Bauchfellentzündung bereits zum Zeitpunkt der CT-Abdomen Untersuchung vorgelegen habe (pag. 362). PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ bestätigte und konkretisierte seine im Gutachten gemachten Ausführungen anlässlich seiner Befragung vom 14. Oktober 2014. Die Entzündung habe mindestens 24 Stunden vor dem Tod von G.\_\_\_\_\_ sel. beginnen müssen, da das feingewebliche Bild der Situation zum Zeitpunkt des Todes entspreche und es danach zu keinen weiteren Veränderungen mehr komme. Es handle sich bei dieser Entzündung nicht um einen Ist-Zustand, sondern um etwas, das sich ausbreite. Mit jedem Tag dringe die Entzündung tiefer in das Gewebe ein. Deshalb seien sie aufgrund des Gesamtbildes der feingeweblichen Untersuchung zum Schluss gekommen, dass eine solche Entzündung mindestens 24 Stunden benötige. Diese könne nicht innert kurzer Zeit entstehen. Es könnten auch mehr als 24 Stunden gewesen sein. Sie könnten nur eine Untergrenze setzen und auch diese lasse sich nicht auf die Stunde genau berechnen (pag. 87.11, Z. 348-358). Auch diese Ausführungen der Gutachter sind schlüssig und nachvollziehbar, weshalb die Kammer darauf abstellt. Es trifft zu, dass die letzte Laboruntersuchung rund 21 Stunden vor dem Tod von G.\_\_\_\_\_ sel. vom 19. August 2010 um 06:25 Uhr durchgeführt wurde (am 18. August 2010 um 09:35 Uhr). Ferner stellt PD Dr. med.

55 P.\_\_\_\_\_ klar, dass der Beginn der Entzündung nicht auf die Stunde genau festgelegt werden kann. Es gibt keinen Grund an den Ausführungen der Gutachter zu zweifeln. Wie weit die Entzündung zum Zeitpunkt der Laboruntersuchung um 09:35 Uhr bereits fortgeschritten war, kann nicht beurteilt werden. Fest steht, dass sie zu diesem Zeitpunkt bereits vorhanden war und sich weiter ausbreitete. Daraus folgt, dass sie zum Zeitpunkt der CT-Untersuchung bereits fortgeschritten gewesen sein musste. Insofern ist dem ergänzenden Aktengutachten vom 23. Januar 2014 zuzustimmen, als dass eine gezielte ärztliche klinische Untersuchung des Bauches von G.\_\_\_\_\_ sel. am späteren Abend des 18. August 2010 und damit verbunden auch eine allfällig erneute Standortbestimmung der Laborparameter im Vergleich zu den Werten vom Mittwochmorgen ausgeblieben seien (pag. 360). Es fehle angesichts der Klinik ebenso eine weiterführende radiologische Abklärung der im CT-Abdomen widerspruchsfrei festgestellten Veränderungen. Es seien deshalb insgesamt nur Befunde dokumentiert, die in ihrer Gesamtheit einer weiterführenden

gezielten Abklärung bedurft hätten. Erst mit diesen ergänzenden Abklärungen hätten weitere objektivierbare Befunde für eine ablaufende Entzündung in der Bauchhöhle von G.\_\_\_\_\_ sel. dokumentiert werden können (pag. 361). Damit widerspricht diese Schlussfolgerung auch keineswegs dem ersten Gutachten vom 11. Februar 2011, wie vom Verteidiger vorgebracht. Dieses Gutachten hält einzig fest, dass aufgrund der Klinik, der Körpertemperatur, der Kreislaufverhältnisse und der Laborbefunde aus rein klinischer Sicht kein Verdacht auf das Vorliegen einer intraabdominellen Pathologie vorgelegen habe, welche am 18. August 2010 spätnachmittags (d.h. noch vor der CT-Untersuchung) eine sofortige chirurgische Revision erforderlich gemacht hätte (pag. 175). Das ergänzende Aktengutachten dagegen nimmt eine Gesamtschau der vorliegenden Parameter vor. Darin bezieht es folgende Befunde mit ein: Immer wieder starke Schmerzen trotz laufender Periduralanästhesie, ergänzender Gabe von Morphin und Beruhigungsmitteln, Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Tendenz (mit Ausnahme des tiefen Werts von 37.7°C), wiederholt deutlich tiefe Blutdruckwerte und CT-Abdomen mit deutlich freier Luft (pag. 360). Dieses Gutachten beurteilt den Krankheitsverlauf und die Befunde in ihrer Gesamtheit auch unter Einbezug der CT-Untersuchung. Die Vorinstanz erwog zu Recht, dass G.\_\_\_\_\_ sel. das Fast-Track-Schema bereits früh verlassen hat, weshalb in dieser Situation nach der CT-Untersuchung eine neuerliche Laboruntersuchung hätte vorgezogen werden müssen. Eine weitere Messung der Vitalparameter ist ebenso wenig dokumentiert. Trotz der ungeklärten Schmerzproblematik wurden diese Untersuchungen bis hin zu einer Reoperation nicht vorgenommen. Die Ausführungen der Verteidigung betreffend den zeitlichen Aspekt dieser Vorgehensweisen sowie die mit einer Reoperation einhergehenden Risiken vermögen nicht zu überzeugen. Die Gutachten gehen davon aus, dass G.\_\_\_\_\_ sel. bei weiteren Untersuchungen und einer darauffolgenden Reoperation überlebt hätte. Sie gehen von einer vorsichtig geschätzten Überlebenschance von 80% (unter Berücksichtigung von 10% Spitalletalität) bei einem geschätzten Operationsbeginn am 18. August 2010 um 18:00 Uhr und von einer Überlebenschance von etwa 50% bei einem Operationsbeginn um ca. 24:00 Uhr aus (pag. 177; pag. 287 f.). Es mag zutreffen, dass das von der Generalstaatsanwaltschaft angeführte Beispiel einer Notoperation eines Opfers einer

56 Messerattacke nicht direkt mit der vorliegenden Situation vergleichbar ist. Dennoch trifft es zu, dass gewisse Schritte zur Vorbereitung einer Reoperation nebeneinander erledigt werden können. Die Generalstaatsanwaltschaft weist zu Recht darauf hin, dass zum Beispiel der Operationssaal vorbereitet werden kann, während der Patient und seine Angehörigen aufgeklärt werden. Dasselbe gilt für das Aufbieten weiterer Mitarbeiter des Operationsteams. G.\_\_\_\_\_ sel. war um ca. 17:15 Uhr wieder auf der Station. Wäre im Anschluss daran eine Laboruntersuchung, welche nur wenig Zeit in Anspruch nimmt, durchgeführt worden, so hätte anschliessend eine Reoperation in die Wege geleitet werden können und wäre damit durchaus im Bereich des zeitlich Realisierbaren gelegen. Selbst wenn G.\_\_\_\_\_ sel. erst gegen 19:00 Uhr anstatt um 18:00 Uhr operiert worden wäre, wäre die Überlebenschance nach wie vor hoch gewesen. Ebenso wenig kann dem Argument der Verteidigung betreffend die fehlende Auseinandersetzung mit den Risiken einer Reoperation gefolgt werden. Die Kammer schliesst sich den Ausführungen der Generalstaatsanwaltschaft an, wonach der Vorwurf gegenüber dem Beschuldigten einer solchen Risikoabwägung vorgelagert ist. Es geht nicht darum, dass er sich aufgrund einer falschen Abwägung gegen eine Reoperation entschieden hätte, sondern dass es gar nicht erst so weit kommen konnte. Dies, weil der Beschuldigte die erforderlichen

Abklärungen nicht erhoben resp. nicht in die Wege leitete, welche ihn überhaupt erst in die Lage versetzt hätten, zusammen mit dem Patienten oder dessen Angehörigen die entsprechende Abwägung vorzunehmen (pag. 1635). Bezeichnend ist, dass sich der Beschuldigte trotz dieser Umstände am Abend des 18. August 2010 um 21:00 Uhr nach einem Anruf der Lernenden mit der anschließenden telefonischen Beruhigung des Patienten zufrieden gegeben hat. Wie die Vorinstanz zutreffend festhielt, telefonierte der Beschuldigte mit einem unter starken Medikamenten (Morphium und Temesta) stehenden Patienten, welcher gemäss seinen Familienangehörigen kaum ansprechbar war (pag. 978, S. 36 der Urteilsbegründung). D. \_\_\_\_\_ war zum Zeitpunkt dieses Telefongesprächs bei ihrem Vater im Krankenhaus. Ihre Aussagen stimmen mit dem Bild eines erschöpften und unter Medikamenteneinfluss stehenden Patienten überein. So habe ihr Vater nicht viel sagen können. Er habe einfach «mhm» und «ja» gesagt (pag. 75, Z. 96 f.). Er habe so gut es ging «ja» gesagt. Er habe gar nicht mehr viel sagen können. Er sei einfach da gelegen und habe nichts sagen können (pag. 75, Z. 111 u. Z. 116 f.). Sie selbst habe nicht mit dem Beschuldigten gesprochen. Sie sei hilflos und überfordert gewesen (pag. 75, 103 u. Z. 107). Das ergänzende Aktengutachten hält schliesslich treffend fest, dass G. \_\_\_\_\_ sel. im Anschluss an sein Telefongespräch mit dem Beschuldigten die Fatalität des sich bei ihm anbahnenden Unheils nicht einmal in seinen Umrissen habe erkennen können (pag. 363). Es muss an dieser Stelle nochmals festgehalten werden, dass dies auch nicht die Aufgabe des Patienten gewesen ist. Die Gutachter halten zutreffend fest, dass die Verantwortung der unterlassenen Umsetzung an notwendiger Sorge um das Wohlbefinden von hospitalisierten und zudem frisch operierten Patienten im konkreten Fall widerspruchlos in den Kompetenzbereich des primär behandelnden Arztes falle, d.h. konkret sei der Beschuldigte verantwortlich (pag. 363). Die Verantwortung der Nachsorge oblag ihm. Die Generalstaatsanwaltschaft weist zu Recht darauf hin, dass der Beschuldigte zum entscheidenden Zeitpunkt Dreh- und Angelpunkt für die

57 weiteren Entscheidungen (was und wieviel abgeklärt werden sollte), gewesen ist. Bei ihm sind die Fäden zusammen gelaufen. Entscheidend ist, dass er im fraglichen Moment für die Nachsorge verantwortlich gewesen ist und trotz bestehender objektiver Anzeichen seine Interpretation der CT-Bilder nicht im geringsten in Zweifel gezogen hat und keinen Anlass für weitere Abklärungen gesehen hat (pag. 1635). Daran vermögen auch die edierten Dokumente «Frühinterventions-Team [FIT]» sowie «das Fast-Track-Schema Kolon / Rektum-Resektion» nichts zu ändern. Der postoperative Verlauf verlief von Anfang an abweichend vom Fast-Track-Schema. Es darf deshalb nicht angehen, dass der Beschuldigte unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und seinem eigenen „störenden“ Empfinden Schemen resp. Vorgaben vorschiebt und sich mit einem Telefongespräch mit einem sedierten, unter starken Schmerzmitteln stehenden Patienten zufrieden gibt. In Übereinstimmung mit der Vorinstanz ist festzuhalten, dass trotz der störenden Luft intraperitoneal und einer bis zum Schluss ungeklärten Schmerzproblematik (bei funktionierender Periduralanästhesie und zusätzlicher Abgabe von Morphin und Schmerzmitteln), trotz eines von Anfang an vom Fast-Track-Schema abweichenden postoperativen Verlaufs und trotz einer unvollständigen oder zumindest nicht klaren Dokumentation über die klinischen Werte des Patienten sowie vor dem Hintergrund, dass eine Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden kann, nicht ein weiteres Labor angeordnet wurde. In dieser ungeklärten Situation hätten eine neuerliche Laboruntersuchung vorgezogen und die Vitalwerte erneut überprüft werden müssen. Spätestens nach dem Telefongespräch um 21:00 Uhr hätte zwingend eine ärztliche

Untersuchung bis hin zur Reoperation des Patienten stattfinden müssen. Entweder durch den Beschuldigten selbst oder auf seine Veranlassung hin durch einen im Krankenhaus anwesenden Dienstarzt. 13. Fazit und Beweisergebnis Für die Kammer ergibt sich nach Würdigung der objektiven und subjektiven Beweismittel ein Gesamtbild, das dem Sachverhalt, wie in der Anklageschrift umschrieben (pag. 678 f.) entspricht. G.\_\_\_\_\_ sel. ist aufgrund eines kleinen Lecks von 0.5 cm Durchmesser im Bereich der Anastomose des Dickdarms, aus welchem ca. 450 ml kotige Flüssigkeit in die Bauchhöhle ausgetreten ist und zu einer Bauchfellentzündung geführt hat, gestorben. Diese Todesursache ist nicht auf die eigentliche Operation vom 16. August 2010 zurückzuführen, welche lege artis erfolgte. Ferner ist der postoperative Verlauf aufgrund der starken Schmerzen und der wiederholten Abgabe von zusätzlichen Schmerz- und Beruhigungsmitteln nicht wie erwartet erfolgt. Ausgehend von der Operation bis hin zur angeordneten CT-Untersuchung vom 18. August 2010 um ca. 17:00 Uhr ist dem Beschuldigten trotz dieser Abweichungen kein ärztliches Fehlverhalten vorzuwerfen. Es kann weiter festgehalten werden, dass der Beschuldigte als sehr erfahrener laparoskopischer Chirurg mit Spezialgebiet Viszeralchirurgie bei der Beurteilung der

58 Bilder der CT-Untersuchung von G.\_\_\_\_\_ sel. vom 18. August 2010 in gemeinsamer Besprechung mit dem Radiologen Dr. F.\_\_\_\_\_ das Ausmass der freien postoperativen Luft intraperitoneal (im Bauchraum des Patienten) einerseits zwar als störend, andererseits aber als normalen postoperativen Befund 48 Stunden nach der laparoskopischen Operation beurteilt und vorerst keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz erkannt hat. Obwohl er diesen letzten Befund relativierte und ausführte, dass eine solche Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden kann, ist diese Beurteilung nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht vertretbar und genügt somit den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht. Gemäss gutachterlicher Feststellung war die Menge an intraperitonealer Luft von mindestens 300 ml angesichts des Zeitpunkts 48 Stunden nach einer laparoskopischen Sigmaresektion aussergewöhnlich gross und nicht mehr alleine mit postoperativen Veränderungen erklärbar. Der Beschuldigte hätte das Ausmass der freien Luft, insbesondere vor dem Hintergrund der anhaltenden Schmerzproblematik trotz laufender Periduralanästhesie und ergänzender Gabe von Morphin, als potentielles indirektes Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz erkennen müssen und er hätte weitere ärztliche Untersuchungen des Patienten selber durchführen müssen oder durchführen lassen müssen. Nicht abgestellt werden kann auf seine Ausführungen, wonach er G.\_\_\_\_\_ sel. mit der AirSeal-Methode operiert habe. Diese Erklärung für das Ausmass an freier Luft wirkt nachgeschoben und ist mithin nicht glaubhaft. Auch als der Beschuldigte um ca. 21:00 Uhr am 18. August 2010 durch die Lernende telefonisch informiert wurde, dass G.\_\_\_\_\_ sel. erneut – und trotz der von ihm im Anschluss an die CT-Untersuchung veranlassten Massnahmen (Einlegen einer Magensonde, Verabreichung zusätzlicher Schmerz- und Beruhigungsmitteln) – heftige Schmerzen habe, unterliess er es weiterhin, ergänzende Untersuchungen einzuleiten und er erklärte dem Patienten erneut, es bestehe kein Handlungsbedarf. IV. Rechtliche Würdigung 14. Allgemeines Gemäss Art. 117 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft, wer fahrlässig den Tod eines Menschen verursacht. Fahrlässig begeht ein Verbrechen oder Vergehen, wer die Folge seines Verhaltens aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit nicht bedenkt oder darauf nicht Rücksicht nimmt. Pflichtwidrig ist die Unvorsichtigkeit, wenn der Täter die Vorsicht nicht beachtet, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet ist (Art. 12

Abs. 3 StGB). Strafbar ist nur, wer eine geringere Sorgfalt beachtet, als ihm nach seinen persönlichen Fähigkeiten möglich wäre. Umgekehrt hat eine erhöhte Vor- sicht aufzubringen, wer dank seiner besonderen Fähigkeiten und Fachkenntnisse etc. in der Lage ist, mit grösserer Sorgfalt vorzugehen als andere. Ein Schuld- spruch wegen fahrlässiger Tötung setzt somit voraus, dass der Täter den Erfolg durch Verletzung einer Sorgfaltspflicht verursacht hat. Die Straftat kann auch durch pflichtwidriges Unterlassen (Art. 11 StGB) begangen werden. Voraussetzung ist in

59 diesem Fall eine Rechtspflicht zur Vornahme der unterlassenen Handlung (Garan- tenstellung) sowie die Möglichkeit, diese Handlung vorzunehmen. Der für die Zu- rechnung des Erfolgs notwendige Kausalzusammenhang zwischen Sorgfaltswid- rigkeit und Tod ist gegeben, wenn die in Frage stehende Handlung oder Unterlas- sung des Täters in irgendeiner Weise für den Erfolg wirksam wurde. Nach der Rechtsprechung ist ein (pflichtwidriges) Verhalten im natürlichen Sinne kausal, wenn es nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch der eingetretene Erfolg entfielen. Daher braucht das Verhalten nicht die alleinige oder unmittelbare Ursache des Erfolgs zu sein. Die Handlungsweise ist sorgfaltswidrig, wenn der Täter im Zeitpunkt der Tat auf Grund der Umstände sowie seiner Kenntnisse und Fähigkeiten die Gefährdung der Rechtsgüter des Opfers hätte erkennen können und müssen, und wenn er zugleich die Grenzen des erlaubten Risikos überschritten hat. Grundvoraussetzung der Fahrlässigkeitshaftung bildet die Vorhersehbarkeit des Er- folgs. Die zum Erfolg führenden Geschehensabläufe müssen für den konkreten Täter mindestens in ihren wesentlichen Zügen voraussehbar sein. Die Rechtser- heblichkeit einer äquivalenten Ursache bzw. die Frage, ob der Täter eine Gefähr- dung der Rechtsgüter des Opfers hätte erkennen können und müssen, beurteilt sich nach dem Massstab der Adäquanz. Danach muss das Verhalten geeignet sein, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und den Erfahrungen des Lebens ei- nen Erfolg wie den eingetretenen herbeizuführen oder mindestens zu begünstigen. Die Adäquanz ist nur zu verneinen, wenn ganz aussergewöhnliche Umstände, wie das Mitverschulden des Opfers bzw. eines Dritten oder Material- oder Konstruktionsfehler, als Mitursache hinzutreten, mit denen schlechthin nicht gerechnet wer- den musste und die derart schwer wiegen, dass sie als wahrscheinlichste und un- mittelbarste Ursache des Erfolgs erscheinen und so alle anderen mitverursachen- den Faktoren – namentlich das Verhalten des Angeschuldigten – in den Hinter- grund drängen. Darüber hinaus erfordert die Zurechnung des sorgfaltspflichtwidrigen Erfolgs des- sen Vermeidbarkeit. Die Zurechnung ist ausgeschlossen, wenn der durch eine sorgfaltswidrige Handlung herbeigeführte Erfolg auch bei pflichtgemäsem Verhal- ten des Täters eingetreten wäre. Denn der Täter ist nur für solche Erfolge verant- wortlich, in deren Eintritt sich das unerlaubte Risiko verwirklicht. Für die Zurech- nung des Erfolgs genügt es, wenn das Verhalten des Täters mindestens mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit oder mit an Sicherheit grenzender Wahrschein- lichkeit die Ursache des Erfolgs bildete. Bei der Beurteilung des Masses der ärztlichen Sorgfalt bildet Ausgangspunkt die allgemeine ärztliche Pflicht, die Heilkunst nach anerkannten Grundsätzen der ärzt- lichen Wissenschaft und Humanität auszuüben, alles zu unternehmen, um den Pa- tienten zu heilen, und alles zu vermeiden, was ihm schaden könnte. Der Arzt hat mit seinem Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken. Die Herbeiführung des Erfolgs oder dessen Garantie ist indes nicht Teil seiner Pflich- ten. Die Anforderungen an die Sorgfaltspflicht des Arztes richten sich nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Be- handlung, den damit verbundenen Risiken, dem Beurteilungs- und Bewertungs-

60 spielraum, der dem Arzt zusteht, sowie den Mitteln und der Dringlichkeit der medizinischen Massnahme. Der Begriff der Pflichtverletzung darf jedoch nicht so verstanden werden, dass darunter jede Massnahme oder Unterlassung fällt, welche aus nachträglicher Sicht den Schaden bewirkt oder vermieden hätte. Der Arzt hat die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten. Er hat indes nicht für jene Gefahren und Risiken einzustehen, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung und auch mit der Krankheit an sich verbunden sind. Zudem steht ihm sowohl in der Diagnose wie auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen nach dem objektiven Wissenstand oftmals ein Entscheidungsspielraum zu. Der Arzt verletzt seine Pflichten nur dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählt, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektiven Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt. Dem Begriff des erlaubten Risikos liegt der Gedanke zugrunde, dass sich nicht jede über das allgemeine Lebensrisiko hinausgehende Gefährdung anderer verbieten lässt, sondern es kann insoweit nur die Einhaltung eines bestimmten Mindestmasses an Sorgfalt und Rücksichtnahme gefordert werden. Beim erlaubten Risiko tritt an die Stelle des Verbots jeglicher Gefährdung das Gebot, die Gefahr auf dasjenige Minimum einzuschränken, das gar nicht oder nur mit unverhältnismässigem Aufwand ausgeschlossen werden kann, wenn man die entsprechende Tätigkeit überhaupt zulassen will. Die Zurechnung des Erfolgs setzt mithin voraus, dass der Täter ein unerlaubtes Risiko geschaffen hat und sich diese Gefahr im Erfolg verwirklicht hat. Das Handeln ist vielmehr sorgfaltswidrig, wo es den Rahmen des erlaubten Risikos verlässt. Wo die Grenze zum unerlaubten Risiko verläuft, entscheidet sich nach den konkreten Umständen. Als Richtschnur im Bereich der ärztlichen Krankenbehandlung gelten die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Massstab ist danach die Sorgfalt, die allgemein von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus Sicht seines Fachbereichs in der konkreten Situation erwartet werden darf (Urteil des Bundesgerichts 6B\_1031/2016 vom 23. März 2017 E. 6 mit Hinweisen). 15. Rechtliche Würdigung durch die Vorinstanz Die Vorinstanz gelangte aufgrund ihres Beweisergebnisses zum Schluss, dass sich der erste Vorwurf gegen den Beschuldigten, nämlich die Falschbeurteilung der Bilder der CT-Untersuchung (Tun) – respektive das Verkennen von indirekten Anzeichen einer potentiellen Anastomoseninsuffizienz – nicht aufrecht erhalten lasse. Vorgeworfen wird dem Beschuldigten jedoch weiter, dass er es – trotz dieses Wissens um die vorhandene, störende Menge freier postoperativer Luft intraperitoneal, trotz anhaltender ungeklärter Schmerzproblematik und obwohl dieser gewusst habe, dass eine Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden könne – unterlassen habe, weitere (ergänzende) ärztliche Untersuchungen selber durchzuführen oder anzuordnen (pag. 981, S. 39 f. der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Die Vorinstanz erachtete sämtliche Tatbestandselemente als erfüllt und erklärte den Beschuldigten sodann der fahrlässigen Tötung schuldig (pag. 988, S. 46 der erstinstanzlichen Urteilsbegründung).

61 16. Rechtliche Würdigung durch die Kammer

### **E. 13**

währten Frist, um weitere Beweisanträge zu stellen, reichten die Verteidiger des Beschuldigten und von Dr. F. \_\_\_\_\_ je ein Parteigutachten ein (Parteigutachten von Prof. Dr. S. \_\_\_\_\_, pag. 612 ff.; Parteigutachten von Prof. Dr. C. T. \_\_\_\_\_, pag. 620 ff.). Bei den vom Beschuldigten und Dr. F. \_\_\_\_\_ eingebrachten Gutachten handelt es

sich um Privat- oder Parteigutachten, die nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht den gleichen Stellenwert – auch wenn durch eine anerkannte Fachperson erstellt – wie ein Gutachten haben, das von der Untersuchungsbehörde oder von einem Gericht eingeholt wurde. Den Ergebnissen eines im Auftrag des Beschuldigten erstellten Privatgutachtens kommt lediglich die Bedeutung einer der freien Beweiswürdigung unterliegenden Parteibehauptung bzw. eines Bestandteils der Parteivorbringen zu, nicht die Qualität eines Beweismittels (vgl. BGE 141 IV 369 E. 6.2 mit weiteren Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 6B\_922/2015 vom 27. Mai 2016 E. 2.5). Eine privat beauftragte sachverständige Person steht in einem Auftragsverhältnis zu einer Partei und äussert ihre Meinung, ohne von den juristischen Entscheidungsträgern in die Pflicht genommen worden zu sein. Ihre Befunde können nicht beweisbildend sein (HEER, in: Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, 2. Aufl. 2014, N. 6 zu Art. 189). Allerdings sind solche Gutachten nicht unbeachtlich (HEER, a.a.o., N. 10 zu Art. 182). Sehr wohl in die Beweiswürdigung einzubeziehen sind daher Parteigutachten, die als Antwort auf ein gerichtliches Gutachten eingereicht werden und den Zweck haben, dessen Unrichtigkeit oder Fehlerhaftigkeit darzulegen (HEER, a.a.o., N. 7 zu Art. 189). Auf eine Zusammenfassung der einzelnen Beweismittel wird an dieser Stelle verzichtet. Darauf wird in der Beweiswürdigung eingehend zurück zu kommen sein.

10. Beweisergebnis der Vorinstanz Die Vorinstanz gelangte unter Berücksichtigung und nach Würdigung sämtlicher Beweismittel zu folgendem Beweisergebnis (pag. 976 ff., S. 34-36 der Urteilsbegründung): «Insgesamt ist davon auszugehen, dass der erfahrene Radiologe F.\_\_\_\_\_ und der erfahrene Chirurg A.\_\_\_\_\_ die CT-Bilder von †G.\_\_\_\_\_ am 18.08.2010, kurz nach 17:00 Uhr, während 10-20 Minuten gemeinsam besprochen haben. Als behandelnder und operierender Arzt wird A.\_\_\_\_\_ mehr Informationen, insbesondere die benötigten klinischen Angaben, in das Beurteilungsgespräch eingebracht haben. Beide Ärzte sahen die auffällige Menge Luft. F.\_\_\_\_\_ sprach von „mässiggradig“ freier Luft. Gemäss Ergänzungsgutachten war zwar deutlich zu viel Luft vorhanden. Jedoch ist dabei nochmals auf den berechtigten Einwand von Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ bezüglich der veralteten Literatur hinzuweisen sowie auf die von A.\_\_\_\_\_ genannte AirSeal-Methode. Nach Auffassung des Gerichts spielt die genaue Messung der Menge freier Luft aber auch keine entscheidende Rolle – genau so wenig, wie die angewandte Methode. Entscheidend ist vielmehr, dass die beobachtete Menge Luft den „Chirurgen in der Schweiz, der am meisten Erfahrung hat mit der AirSeal-Methode“ ebenfalls störte (Zitat: „Was mich störte, war die Menge Luft. Mich störte es.“ Pag. 62, Zeile 333 ff.). Bezüglich der Formulierung „störend“ verwies Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_ anlässlich seines Plädoyers darauf, dass „störend“ für den Kliniker das sei, was vom absoluten Normbefund des gesunden Patienten abweiche. Dem kann entgegen gehalten werden, dass so, wie A.\_\_\_\_\_ diesen Ausdruck verwendete, davon ausgegangen werden muss, dass er diese von ihm auf den CT-

#### **E. 14**

Bildern gesehene Menge Luft im Bauchraum von †G.\_\_\_\_\_ zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet hat – im Vergleich zu einem anderen Patienten im gleichen Zeitraum nach derselben Operation. Störend waren für A.\_\_\_\_\_ aber auch die Schmerzen von †G.\_\_\_\_\_ (Zitat: „Wenn Sie einen Patient nach einer solchen Operation haben, welcher Schmerzen hat, weiss man, dass irgendetwas „los“ ist. Die meisten Patienten, die so operiert werden, sind meistens schmerzfrei. Er hatte Schmerzen.“ Pag. 55, Zeile 93 ff.). Nebst der zu vielen freien Luft (und der „wenig freien Flüssigkeit intraabdominal“) sahen beide Beschuldigten (wie auch alle übrigen Ärzte, die die Bilder ex post zu Gesicht bekamen) bei

der Beurteilung der CT-Bilder die intakte Darmnaht. Sie sahen kein Leck und somit keine direkten Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz – was für sich gesehen noch nicht bedeutet, dass sie eine solche ausschlossen, wie sie beide (schlussendlich) in ihren Aussagen ausführten; wussten doch beide (Grundwissen), dass eine solche nie ausgeschlossen werden kann. Diesbezüglich kann nochmals auf das Ergänzungsgutachten und auch auf die privaten Gutachten verwiesen werden, welche alle dasselbe beobachteten. Wie bereits erwähnt, bestehen bezüglich der Schlussfolgerung des Ergänzungsgutachtens (umgehend) „nochmals reinschauen“, aufgrund der suggestiven Fragen an die die CT-Begutachtung nachstellenden Ärzte, der veralteten Literatur und der AirSeal-Methode, gewisse, nicht unerhebliche Zweifel. Schlussendlich lautet der Vorwurf in der Anklageschrift aber auch, dass nicht „zumindest in einem ersten Schritt weitere ärztliche Untersuchungen durchgeführt oder veranlasst“ wurden. A.\_\_\_\_\_ verliess die Besprechung der CT-Bilder mit F.\_\_\_\_\_ mit dem Wissen, eine störende Menge Luft im Bauchraum von †G.\_\_\_\_\_ gesehen zu haben. Ansonsten musste er von noch immer nicht geklärten, starken und zu diesem Zeitpunkt störenden Schmerzen bei seinem Patienten ausgehen. Für F.\_\_\_\_\_ war die Sache damit abgeschlossen. Er hat das Zuviel an Luft bemerkt, erwähnt und schrieb am nächsten Tag noch den Bericht darüber, was er gesehen hat. Gemäss den Gutachten ist dieser schriftliche Bericht zwar falsch – einmal mehr muss aber erwähnt werden, dass der Bericht erst nach dem Tod von †G.\_\_\_\_\_ geschrieben wurde und somit nicht relevant war. A.\_\_\_\_\_ ging um 18:00 Uhr desselben Tages zur nächsten Visite zu seinem Patienten, welchen er trotz der für ihn störenden Menge Luft intraperitoneal und der anhaltenden Schmerzproblematik dahingehend beruhigte, dass im aktuellen Zeitpunkt absolut kein Handlungsbedarf bezüglich einer chirurgischen Revision bestehe. In der Folge veranlasste er beim Patienten das Einlegen einer Magenonde, welche offenbar eine vorübergehende Erleichterung brachte, die Erhöhung der Dosierung der Periduralanästhesie sowie die Abgabe von zusätzlichen Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Dabei war A.\_\_\_\_\_ bewusst, dass sein Patient von Anfang an vom Fast-Track-Schema abwich (Schmerzen, Mobilisation, etc.). Eine klinische Untersuchung des Bauches zu diesem Zeitpunkt ergab nichts Spezielles, was gemäss den Ausführungen von PD P.\_\_\_\_\_ angesichts all der verschriebenen Medikamente erklärbar ist. Aus der Sicht des Gerichts ist zu diesem Zeitpunkt die Dokumentation der klinischen Anzeichen mindestens unvollständig; die letzte klare Messung der Temperatur ist für 14:45 Uhr notiert (pag. 137). Das letzte Labor stammt von 09:35 Uhr (pag. 151). Das Gericht geht aber zu Gunsten von A.\_\_\_\_\_ davon aus, dass die Pflegenden jeweils bei Notrufen die Werte überprüften. Entsprechend ist davon auszugehen, dass A.\_\_\_\_\_ anlässlich des Notrufes um 21:00 Uhr eine Temperatur von 37.7 Grad gemeldet wurde (schwer lesbar, pag. 123) – und wohl auch die Werte von Blutdruck, Puls und Atmung. Dass dies standardmässig gemacht wurde, ergibt sich auch aus dem Gedächtnisprotokoll des Pflegers (pag. 16; hier aber ab 24:00 Uhr).

## **E. 15**

Sehr speziell mutet an, dass sich A.\_\_\_\_\_ um 21:00 Uhr des 18.08.2010 (Anruf einer Lernenden) mit der telefonischen Beruhigung des Patienten zufrieden gab, telefonierte er doch mit einem unter starken Medikamenten (Morphium und Temesta) stehenden Patienten, welcher gemäss seinen Familienangehörigen kaum ansprechbar war. Der Beschuldigte bot zwar offenbar an, ins Spital zu kommen, er gab sich aber mit der Rückmeldung eines kaum zurechnungsfähigen Patienten zufrieden (vgl. Gutachten pag. 363 „welcher die Fatalität des sich bei ihm anbahnenden Unheils nicht einmal in seinen

Umrisse erkennen konnte“). Die Gutachter bemängelten zudem klar, dass zu diesem Zeitpunkt ein aktuelles Labor sowie eine erneute klinische Untersuchung des Abdomens fehlten. Insgesamt muss festgehalten werden, dass trotz zu viel störender Luft intraperitoneal und einer bis zum Schluss ungeklärten Schmerzproblematik (bei funktionierender Periduralanästhesie und zusätzlicher Abgabe von Morphin und Schmerzmitteln), trotz eines von Anfang an vom Fast-Track-Schema abweichenden postoperativen Verlaufs und trotz einer unvollständigen oder zumindest nicht klaren Dokumentation über die klinischen Werte des Patienten sowie vor dem Hintergrund, dass eine Anas-tomososeninsuffizienz nie ausgeschlossen werden kann, nicht ein weiteres Labor angeordnet wurde. Der Fehler hierfür liegt möglicherweise im immer wieder erfolgten Rückgriff auf das Fast-Track-Schema, welches ein Labor erst für den nächsten Tag vorsieht (pag. 796). Allerdings hat man dieses Schema gemäss den Aussagen von A.\_\_\_\_\_ bereits früh verlassen, weshalb in dieser ungeklärten Situation gleich nach der CT-Untersuchung (welche nach wie vor keine Erklärung für die Schmerzproblematik brachte) ein neuerliche Laboranalyse hätte vorgezogen werden müssen. Gemäss den Aussagen von PD P.\_\_\_\_\_ dürften die Entzündungszeichen zu diesem Zeitpunkt massiv angestiegen sein. Nach dem notfallmässigen Anruf um 21:00 Uhr hätte gemäss den Gutachtern mindestens eine erneute medizinische Untersuchung gemacht werden müssen, sei es durch A.\_\_\_\_\_ selber, sei es durch einen von ihm damit beauftragten Arzt.» 11.

Vorbringen der Parteien 11.1 Vorbringen des Beschuldigten Die Verteidigung des Beschuldigten rügte in der Berufungsbegründung die willkürliche Beweiswürdigung und die falsche Rechtsanwendung (pag. 1601). Einleitend nahm die Verteidigung des Beschuldigten auf die Gutachten des IRM vom 11. Februar 2011 und das ergänzende Aktengutachten des IRM vom 23. Januar 2014 Bezug. Sinngemäss und zusammengefasst hielt sie fest, dass im Ergänzungsgutachten vom 23. Januar 2014 nunmehr mit dem Wissen der Gutachter, wonach der Beschuldigte das CT vom 18. August 2010 um ca. 17:10 Uhr gemeinsam mit dem Radiologen beurteilt habe, eine abweichende klinische Beurteilung vorgenommen worden sei. Diese spätere gutachterliche Beurteilung stehe in einem offenen Widerspruch zur Erstbegutachtung vom 11. Februar 2011. In dieser sei auch explizit die Körpertemperatur besprochen worden («Die Körpertemperatur war meist subfebril, der höchste gemessene Wert betrug 38.3 Grad Celsius, was für die beiden ersten postoperativen Tage als vertretbar gilt [ $<38,5$  Grad Celsius]»). Die Darstellung «Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Tendenz» im Ergänzungsgutachten vom 23. April 2014 [recte: 23. Januar 2014] finde keine Stütze in den Patientenakten und sei damit falsch (pag. 1602). Weiter brachte die Verteidigung vor, dass den Ausführungen des Zweitgutachtens zur Kreislaufsituation die Ausführungen des Erstgutachtens hierzu entgegenuhalten seien. Der Gerichtspräsident habe diesen Widerspruch in den Gutachten verkannt oder habe es jedenfalls unter-

## **E. 16**

lassen, diesen aufzulösen. Dies dürfe sich nicht zum Nachteil des Beschuldigten auswirken, umso mehr, als formell mit dem IRM die gleiche Institution für den Inhalt der Gutachten verantwortlich sei. Aus rein klinischer Sicht habe damit nach verbindlicher gutachterlicher Feststellung am späten Nachmittag des 18. August 2010 [recte: 2011] kein Verdacht auf das Vorliegen einer intraabdominalen Pathologie bestanden. Diese Sachverständigenmeinung sei für das Gericht bindend, weshalb es keinen Anlass gehabt habe, dem Beschuldigten vorzuwerfen, er hätte es unterlassen, G.\_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 um 18:00 Uhr erneut zu operieren (pag. 1603). Ferner habe der Gerichtspräsident die Beweislage auch in

zeitlicher Hinsicht willkürlich gewürdigt. Die vorinstanzliche Darstellung, wonach im vorliegenden Fall gemäss den Gutachtern klar davon ausgegangen werden könne, dass G.\_\_\_\_\_ sel. hätte überleben können, wenn er weiter untersucht und reoperiert worden wäre (vgl. pag. 987), stimme nicht. Dies, da eine Operation am 18. August 2010 um 18:00 Uhr nur dann möglich gewesen wäre, wenn keine zusätzlichen Untersuchungen stattgefunden hätten. In den ca. 45 Minuten zwischen der CT-Befundung und hypothetischen Operationstermin hätte nämlich noch die Information und Aufklärung des Patienten (und allenfalls seiner Angehörigen), die Bereitstellung eines Operationssaales, die Aufbietung eines Operationsteams mit Narkoseärzten und insbesondere die Vorbereitung des Patienten inklusive Anästhesieaufklärung stattfinden müssen. Da zu diesem Zeitpunkt – aus Sicht der Gutachter – rein klinisch keine Veranlassung zu einer Reoperation bestanden habe, wäre sicherlich auch keine direkte Reoperation eingeleitet worden, sondern zunächst wäre – wenn überhaupt – ein Labor veranlasst worden. Die Operation hätte sicherlich erst weit nach 18:00 Uhr begonnen, mit Auswirkungen auf die Erfolgsaussichten, die unter die von den Gutachtern für 18:00 geschätzten 80% gefallen wären. Der Gerichtspräsident habe demnach aus der gutachterlichen Beurteilung, der Beschuldigte hätte alleine gestützt auf das CT auf eine intraabdominale Pathologie schliessen müssen, gefolgert, damit wäre auch sofort (und einzig) die Reoperation des Patienten angezeigt gewesen. Dies hätte eine erneute klinische Untersuchung, allenfalls ein Labor, eine Aufklärung des Patienten und eine den Risiken des Eingriffs entsprechende Operationsvorbereitung ausgeschlossen. Diese Annahme stehe im Widerspruch zum übrigen klinischen Bild, wie es sich am 18. August 2010 um 18:00 Uhr präsentiert habe. Zu dieser Annahme sei auch nicht Beweis erhoben worden, so dass es bei einer durch nichts gestützten Annahme bleibe. Betreffend das fahrlässige unechte Unterlassungsdelikt bestritt der Beschuldigte zunächst, dass er die potentiellen Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz verkannt habe. Im Gegenteil habe er anlässlich der CT-Befundung am 18. August 2010 positiv festgestellt, dass sich die Anastomose regelrecht präsentiert habe und insbesondere keine Luftblasen oder Flüssigkeit um die Naht festzustellen gewesen seien. Weiter hätten am 18. August 2010 keine erkennbaren klinischen Anzeichen einer Peritonitis vorgelegen, was ebenfalls gutachterlich bestätigt worden sei. Der Gerichtspräsident zitiere Auszüge aus den Aussagen eines Gutachters (vgl. pag. 983 der Urteilsbegründung), unterlasse es aber, aufzuzeigen, welche konkreten Untersuchungshandlungen verlangt gewesen wären und wie sich diese zeitlich ausgewirkt hätten. Wie aufgezeigt worden sei, hätten sämtliche ärztlichen Untersu-

### **E. 16.1**

Rechtsgutverletzung bzw. Gefährdung Die Rechtsgutverletzung bzw. Gefährdung kann nur in der Verwirklichung eines tatbestandsmässigen Erfolges bestehen (NIGGLI/MUSKENS, in: Basler Kommentar zum StGB, 4. Aufl. 2019, N. 62 zu Art. 11 StGB). G.\_\_\_\_\_ sel. litt schon seit Jahren an einer bekannten Divertikelerkrankung des Colon sigmoideum. Infolgedessen wurde ihm eine laparoskopische Sigmaresektion im entzündungsfreien Intervall empfohlen. G.\_\_\_\_\_ sel. trat am 15. August 2010 ins H.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) ein, wo die geplante Operation am 16. August 2010 stattfand. G.\_\_\_\_\_ sel. verstarb schliesslich am 19. August 2010 in den frühen Morgenstunden. Mit dem Eintritt des Todes ist die fahrlässige Tötung vollendet (Erfolgsdelikt, SCHWARZENEGGER/GURT, in: Basler Kommentar zum StGB, 4. Aufl. 2019, N. 2 zu Art. 117 StGB). Zur Todesursache stellte das IRM fest, dass ein kleines Leck mit 0.5 cm Durchmesser im Bereich der Anastomose des Dickdarms bestand, aus welchem ca. 450 ml kotige Flüssigkeit in die Bauchhöhle ausgetreten war. Dies führte zu einer sogenannten

kotigen 4-quadranten Peritonitis – einer maximal ausgeprägten Bauchfellentzündung des gesamten Bauchraumes. Die Bauchfellentzündung hatte mindestens 24 Stunden vor dem Todeseintritt ihren Anfang genommen und führte zu einer Kreislaufmehrbelastung und schliesslich zum Tod.

### **E. 16.2**

Missachtung einer Sorgfaltspflicht / Verletzung einer Garantenpflicht Es ist zu prüfen, ob der Beschuldigte eine Sorgfaltspflichtverletzung begangen hat. Im zu beurteilenden Fall bildet bei der Festlegung des individuellen Sorgfaltsmassstabes Ausgangspunkt, dass der Beschuldigte ein erfahrener laparoskopischer Chirurg ist, der nach seinen eigenen Angaben im Zeitpunkt des Vorfalles insgesamt ca. 2'000 bis 3'000 Patienten in dieser Form operiert hatte. Eine derartige Erfahrung auf diesem Gebiet schliesst notwendigerweise auch Erfahrungen mit der Nachbetreuung der Patienten mit ein. Ferner waren dem Beschuldigten mögliche Risiken nach einer solchen Operation, wie zum Beispiel eine Anastomoseninsuffizienz, bekannt. Der Beschuldigte besuchte G. \_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 um 16:00 Uhr, um diesen klinisch zu beurteilen. Zur Beruhigung der Situation wurde eine notfallmässige CT-Untersuchung des Abdomens / Beckens durchgeführt. Beweiswürdigend wurde festgehalten, dass in allen drei Gutachten im Hinblick auf die CT-Bilder auf die Menge freier Luft Bezug genommen und festgehalten wurde, dass ungewöhnlich viel freie Luft vorhanden bzw. das Ausmass der freien Luft viel zu gross gewesen ist. Dieses Ausmass der freien Luft wurde vom Beschuldigten unterschätzt. Zu den deutlichen Schlussfolgerungen der Gutachter kommt hinzu, dass die beobachtete Menge freier Luft den Beschuldigten ebenfalls störte. Störend waren für den Beschuldigten auch die Schmerzen von G. \_\_\_\_\_ sel. und die hohe («sehr viel») Menge des verabreichten Morphiums. Der Beschuldigte wusste, dass der postoperative Verlauf alles andere als üblich und vom Fast-Track-Schema abweichend verlief. Er bemerkte ferner die freie Menge Luft, welche er als störend empfand. Die Menge freier Luft war viel zu gross, um dies als normalen

62 postoperativen Befund 48 Stunden nach einer laparoskopischen Operation zu beurteilen. Sodann kann festgehalten werden, dass auch die AirSeal-Methode, welche sich im Rahmen der Beweiswürdigung als nachgeschoben herausstellte, nicht als Erklärung der übermässig vorhandenen Luft dienen konnte. Zu Gunsten des Beschuldigten ist zu berücksichtigen, dass keine direkten Anzeichen einer Nahtinsuffizienz vorlagen. Gemäss den Gutachten bestanden aber indirekte Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz. In seiner ersten Einvernahme schloss der Beschuldigte eine solche noch definitiv aus, um seine Aussagen anlässlich der Fortsetzungsverhandlung sodann zu relativieren, indem er ausführte, dass eine solche Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden könne. Der Beschuldigte verliess die Besprechung der CT-Bilder mit Dr. F. \_\_\_\_\_ mit dem Wissen, eine störende Menge Luft im Bauchraum von G. \_\_\_\_\_ sel. gesehen zu haben. Weiter musste er von noch immer nicht geklärten, starken und zu diesem Zeitpunkt störenden Schmerzen bei seinem Patienten ausgehen. Trotzdem zeigte sich der Beschuldigte von seiner Interpretation der CT-Bilder derart überzeugt, dass er G. \_\_\_\_\_ sel. und dessen Familie dahingehend beruhigte, dass derzeit kein Handlungsbedarf bestehe und er es deshalb als nicht für notwendig empfunden hat, weitere Abklärungen zu tätigen. Der Beschuldigte legte G. \_\_\_\_\_ sel. schliesslich eine Magensonde und verabreichte ihm weitere Schmerz- und Beruhigungsmittel. Der Beschuldigte musste aufgrund der CT-Untersuchung mithin alarmiert sein und wusste, dass mit seinem Patienten etwas nicht stimmte. Ob dies alleine

schon den Tatbestand zu erfüllen vermag, kann an dieser Stelle offen gelassen werden, da – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird – die Voraussetzungen für ein fahrlässiges unechtes Unterlassungsdelikt gegeben sind.

### **E. 16.2.1**

**Garantenstellung** Die Garantenstellung bildet den Kern des unechten Unterlassungsdelikts. Strafbar macht sich derjenige, der in einem bestimmten Verhältnis zu einem Rechtsgut steht. Nur dies kann eine Bestrafung für die Nicht-Verhinderung einer Verletzung oder Gefährdung des Rechtsgutes legitimieren. Hauptfrage der unechten Unterlassung ist also, wer für die Nicht-Verhinderung des Eintritts eines tatbestandsmässigen Erfolges strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann (NIGGLI/MUSKENS, a.a.O., N. 64 zu Art. 11 StGB). Die Garantenstellung und die Garantenpflicht des Beschuldigten werden seitens der Parteien nicht bestritten. Als behandelnder Arzt hatte er diese klarerweise inne.

### **E. 16.2.2**

**Unterlassung der pflichtgemässen Handlung** Aus der Garantenstellung ergibt sich, in der konkreten Situation, in der das betroffene Rechtsgut gefährdet wird, die Pflicht, eine besondere Handlung zum Schutze dieses Rechtsguts vorzunehmen. Aus der Rechtsgutgefährdung und der Garantenstellung entsteht also für den Garanten im Einzelfall eine Handlungspflicht. Die Unterlassung ist ein Negatives, nämlich eine Nicht-Vornahme einer sich im konkreten Fall aus der Garantenstellung ergebenden Handlungspflicht. Der Täter muss nicht gänzlich untätig bleiben. Es reicht aus, dass

63 er die Handlung, zu welcher er aufgrund seiner Garantenstellung verpflichtet wäre, nicht vornimmt. Ob er überhaupt keine oder eine andere Handlung vornimmt, bleibt unbeachtlich. Massgeblich ist einzig die Anknüpfung an der pflichtwidrig nicht vorgenommenen Handlung (NIGGLI/MUSKENS, a.a.O., N. 106 f. zu Art. 11 StGB). Das ergänzende Aktengutachten vom 23. Januar 2014 listete folgende mögliche Hinweise dafür auf, dass sich im Bauch von G. \_\_\_\_\_ sel. ein nicht natürlicher postoperativer Verlauf abgespielt hat und diese in ihrer Gesamtheit Anlass zur fun- dierten, ergänzenden Weiterabklärung gegeben hätten: Immer wieder starke Schmerzen trotz laufender Periduralanästhesie, ergänzende Gabe von Morphinum und Beruhigungsmitteln, Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Ten- denz, wiederholt deutlich tiefe Blutdruckwerte und CT-Abdomen mit deutlich freier Luft (pag. 360). Im konkreten Fall bestünde aus Sicht der Gutachter auch kein An- lass, an den mehrfachen und zudem von unterschiedlichen Personen dokumentier- ten Verlaufseinträgen von Schmerzmittel resistenten Schmerzen von G. \_\_\_\_\_ sel. zu zweifeln. Weiter hielt das ergänzende Aktengutachten fest, dass das Unter- lassen weiterführender Abklärungen begründe, dass in den Patientenakten keine weiteren objektivierbaren Hinweise auf die Bauchfellentzündung und deren Ursa- che dokumentiert seien. Dem Gutachter würden beispielsweise wesentliche ergän- zende objektive Hinweise, wie etwa die Fortsetzung der Körpertemperatur-Kurve/ -Werte im Anschluss an die letzte dokumentierte Messung mit einem Wert von 38.3°C um 14:45 Uhr am Mittwochnachmittag, dem 18. August 2010, fehlen. Es fehle auch eine gezielte ärztliche klinische Untersuchung des Bauches von G. \_\_\_\_\_ sel. am späteren Abend des gleichen Tages und damit verbunden auch eine allfällig erneute Standortbestimmung der Laborparameter im Vergleich zu den Werten von Mittwochmorgen, abgenommen um 09:35 Uhr (pag. 360). Das Gutachten hielt sodann fest, dass insgesamt nur Befunde dokumentiert seien, die in ihrer Gesamtheit einer weiterführenden gezielten Abklärung bedurft hätten

(pag. 361). Trotzdem hielt der Beschuldigte an seiner Meinung fest, dass absolut kein Handlungsbedarf zu einer weiteren Intervention bestanden habe, was er G. \_\_\_\_\_ sel. und dessen Familie auch so kommunizierte. Die Dokumentation der klinischen Anzeichen war mithin mindestens unvollständig. Dass G. \_\_\_\_\_ sel. wiederholt mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln behandelt wurde, ist insofern unbeachtlich, als dass erneut der eigentlichen Ursache der abermals auftretenden Schmerzen nicht weiter auf den Grund gegangen wurde. Vielmehr wurde G. \_\_\_\_\_ sel. abermals mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln behandelt, bis die Schmerzen gut erträglich gewesen sind. Dies obwohl der Beschuldigte aufgrund der anhaltenden Schmerzen erkannte, dass etwas «los» war und der postoperative Verlauf alles andere als normal verlief. Der Beschuldigte bestätigte sodann auch, dass er nicht gewusst habe, weshalb G. \_\_\_\_\_ sel. Schmerzen gehabt habe. Dessen ungeachtet blieben weitere Untersuchungen aus und es wurde lediglich Symptombekämpfung betrieben. G. \_\_\_\_\_ sel. hat das Fast-Track-Schema bereits früh verlassen, weshalb in dieser Situation nach der CT-Untersuchung eine neuerliche Laboruntersuchung hätte vorgezogen werden müssen. Im Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten ist eine solche Laboruntersuchung erwähnt. Beweiswürdigend wurde jedoch

64 festgehalten, dass den Patientenakten neben der am 18. August 2010 um 09:35 Uhr durchgeführte Laboruntersuchung keine weitere Untersuchung des gleichen Tages entnommen werden konnte und deshalb davon auszugehen ist, dass am Abend des 18. August 2010 keine weitere Laboruntersuchung angeordnet wurde. Offenbar wurde einzig die Temperatur von G. \_\_\_\_\_ sel. am Abend mit 37.7°C gemessen. Die wieder rückläufige Temperatur ändert jedoch nichts an den übrigen, immer noch vorhandenen Symptomen. Bezeichnend ist weiter, dass sich der Beschuldigte trotz dieser Umstände am Abend des 18. August 2010 um 21:00 Uhr nach einem Anruf der Lernenden mit der anschliessenden telefonischen Beruhigung des Patienten zufrieden gegeben hat. Wie die Vorinstanz zutreffend festhielt, telefonierte der Beschuldigte mit einem unter starken Medikamenten (Morphium und Temesta) stehenden Patienten, welcher gemäss seinen Familienangehörigen kaum ansprechbar war. Das ergänzende Aktengutachten hielt hierzu fest, dass G. \_\_\_\_\_ sel. die Fatalität des sich bei ihm anbahnenden Unheils nicht einmal in seinen Umrissen erkennen konnte. Es muss nochmals festgehalten werden, dass dies auch nicht Aufgabe des Patienten gewesen wäre. Der Beschuldigte beruft sich dagegen auf zahlreiche Richtlinien (Fast-Track, FIT, SIRS, qSOFA) sowie auf das damalige medizinische Fachwissen, wonach Observieren in diesem Fall das einzig richtige Vorgehen gewesen sei. Die Vorinstanz weist zu Recht auf die Gutachten hin, welche etwas anderes sagen. Es stelle eine (grobe) Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht dar, einen solchen frisch operierten Patienten mit ungeklärter Schmerzproblematik trotz Schmerztherapie und trotz störend viel freier Luft intraperitoneal nicht sofort ärztlich zu untersuchen oder untersuchen zu lassen (pag. 986, S. 44 der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Es kann nicht angehen, dass der Beschuldigte unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und seinem eigenen störenden Empfinden Schemen resp. Vorgaben vorschiebt und sich mit einem Telefongespräch mit einem sedierten, unter starken Schmerzmitteln stehenden Patienten zufrieden gegeben hat. In Übereinstimmung mit der Vorinstanz ist aufgrund der Gutachten davon auszugehen, dass – auch unter Berücksichtigung des Berufsrisikos eines Arztes sowie eines Beurteilungs- und Bewertungsspielraumes – unter den gegebenen Umständen (mit nicht geklärten postoperativen Schmerzen trotz Schmerztherapie, störender Menge Luft im Bauchraum, letzte Laborwerte von 09:35 Uhr desselben Tages, einer gemessenen Temperatur mehrheitlich an der Grenze zu Fieber und mehrmaligem

Kollabieren des Patienten) geboten und zumutbar gewesen wäre, G.\_\_\_\_\_ sel. weiter klinisch zu untersuchen oder untersuchen zu lassen, um überhaupt zu eruieren, ob weitere medizinischen Massnahmen notwendig gewesen wären. Der Beschuldigte hat damit nicht alle Handlungen vorgenommen, zu welchen er aufgrund seiner Garantenstellung verpflichtet gewesen wäre.

### E. 16.3

Hypothetische Kausalität Nicht jede Garantenpflichtverletzung zieht strafrechtliche Folgen nach sich. Ein un- echtes Unterlassungsdelikt liegt nur vor, wenn die Garantenpflichtverletzung zu ei-

65 ner tatbestandsmässigen Rechtsgutverletzung bzw. Gefährdung führt. Weil es zwi- schen einer unterlassenen Handlung und einer Verletzung bzw. Gefährdung keine reale, tatsächliche Kausalität geben kann, muss eine hypothetische Kausalität ge- prüft werden. Die garantenpflichtwidrig unterlassene Handlung ist für die Verlet- zung bzw. Gefährdung dann hypothetisch kausal, wenn die Vornahme der fragli- chen Handlung den Eintritt der Verletzung bzw. Gefährdung ausgeschlossen hätte. Die Prüfung dieser Frage muss nach den Regeln der natürlichen und der adäqua- ten Kausalität erfolgen (NIGGLI/MUSKENS, a.a.O., N. 109 f. zu Art. 11 StGB). Nach ständiger Praxis fordert die Rechtsprechung einen hohen Grad an Wahr- scheinlichkeit. Ein Unterlassen ist für die Verletzung oder Gefährdung eines straf- rechtlich geschützten Rechtsguts nur dann hypothetisch kausal, wenn die unterlas- sene Handlung nicht hinzugedacht werden kann, ohne dass der verpönte Erfolg höchstwahrscheinlich entfiere (natürliche Kausalität) und die Vornahme der unter- lassenen Handlung nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und den Erfahrungen des Lebens mit einem hohen Grad der Wahrscheinlichkeit ausgeblieben wäre (adäquate Kausalität) (NIGGLI/MUSKENS, a.a.O., N. 110 f. zu Art. 11 StGB). Die Verteidigung rügte, dass die vorinstanzliche Darstellung nicht stimme, wonach im vorliegenden Fall gemäss den Gutachtern klar davon ausgegangen werden könne, dass G.\_\_\_\_\_ sel. hätte überleben können, wenn er weiter untersucht und reoperiert worden wäre. Wie bereits im Rahmen der Beweiswürdigung festgehalten, vermögen die Aus- führungen der Verteidigung betreffend den zeitlichen Aspekt der Vorgehensweisen sowie die mit einer Reoperation einhergehenden Risiken nicht zu überzeugen. Die Gutachten gehen davon aus, dass G.\_\_\_\_\_ sel. bei weiteren Untersuchen und einer darauffolgenden Reoperation mit hoher Wahrscheinlichkeit überlebt hätte. Sie gehen vorsichtig geschätzt von einer Überlebenswahrscheinlichkeit von 80% (unter Berücksichtigung von 10% Spitalletalität) bei einem geschätzten Opera- tionsbeginn am 18. August 2010 um 18:00 Uhr und von einer Überlebenswahr- scheinlichkeit von etwa 50% bei einem Operationsbeginn um ca. 24:00 Uhr aus (pag. 177; pag. 287). Zutreffend ist, dass gewisse Schritte zur Vorbereitung einer Reoperation nebeneinander hätten erledigt werden können. So kann zum Beispiel der Operationssaal vorbereitet werden, während der Patient und seine Angehöri- gen aufgeklärt werden. Dasselbe gilt für das Aufbieten weiterer Mitarbeiter des Operationsteams. G.\_\_\_\_\_ sel. war um ca. 17:15 Uhr wieder auf der Station. Wäre im Anschluss daran eine Laboruntersuchung, welche unter diesen Umstän- den nur wenig Zeit in Anspruch nehmen dürfte, durchgeführt worden, so hätte an- schliessend eine Reoperation in die Wege geleitet werden können und wäre damit durchaus im Bereich des zeitlich Realisierbaren gelegen. Der Vorinstanz ist darin beizupflichten, dass in Kenntnis der Schlussfolgerungen des PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_, wonach die Entzündung im Todeszeitpunkt (Feststellung des Todes am 19.08.2010 um 06:25 Uhr) mindestens 24

Stunden alt gewesen war, klar davon auszugehen ist, dass eine weitere Laboruntersuchung um ca. 17:30 Uhr des 18. August 2010 (nach der CT-Beurteilung um 17:00 Uhr) entsprechende Hinweise auf eine Entzündung hätte geben müssen. Dasselbe ist von Blutdruck, Puls und Fieber anzunehmen. Dass bei G. \_\_\_\_\_ sel. abends eine Körpertemperatur von 37.7°C

66 gemessen wurde, vermag daran nichts zu ändern. Im Wissen um die bis dahin bestehenden Symptome sowie um die weiteren Entzündungszeichen hätte der Beschuldigte reagieren und G. \_\_\_\_\_ sel. reoperieren müssen. Hätte der Beschuldigte wie geboten die CT-Bilder sowie die gegebenen Befunde (mit nicht geklärten postoperativen Schmerzen trotz Schmerztherapie, störende Menge Luft im Bauchraum, Risiko einer Anastomoseninsuffizienz, letzte Laborwerte von 09:35 Uhr desselben Tages, einer gemessenen Temperatur mehrheitlich an der Grenze zu Fieber und mehrmaligem Kollabieren des Patienten) mit der zu erwartenden Sorgfalt analysiert und G. \_\_\_\_\_ sel. pflichtgemäss weiter ärztlich untersucht oder untersuchen lassen, hätten sich in den klinischen und laborchemischen Untersuchungen Befunde gezeigt, welche die Entzündung im Bauchraum von G. \_\_\_\_\_ sel. dokumentiert hätten. Der Beschuldigte hätte mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit das Ausmass der Anastomoseninsuffizienz und der damit einhergehenden Bauchfellentzündung erkannt und hätte umgehend eine Reoperation in die Wege geleitet. Mit einer Reoperation um ca. 18:00 Uhr hätte der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit (80%) überlebt. Selbst wenn G. \_\_\_\_\_ sel. erst gegen 19:00 Uhr anstatt um 18:00 Uhr operiert worden wäre, wäre die Überlebenschance nach wie vor hoch gewesen. Damit sind die vom Beschuldigten unterlassenen weiteren ärztlichen Untersuchungen für den Tod von G. \_\_\_\_\_ sel. hypothetisch kausal.

#### **E. 16.4**

**Vorwurfsidentität** Die Vorwurfsidentität wird in Art. 11 Abs. 3 StGB wie folgt umschrieben: Wer pflichtwidrig untätig bleibt, ist gestützt auf den entsprechenden Tatbestand nur dann strafbar, wenn ihm nach den Umständen der Tat derselbe Vorwurf gemacht werden kann, wie wenn er die Tat durch ein aktives Tun begangen hätte. Vorwurfsidentität verlangt, dass die unterlassene Handlung für den Täter überhaupt möglich gewesen wäre (Handlungsmöglichkeit oder Tatmacht). Die Vorwurfsidentität erfordert weiter, dass die Vornahme der unterlassenen Handlung vom Täter hätte erwartet werden dürfen (Zumutbarkeit; NIGGLI/MUSKENS, a.a.O., N. 120 f. zu Art. 11 StGB). Die Verantwortung der unterlassenen Umsetzung an notwendiger Sorge um das Wohlbefinden vom hospitalisierten und zudem frisch operierten Patienten fallen im konkreten Fall widerspruchlos in den Kompetenzbereich des primär behandelnden Arztes, d.h. konkret war der Beschuldigte verantwortlich. Die Verantwortung der Nachsorge oblag ihm. Der Beschuldigte war zum entscheidenden Zeitpunkt Dreh- und Angelpunkt für die weiteren Entscheidungen. Bei ihm sind alle Fäden zusammen gelaufen. Mithin sind sämtliche Voraussetzungen der Vorwurfsidentität erfüllt.

#### **E. 16.5**

**Fazit** Der Beschuldigte wusste um seine Garantenstellung, die daraus fließende Handlungspflicht im konkreten Fall sowie seine Handlungsmöglichkeit. Der Beschuldigte wusste, dass der postoperative Verlauf alles andere als normal und abweichend vom Fast-Track-Schema verlief. Weiter wusste der Beschuldigte um die störende

67 Menge Luft im Bauchraum von G. \_\_\_\_\_ sel. und von den bis zum Schluss vorhandenen und nicht geklärten, starken und zu diesem Zeitpunkt störenden Schmerzen seines Patienten. Trotz dieser Umstände verkannte der Beschuldigte den drohenden Erfolg. Er blieb in pflichtwidriger Unvorsichtigkeit untätig. Rechtfertigungs- oder Schuldausschliessungsgründe sind keine gegeben. Der Beschuldigte ist demnach der fahrlässigen Tötung, begangen am 18. August 2010 in K. \_\_\_\_\_ (Ort), zum Nachteil von G. \_\_\_\_\_ sel., schuldig zu erklären. V. Strafzumessung 17. Anwendbares Recht Der Beschuldigte hat sich der fahrlässigen Tötung, begangen am 18. August 2010, schuldig gemacht. Zwischen der Begehung dieser Tat und deren Beurteilung wurde das Schweizerische Strafgesetzbuch revidiert. Art. 117 StGB unterscheidet sich in seiner Fassung vom 1. Januar 2010 nicht von der heutigen Fassung. Dagegen wurde der allgemeine Teil per 1. Januar 2018 revidiert. Da der Beschuldigte vor dem Inkrafttreten des neuen Strafgesetzbuches delinquierte, die Beurteilung dieser Tat aber erst nach dessen Inkrafttreten erfolgt, ist das auf sie anwendbare Recht zu prüfen. Hat der Täter ein Verbrechen oder Vergehen vor Inkrafttreten des neuen Strafgesetzbuches begangen, erfolgt die Beurteilung aber erst nachher, so ist gemäss Art. 2 Abs. 2 StGB das neue Gesetz anzuwenden, wenn dieses für ihn das mildere ist. Der Vergleich der Schwere verschiedener Strafnormen ist nach der sog. konkreten Methode vorzunehmen, wonach sich umfassende Beurteilungen des Sachverhalts nach altem und nach neuem Recht gegenüberzustellen sind. Anzuwenden ist in Bezug auf ein und dieselbe Tat nur entweder das alte oder das neue Recht. Eine kombinierte Anwendung der beiden Rechte ist ausgeschlossen. Hat der Täter mehrere selbständige strafbare Handlungen begangen, so ist in Bezug auf jede einzelne Handlung gesondert zu prüfen, ob das alte oder das neue Recht milder ist. Gegebenenfalls ist eine Gesamtstrafe zu bilden (BGE 134 IV 82, S. 88, E. 6.2.1 und 6.2.3).

Ausschlaggebend ist, nach welchem der beiden Rechte der Täter für die gerade zu beurteilende Tat besser wegkommt (vgl. zum Ganzen TRECHSEL/VEST, in: Trechsel/Pieth [Hrsg.], Praxiskommentar, 3. Aufl. 2018, N 11 zu Art. 2 StGB mit Hinweisen; DONATSCH, Schweizerisches Strafgesetzbuch, 19. Aufl., S. 34 N 10 sowie BGE 126 IV 5 S. 8 – je mit Hinweisen). Der Gesetzesvergleich hat sich ausschliesslich nach objektiven Gesichtspunkten zu richten (BGE 134 IV 82, E. 6.2.2). Massgebend ist dabei das Ausmass der mit einer Sanktion verbundenen Beschränkung der persönlichen Freiheiten, namentlich der Bewegungsfreiheit, des Eigentums, der Ehre, der Betätigungsfreiheit und der Beziehungsfreiheit. Unter den möglichen Strafformen hat die Freiheitsstrafe als die strengste zu gelten, gefolgt von der Geldstrafe. Sind im Übrigen die Sanktionen im Einzelfall gleichwertig, so ist altes Recht anzuwenden (POPP/BERKEMEIER, in: Basler Kommentar zum Schweizerischen Strafgesetzbuch, 4. Aufl. 2019, N 20 zu Art. 2 StGB mit weiteren Hinweisen).

68 Die Kammer gelangt zum Schluss, dass im vorliegenden Fall das neue Recht im Ergebnis und in Anwendung auf das zu beurteilende Delikt nicht milder ist, weshalb in Anwendung von Art. 2 Abs. 2 StGB altes Recht anzuwenden ist. 18. Grundsätze der Strafzumessung und Strafrahmen Für die allgemeinen Grundsätze der Strafzumessung kann auf die zutreffenden Ausführungen der Vorinstanz verwiesen werden (pag. 988 f., S. 46 f. der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Die Strafkammern des Obergerichtes verfügen als Berufungsgericht über umfassende Kognition in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht (Art. 398 Abs. 2 und 3 StPO). Der Beschuldigte hat sich vorliegend der fahrlässigen Tötung schuldig gemacht. Der ordentliche Strafrahmen für den Tatbestand der fahrlässigen Tötung beträgt gemäss Art. 117 aStGB Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe. 19.

Objektive Tatkomponenten Unter dem Titel des Ausmasses des verschuldeten Erfolgs bzw. der Schwere der Verletzung des betroffenen Rechtsguts stellt die Kammer fest, dass G.\_\_\_\_\_ sel. am frühen Morgen des 19. August 2010 gestorben ist, nachdem ihm am 16. August 2010 vom Beschuldigten mittels Laparoskopie in einer lege artis verlaufenen Operation ein Stück Dickdarm entfernt und er unter dessen Verantwortung im Spital nachbetreut wurde. Das Ausmass des verschuldeten Erfolgs ist selbstredend bei fahrlässiger Tötung immer ausgesprochen gross und in diesem Sinne als tatbestandsimmanent und neutral zu berücksichtigen. Betreffend die Verwerflichkeit des Handelns hielt die Vorinstanz fest, dass der Beschuldigte als behandelnder Arzt in der wichtigen Nachbetreuung nach einer erfolgreichen Operation nicht untätig geblieben sei; so habe er doch die Durchführung der CT-Untersuchung, das Einlegen einer Magensonde, die Erhöhung der Dosis der Periduralanästhesie sowie die Abgabe von zusätzlichen Schmerzmitteln veranlasst (pag. 989, S. 47 der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Es trifft zu, dass der Beschuldigte sowohl die CT-Untersuchung als auch das Einlegen einer Magensonde angeordnet hat. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Beschuldigte die CT-Untersuchung primär zur Beruhigung von G.\_\_\_\_\_ sel. und dessen Familie veranlasste und nicht aufgrund der massiven Schmerzen von G.\_\_\_\_\_ sel. Er bezeichnete diesen als sehr ängstlich. Sodann erklärte der Beschuldigte, dass er diese CT-Untersuchung bei einem nicht so ängstlichen Patienten zu diesem Zeitpunkt gar nicht gemacht hätte (pag. 769, Z. 17 f.). Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschuldigte die massiven Schmerzen auf eben diese Angst und eine geringere Schmerztoleranz zurückführte, was angesichts der andauernden Schmerzbehandlung nur schwer nachvollziehbar erscheint. Dass G.\_\_\_\_\_ sel. wiederholt mit Schmerz- und Beruhigungsmitteln behandelt wurde, ist insofern unbeachtlich, als erneut der eigentlichen Ursache der abermals auftretenden Schmerzen nicht weiter auf den Grund gegangen wurde, sondern G.\_\_\_\_\_ sel. mit starken Schmerzmitteln behandelt wurde, bis die Schmerzen gut erträglich gewesen sind. Dies obwohl der Beschuldigte aufgrund der

69 anhaltenden Schmerzen erkannte, dass etwas «los» war und der postoperative Verlauf alles andere als normal verlief. Bezeichnend ist weiter, dass sich der Beschuldigte trotz dieser Umstände am Abend des 18. August 2010 um 21:00 Uhr nach einem Anruf der Lernenden mit der anschliessenden telefonischen Beruhigung des Patienten zufrieden gegeben hat. Es darf nicht angehen, dass der Beschuldigte unter Berücksichtigung sämtlicher Befunde und seinem eigenen störenden Empfinden Schemen resp. Vorgaben vorschreibt und sich mit einem Telefongespräch mit einem sedierten, unter starken Schmerzmitteln stehenden Patienten zufrieden gegeben hat. Im Verhältnis zum Strafrahmen bis drei Jahren Freiheitsstrafe ist aber noch von einem leichten Verschulden auszugehen. Die Kammer erachtet eine Strafe von 60 Strafeinheiten als dem Verschulden des Beschuldigten angemessen. 20. Subjektive Tatkomponenten Der Beschuldigte handelte fahrlässig, was beim Fahrlässigkeitsdelikt neutral zu werten ist. Das Mass der Pflichtwidrigkeit ist ein gewichtiger Strafzumessungsgrund, der in erster Linie bei Fahrlässigkeits- und unechten Unterlassungsdelikten zu berücksichtigen ist (WIPRÄCHTIGER/KELLER, in: Basler Kommentar, Schweizerisches Strafbuch, 4. Aufl. 2019, N. 118 zu Art. 47). Zu bewerten ist mithin das Ausmass der Sorgfaltspflichtverletzung. Der postoperative Verlauf verlief alles andere als normal und abweichend vom Fast-Track-Schema. Weiter war eine störende Menge Luft im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. vorhanden und es lagen die bis zum Schluss ungeklärt gebliebenen, starken und zu diesem Zeitpunkt störenden Schmerzen von G.\_\_\_\_\_ sel. vor. Diese

Umstände waren dem Beschuldigten bekannt. Dieser hat die Situation falsch eingeschätzt und sich von seiner Interpretation der CT-Untersuchung überzeugt genug gezeigt, dass er es nicht für notwendig hielt, weitere Abklärungen zu tätigen und den von äusserst starken Schmerzen und Todesängsten geplagten G. \_\_\_\_\_ sel. besser zu überwachen. Der Vorinstanz ist insofern zuzustimmen, als dass dem Beschuldigten nicht vorge- worfen werden könne, er habe gleichgültig oder rücksichtslos gehandelt. Es han- delt sich aber auch nicht um eine reine Unachtsamkeit. Die Gefahrenlage trat denn auch nicht plötzlich auf. Der Beschuldigte griff weder nach der CT-Untersuchung noch nach dem Telefongespräch vom 18. August 2010 um 21:00 Uhr ein. Der Be- schuldigte hätte, hätte er diesen Umständen genügend Aufmerksamkeit geschenkt und die notwendigen Massnahmen eingeleitet, den Tod von G. \_\_\_\_\_ sel. ver- meiden können. Das Verschulden des Beschuldigten ist gestützt auf das Ausmass der Pflichtwidrig- keit im Verhältnis zum Strafraumen als leicht zu bezeichnen. 21. Fazit zu den Tatkomponenten Die Kammer geht im Verhältnis zum Strafraumen insgesamt von einem leichten Tatverschulden des Beschuldigten aus. Die Kammer erachtet eine Strafe von 60 Strafeinheiten als dem Verschulden des Beschuldigten angemessen.

70 22. Täterkomponenten Betreffend die Täterkomponenten kann auf die Ausführungen der Vorinstanz ver- wiesen werden (pag. 990 f., S. 48 f. der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Der Beschuldigte ist nicht vorbestraft (pag. 1581). Das Vorleben und die persönlichen Verhältnisse geben zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass. Ergänzend ist fest- zuhalten, dass der Beschuldigte als Chirurg im Spital AA. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) arbeitet und sich sein Einkommen nach wie vor auf CHF 21'000.00 netto pro Monat beläuft. Weiter hat er Unterhaltsbeiträge von CHF 12'400.00 im Monat zu leisten (pag. 1576). Der Beschuldigte hat sich im Strafverfahren stets korrekt verhalten. Die Vorinstanz hielt zutreffend fest, dass er unmittelbar nach dem Tod von G. \_\_\_\_\_ sel. die diensthabende Untersuchungsrichterin zu erreichen versuchte und sich beim IRM meldete. Er erstellte sogleich auch ein Gedächtnisprotokoll, welches er der Untersuchungsrichterin am nächsten Tag zukommen liess (pag. 991, S. 49 der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Die Strafempfindlichkeit ist mit Blick auf seine berufliche Stellung und die Art des Delikts (fahrlässige Tötung) leicht erhöht. Insgesamt wirken sich die Täterkomponenten neutral aus. 23. Lange Verfahrensdauer Das Verfahren muss innert «angemessener Frist» beendet werden. Die Angemes- senheit der Verfahrensdauer wird angesichts der spezifischen Umstände des Fal- les und gemäss den relevanten Kriterien entschieden. Zu berücksichtigen sind et- wa die Schwere des Tatvorwurfs, die Komplexität des Sachverhalts, die dadurch gebotenen Untersuchungshandlungen, das Verhalten des Beschuldigten und das- jenige der Behörden sowie die Zumutbarkeit für den Beschuldigten. Scheint die Gesamtdauer völlig unverhältnismässig zu sein, kann eine Verletzung festgestellt werden, ohne dass andere Faktoren ausführlich berücksichtigt werden müssen. Nach der Rechtsprechung ist die lange Gesamtverfahrensdauer strafmindernd zu berücksichtigen, auch wenn sie keine Verletzung des Beschleunigungsgebots dar- stellt (SUMMERS, in: Basler Kommentar, Schweizerische Strafprozessordnung, 2. Aufl. 2014, N. 7 f. zu Art. 5). G. \_\_\_\_\_ sel. ist am 19. August 2010 verstorben, wobei noch gleichentags das polizeiliche Ermittlungsverfahren eröffnet wurde. Im Februar 2012 wurde das Ver- fahren auf den Beschuldigten ausgedehnt. Die Gesamtdauer des vorliegenden Ver- fahrens ist unverhältnismässig lang. Die Strafe ist daher um 10 Strafeinheiten auf

chungen eine gewisse Zeit beansprucht, so dass eine Reoperation um 18:00 Uhr am 18. August 2010 ohnehin nicht möglich gewesen wäre. Es sei darauf hinzuweisen, dass beweismässig gar nicht untersucht worden sei, welche Massnahmen möglich und angezeigt gewesen wären und wie sich diese auf den Zeitablauf ausgewirkt hätten. Weiter habe der Gerichtspräsident dem Beschuldigten die alleinige Tatmacht zugerechnet, ohne jedoch darüber Beweis geführt zu haben, welche weiteren Beteiligten hätten verfügbar sein müssen. Des Weiteren werde bestritten, dass der Beschuldigte seinen aus der Garantstellung folgenden Pflichten nicht nachgekommen sei. Nach gutachterlicher Feststellung habe aufgrund der Klinik, der Körpertemperatur, der Kreislaufverhältnisse und der Laborbefunde aus rein klinischer Sicht kein Verdacht auf das Vorliegen einer intraabdominalen Pathologie bestanden, welche am 18. August 2010 spätnachmittags eine sofortige chirurgische Revision erforderlich gemacht hätte. Mit Bezug auf die Schmerzen wies die Verteidigung des Beschuldigten darauf hin, dass es an Indizien gefehlt habe, die Schmerzen auf einen entzündlichen Vorgang zurückzuführen (harter Bauch, Loslassschmerz, Fieber, Entzündungswerte im Blut). Die freie Luft im Bauch sei mit der Operationstechnik AirSeal erklärbar gewesen (pag. 1604). Ex post – bei heutigem Wissensstand – hätte eine zusätzliche Laboruntersuchung am Abend des 18. August 2010 möglicherweise andere Aufschlüsse gebracht. Ex ante – beim klinischen Gesamtbild am Abend des 18. August 2010 – habe ein weiteres Beobachten vertretbar erschienen. Der Gerichtspräsident habe sich mit keinem Wort mit den Risiken einer Reoperation auseinandergesetzt. In der Beurteilung der Sorgfaltswidrigkeit wäre dies zwingend gewesen, weil die adäquaten Behandlungsmöglichkeiten unter Abwägung aller Risiken – worunter auch die Operationsrisiken fallen würden – hätten gewählt werden müssen. Darüber sei aber nicht Beweis geführt worden, weshalb es nicht zulässig sei, dem Beschuldigten eine Verletzung seiner Sorgfaltspflicht vorzuwerfen. Schliesslich begeben sich der Gerichtspräsident in Bezug auf die Ausführungen der Gutachter auf pag. 164 in Widersprüche zur Beweislage. Bei der AirSeal-Methode werde nach Angaben des Beschuldigten ca. die 10-fache Menge an CO<sub>2</sub> und Luft in den Bauchraum eingeblasen, als bei dem Verfahren, nach welchem die Gutachter sich ihre Meinung gebildet hätten. Weil Luft – im Gegensatz zu CO<sub>2</sub> – wesentlich langsamer resorbiert werde, verbleibe damit aber auch während längerer Zeit mehr freie Luft im Bauchraum. Damit wäre die Feststellung «relativ viel freie Luft» in der CT-Befundung auch zu relativieren und zwar dergestalt, dass die freie Luft als Restluft von der Operation gesehen werden dürfe. Es sei inkonsequent, wenn der Gerichtspräsident zwar anerkenne, dass ein Gutachten betreffend die Frage der Luftmenge im Bauchraum auf veralteter Literatur basiere, er aber anschliessend die gutachterlichen Schlüsse «zu viel Luft» trotzdem als korrekt anerkenne. Diese Beweiswürdigung erweise sich als widersprüchlich und sei deshalb willkürlich (pag. 1605). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei die hypothetische Kausalität nur zu bejahen, wenn die vom Garanten verlangte (letztlich unterlassene) Massnahme mit hoher bzw. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Abwendung des

## **E. 18**

Dezember 2013). Vorliegend wäre zunächst zu definieren, welche Massnahme nun konkret gefordert gewesen wäre. In der Anklageschrift sei dem Beschuldigten zur Last gelegt worden, «weitere ärztliche Untersuchungsmassnahmen» unterlassen zu haben. Hierzu könnten keine Prognosen gemacht werden. Gestützt auf die Anklage sei jedenfalls jede hypothetische Kausalität zu verneinen. Wenn der Gerichtspräsident – was letztlich dem Urteil in dieser Klarheit nicht zu entnehmen sei – davon ausgehe, nur eine Reoperation hätte

das Überleben von G. \_\_\_\_\_ sel. ermöglicht, so hätte er diese Wahrscheinlichkeit auf einen realistischen Zeitpunkt der Operation beziehen müssen. Der Schluss des Gerichtspräsidenten, die Erfolgsaussichten einer Operation von 80% würden den bundesgerichtlichen Anforderungen zur Bejahung der hypothetischen Kausalität genügen, erweise sich damit als bundesrechtswidrig. Dies gelte umso mehr, als bei korrekter zeitlicher Einordnung der (hypothetischen) ärztlichen Handlungen der frühestmögliche Zeitpunkt für die Operation sich nach hinten verschiebe mit der Folge, dass auch die Erfolgsaussichten abnehmen würden. Linear berechnet, um 5% pro Stunde (nämlich bis auf noch 50% im Falle einer Operation um Mitternacht), wobei sich eine foudroyant verlaufende Peritonitis auf die Erfolgsaussichten einer Operation eher exponentiell denn linear negativ auswirken dürfte. Dem Beschuldigten seien grundsätzlich zwei Handlungsoptionen zur Verfügung gestanden: Observieren oder Operieren. Am 18. August 2010 um 18:00 Uhr hätte es nach Feststellung der Gutachter am Gesamtbild dieser klinischen Indizien gefehlt. Demnach sei Observieren die Option der Wahl gewesen. Der Gerichtspräsident habe anerkannt, dass der Beschuldigte die Laparoskopie nach der sog. AirSeal-Methode durchgeführt habe. Er habe auch anerkannt, dass die Menge an Luft und CO<sub>2</sub> um ein Mehrfaches höher sei als bei anderen Techniken. Konkret fehle es an einer gutachterlichen Untersuchung, ob die am 18. August 2010 anlässlich der CT-Untersuchung von G. \_\_\_\_\_ sel. im Bauchraum feststellbare Luft mit der angewandten Operationstechnik in Übereinstimmung zu bringen ist. Damit liege eine Sachverhaltslücke vor, welche der Gerichtspräsident zum Nachteil des Beschuldigten und unter Verletzung der Unschuldsumutung gefüllt habe. Im Ergebnis erweise sich demnach, dass dem Beschuldigten ein fahrlässig begangenes Unterlassungsdelikt vorgeworfen werde, ohne ihm (I) die konkret unterlassene Massnahme zur Last zu legen und (II) ohne schlüssig aufzuzeigen, mit welcher Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit die unterlassene Massnahme den eingetretenen Erfolg vermieden hätte. Der Schuldspruch verletze damit Bundesrecht. Der Beschuldigte sei vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freizusprechen. Mit Eingabe vom 14. September 2018 reichte die Verteidigung namens des Beschuldigten ihre Replik ein. Darin nahm sie auf die einzelnen Ausführungen der Stellungnahme der Generalstaatsanwaltschaft sowie ihrer Anschlussberufung und schliesslich auf die Ausführungen der Straf- und Zivilklägerinnen Bezug und bestätigte den von ihr gestellten Antrag auf Freispruch des Beschuldigten vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung, angeblich begangen am 18. August 2010 in

## **E. 19**

K. \_\_\_\_\_ (Ort) zum Nachteil von G. \_\_\_\_\_ sel. (pag. 1672 ff.). Die Schlussbemerkungen datieren vom 16. November 2018 (pag. 1079 ff.). 11.2 Vorbringen der Generalstaatsanwaltschaft Die Generalstaatsanwaltschaft nahm mit Eingabe vom 15. Mai 2018 zur Berufungsbegründung des Beschuldigten Stellung und begründete ihrerseits die Anschlussberufung, welche sie auf die Strafzumessung beschränkte. Einleitend führte sie aus, dass zwischen dem ersten und zweiten Gutachten des IRM – entgegen der Auffassung des Beschuldigten – kein Widerspruch vorliege. Die Ausführungen in den Gutachten liessen sich mit dem unterschiedlichen Fokus erklären, welcher beim Ergänzungsgutachten vom 23. Januar 2014 auf den aus den Patientenakten objektivierbaren Hinweisen auf eine Entzündung der Bauchhöhle respektive deren Quantität und damit auf dem dokumentierten Verlauf gelegen sei. Die Gutachter hätten die immer wieder auftretenden Schmerzen, die Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Tendenz, die wiederholt deutlich tiefen Blutdruckwerte sowie das CT-Abdomen mit deutlich freier Luft als

dokumen- tierte, mögliche Hinweise erachtet, welche in ihrer Gesamtheit Anlass zur fundier- ten, ergänzenden Weiterabklärung gegeben hätten. Gleichzeitig verwiesen sie dar- auf, dass sich die relativ dünne Datenlage gerade mit dem Unterbleiben weiterer Abklärungen erkläre. Betreffend die Quantität seien die Gutachter zum Schluss ge- langt, dass «schlichtweg das ansonsten, üblicherweise vorliegende Datenmaterial zu klinischen und laborchemischen Untersuchungen» fehle. Betreffend die kontinu- ierlich steigende Körpertemperatur verwies die Generalstaatsanwaltschaft auf das von den Gutachtern einkopierte «Blatt Nr. 3 Datum 18.08.2010». Bezugnehmend auf den zeitlichen Aspekt einer möglichen Operation erwiderte die Generalstaats- anwaltschaft, wenn dem tatsächlich so wäre – wie vom Beschuldigten dargelegt – so seien echte Notoperationen (z.B. Opfer einer Messerattacke) unvorstellbar. In der Auflistung des Beschuldigten werde ausgeblendet, dass gewisse Schritte ne- beneinander erledigt werden könnten (pag. 1633). Es sei der Vorinstanz zuzustim- men, dass zu jenem Zeitpunkt – als G.\_\_\_\_\_ sel. um 17:15 Uhr wieder auf der Abteilung gewesen sei – ein Labor hätte durchgeführt werden müssen. Dieses hät- te aufgrund des Umstandes, dass die Entzündung mindestens 24 Stunden benötigt habe, um das von den Rechtsmedizinern festgestellte Bild zu präsentieren ent- sprechend alarmierende Werte angeben müssen. Labor und Vorbereitungszeit ein- gerechnet wäre eine Notoperation um ca. 18:00 Uhr durchaus im Bereich des zeit- lich Realisierbaren gelegen – zumal dieser Zeitpunkt von den Gutachtern veran- schlagt worden sei. Insgesamt hätten ihre Ausführungen gezeigt, dass im Fall des Beschuldigten weder bei der Würdigung der Gutachten noch der zeitlichen Gege- benheiten von Willkür die Rede sein könne (pag. 1634). Zu den Ausführungen im Rahmen der rechtlichen Würdigung des Beschuldigten hielt die Generalstaatsanwaltschaft fest, es treffe nicht zu, dass die Vorinstanz nicht dargelegt hätte, welche Handlung wann erforderlich gewesen wäre. Sowohl was gefordert gewesen wäre (Laboranalyse, Blutdruck-, Puls- und Fiebermessung) als auch wann diese hätte erfolgen müssen (ca. 17:30 Uhr) sei dem Urteil zu entneh- men (pag. 1634 f.).

## **E. 20**

Was die bestrittene alleinige Tatmacht angehe, so sei auf das Ergänzungsgutach- ten vom 23. Januar 2014 (S. 13) zu verweisen. Ergänzend hielt die Generalstaats- anwaltschaft fest, entscheidend sei, dass der Beschuldigte im fraglichen Moment für die Nachsorge verantwortlich gewesen sei und trotz bestehender objektiver An- zeichen seine Interpretation des CT nicht im Geringsten in Zweifel gezogen und keinen Anlass für weitere Abklärungen gesehen habe. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung gehöre es zur Sorgfaltspflicht des Arztes, dass er bei der Feststel- lung und Beurteilung gesundheitlicher Störungen die erforderlichen Mittel und Er- kenntnisquellen nutze. Mehrdeutige Krankheitsbilder müsse er durch die ihm zur Verfügung stehenden Mittel aufklären. Eine solche unklare Situation sei mit Blick auf die gutachterlich festgestellten objektiven Hinweise in ihrer Gesamtheit vorge- legen. Die Schmerzen seien so stark gewesen, dass G.\_\_\_\_\_ sel. die Befürch- tung geäußert habe, er müsse sterben, wenn niemand etwas mache. Dieser Aus- gangslage hätte auf den Grund gegangen werden müssen. Das Argument der fehlenden Auseinandersetzung mit den Risiken einer Reoperati- on gehe an der Sache vorbei. Es gehe nicht darum, dass sich der Beschuldigte aufgrund einer falschen Abwägung gegen eine Reoperation entschieden hätte, sondern dass es erst gar nicht so weit habe kommen können, weil die erforderli- chen Abklärungen nicht erhoben respektive nicht in die Wege geleitet worden sei- en, welche ihn überhaupt erst in die Lage versetzt hätten, zusammen mit dem Pati- enten oder dessen Angehörigen die

entsprechenden Abwägungen vorzunehmen und über eine sofortige Reoperation zu entscheiden (pag. 1635). Betreffend die Menge freier Luft gelte es dem Beschuldigten entgegenzuhalten, dass er selbst, anlässlich seiner ersten Einvernahme ausgeführt habe «Was mich störte, war die Menge Luft. [...] Aber mich störte es. Es gibt dann indirekte Zeichen bei einer Anastomoseinsuffizienz.». Erst anlässlich der Hauptverhandlung habe er das Argument der AirSeal-Methode zum ersten Mal vorgebracht. Wenn die Luft tatsächlich derart klar kein Kriterium darstelle, dann sei es nicht erklärbar, warum der Beschuldigte dies nicht von Beginn an so geschildert habe, sondern im Gegenteil selbst angegeben habe, dass ihn die Menge Luft gestört habe. Die Argumentationsschiene der AirSeal-Methode sei augenscheinlich nachgeschoben. Auch die von den Gutachtern mit den CT-Bildern konfrontierten Ärzte seien – ohne Kenntnis des Gutachtensfalls – zum Schluss gekommen, dass bei einer solchen Sachlage unbedingt nach einer Erklärung für die freie Luft gesucht werden müsse. Zur hypothetischen Kausalität verwies die Generalstaatsanwaltschaft auf ihre bereits gemachten Ausführungen betreffend die zeitlichen Verhältnisse sowie die Unklarheit der geforderten Massnahmen. Ergänzend hielt sie fest, dass es vorliegend um die Beurteilung eines hypothetischen, also angenommenen Kausalverlaufs, gehe, was eine ganz andere Ausgangslage darstelle als im vom Beschuldigten herangezogenen Bundesgerichtsentscheid BGE 96 II 314. Das Bundesgericht bejahe zwischen Unterlassung und Erfolg einen hypothetischen Kausalverlauf, wenn bei Vornahme der gebotenen Handlung der Erfolg mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten wäre (pag. 1636 f.). Zu Recht habe sich das Bundesgericht diesbezüglich bis dato nicht auf einen numerischen Prozentsatz festgelegt. Dem Beschuldigten sei jedenfalls insofern zu widersprechen, als dass 80%

## **E. 21**

nicht als hoher Grad einzustufen sei. Teile man die hundert Prozent in drei gleich grosse Bereiche ein (tief, mittel, hoch), so liege der hohe Bereich im oberen Drittel, also über 66,66%. 80% sei dabei klar in diesem letzten, hohen Bereich anzusiedeln. Auch dem Argument des Beschuldigten, der Patient wäre bei einer Aufklärung mit einem Letalitätsrisiko von 20% nicht einverstanden gewesen, verdrehe die Optik. Zur Beurteilung stehe eine Notsituation, in welcher eine 100-prozentige Mortalität im Falle des Untätigbleibens einer 20-prozentigen Mortalität bei einem Eingriff gegenüber gestellt werden müsse (pag. 1637). Den vom Beschuldigten vorgebrachten Handlungsoptionen (Observieren oder Operieren), wobei Observieren die fragliche Option gewesen sei, entgegnete die Generalstaatsanwaltschaft, dass Observieren nur möglich sei, wenn Daten regelmässig gemessen, überwacht und kontrolliert würden, sprich wenn man am Patienten und seinen Problemen dran bleibe. Wie von den Gutachtern moniert, breche die Dokumentation am 18. August 2010 um 14:45 Uhr ab. Dasselbe gelte für den späteren Zeitpunkt um ca. 21:00 Uhr. Ein Telefonat mit einer Lernenden der Pflege sowie mit einem sedierten, unter stärksten Schmerzmitteln stehenden Patienten ergebe kein klinisch zuverlässiges Bild. Von Observieren, worüber der Beschuldigte als behandelnder Chirurg und Chefarzt die Verantwortung gehabt habe, könne nicht gesprochen werden (pag. 1637). Die eigene Anschlussberufung beschränkte die Generalstaatsanwaltschaft auf die Strafzumessung. Es werde eine Geldstrafe von 120 Tagessätzen zu CHF 130.00 beantragt. Das objektive Tatverschulden sei höher zu gewichten. Es sei davon auszugehen, dass der Beschuldigte zu wenig unternommen habe, um gemäss seiner ärztlichen Pflicht den objektiven Hinweisen für eine Bauchfellentzündung bei G.\_\_\_\_\_ sel., insbesondere den wiederholt aufgetretenen massiven Schmerzen, nachzugehen, so dass der Ernst der Lage

hätte erkannt und die dringend notwendige Massnahme (operative Herdsanierung) hätte vorgenommen werden können. Der Beschuldigte sei auch der von ihm gewählten Option «Observieren» nicht nachgekommen (pag. 1638). Der Beschuldigte sei nicht nur für die Operation, sondern auch für die Nachbetreuung voll verantwortlich gewesen und habe damit eine Garantenstellung inne gehabt. Obwohl der Beschuldigte gewusst habe, dass der postoperative Verlauf nicht dem Fast-Track-Schema entsprochen habe, habe ihn dies nicht dazu veranlasst, den massiven Beschwerden von G. \_\_\_\_\_ sel. auf den Grund zu gehen. Es habe für einen derart erfahrenen Arzt offensichtlich gewesen sein müssen, dass etwas nicht in Ordnung gewesen sei. Die massiven Schmerzen seines Patienten habe sich der Beschuldigte lapidar mit einer geringen (subjektiven) Schmerztoleranz erklärt, was angesichts der Schmerzbehandlung (Periduralanästhesie sowie zusätzlicher, relativ hochdosierter Morphiumgabe) schwer nachvollziehbar sei (pag. 1638). Bei der CT-Untersuchung sei es in erster Linie darum gegangen, mögliche Hinweise auf eine Anastomoseinsuffizienz zu erkennen und nicht dem Patienten die Angst zu nehmen. Vor diesem Hintergrund könne der Vorinstanz bei der subjektiven Tatschwere nicht gefolgt werden, dass der Beschuldigte die Situation in der Nachbetreuung leider etwas falsch eingeschätzt habe. Er sei von seiner Interpretation des CT derart überzeugt gewesen, dass er es nicht notwendig empfunden

## **E. 22**

habe, weitere Abklärungen zu tätigen, insbesondere den von äusserst starken Schmerzen und Todesängsten geplagten Patienten besser zu überwachen (pag. 1639). Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen des Beschuldigten würden dazu führen, dass bei ihm ein höherer Sorgfaltsmassstab angewendet werde als bei einem weniger erfahrenen Arzt. Die Gefahrenlage sei auch nicht plötzlich aufgetreten, sondern habe sich schleichend im Bauchraum des Verstorbenen zugespitzt. Der Beschuldigte hätte, zeitlich betrachtet, zwei Chancen gehabt (die erste nach dem CT um ca. 17:15 Uhr und die zweite anlässlich des Telefongesprächs um ca. 21:00 Uhr), um in den unheilvollen Kausalverlauf einzugreifen. Beide seien ungenutzt verstrichen. Es sei mit dem Gutachten einig zu gehen, dass dies eine grobe Verletzung der Sorgfaltspflicht darstelle (pag. 1639). In Würdigung der objektiven und subjektiven Tatkomponenten erachtet die Generalstaatsanwaltschaft 120 Strafeinheiten als dem Verschulden des Beschuldigten angemessen. Die Täterkomponenten würden sich neutral auswirken, weshalb es bei 120 Strafeinheiten bleibe. Die Straftat sei Geldstrafe und die Tagessatzhöhe sei von der Vorinstanz zu Recht auf CHF 130.00 festgesetzt worden. Der Vollzug der Strafe sei bei einer Probezeit von zwei Jahren aufzuschieben (pag. 1639 f.). Die Generalstaatsanwaltschaft verzichtete mit Eingabe vom 29. Oktober 2018 auf eine Duplik (pag. 1692 f.). 11.3 Vorbringen der Straf- und Zivilklägerinnen Unter dem Titel Vorbemerkung hielt der unentgeltliche Rechtsbeistand namens der Straf- und Zivilklägerinnen fest, dass Ausgangspunkt für das Mass der anzuwendenden Sorgfalt die den Arzt treffende allgemeine Pflicht darstelle, die Heilkunst nach erkannten Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft und Humanität auszuüben. Alles zu unternehmen, um den Patienten zu heilen und alles zu vermeiden, was ihm schaden könnte. Der Arzt verletze seine Pflicht nur dort, wo er eine Diagnose stelle bzw. eine Therapie wähle, die nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheine und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genüge (pag. 1646 f.). Auch gemäss den Straf- und Zivilklägerinnen würden zwischen den Gutachten keine Widersprüche vorliegen. Das Ergänzungsgutachten und das ergänzende Aktengutachten würden sich auf die verfeinerte und korrekte

Sachverhaltsermittlung stützen. Die Gutachter hätten sich in diesen Gutachten auf den erhobenen (und schlussendlich unbestrittenen) Sachverhalt gestützt und seien dann zu ihrer Einschätzung gekommen. Diese Einschätzung sei zudem in einer Deutlichkeit erfolgt, die in medizinischen Gutachten äusserst selten anzutreffen sei (pag. 1652). Hinsichtlich des zeitlichen Aspekts sei kein Fehler, geschweige denn Willkür ersichtlich. Hätte der Beschuldigte nach der CT-Untersuchung pflichtgemäss gehandelt, wäre eine Reoperation spätestens um 19:00 Uhr möglich gewesen, so dass die Überlebenschancen immer noch zwischen 75% und 80% gelegen hätte. Ferner habe es der Beschuldigte – obwohl ihn beim Betrachten der CT-Bilder die Menge vorhandener Luft gestört habe – unterlassen, mit dem Radiologen die Möglichkeit eines diagnostischen Kontrasteinlaufs zu diskutieren (pag. 1652).

### **E. 23**

Der unentgeltliche Rechtsbeistand der Straf- und Zivilklägerinnen hielt fest, dass – neben den klaren Aussagen in den ärztlichen Gutachten – eine Vielzahl von Indizien und Umständen im Ergebnis klar belegen würden, dass der Beschuldigte pflichtwidrig unvorsichtig gehandelt habe. Dabei zählte dieser die ausserordentlich grosse Menge an intraperitonealer Luft von mindestens 300 ml 48 Stunden nach der laparoskopischen Sigmaresektion, die heftigen Schmerzen, den sehr aufgeblähten Bauch, den alles andere als normal und erwartet erfolgten frühpostoperativen Verlauf und die mehrfach geäusserten Todesängste auf. Zudem habe der Beschuldigte selbst zu Protokoll gegeben «Wenn Sie einen Patienten nach einer solchen Operation haben, welcher Schmerzen hat, weiss man, dass irgendetwas „los“ ist. Die meisten Patienten sind nach dieser Operation schmerzfrei.». Gegenüber der Ehefrau von G.\_\_\_\_\_ sel. habe der Beschuldigte geäussert, dass er nicht zufrieden sei mit der Tatsache, dass diesem nach der Operation Morphin verabreicht werde. Der Beschuldigte habe postoperativ selbst festgestellt, dass G.\_\_\_\_\_ sel. nicht im normalen postoperativen Schmerzsystem gelaufen sei, sondern viel mehr Morphium gehabt habe als normal. Sie hätten es nicht gerne, wenn ein Patient von Anfang an Schmerzen habe. Der Rechtsmediziner P.\_\_\_\_\_ habe zu Protokoll gegeben, dass die Todesursache eine maximal ausgeprägte Bauchfellentzündung gewesen sei und dass diese Bauchfellentzündung schwerste Schmerzen und eine Verhärtung der Bauchdecke zur Folge gehabt haben müsse. Dies korreliere mit den Äusserungen von C.\_\_\_\_\_, wonach sie ihrem Ehemann nicht einmal die Hand auf den Bauch legen können, so weh habe es ihm getan. Ihr Ehemann habe sich ebenfalls dahingehend geäussert, dass sich die Schmerzen in Richtung Blase und Nieren ausbreiten würden. Umso verständlicher, dass der Beschuldigte anlässlich der diversen klinischen Untersuchungen des Patienten jeweils festgestellt haben will, dass der Abdominalbereich «unauffällig» gewesen sei. Bereits darin liege ein pflichtwidriges Verhalten seitens des Beschuldigten. Pflichtwidrig sei schliesslich auch das Verhalten des Beschuldigten, wonach dieser am 18. August 2010 – obwohl G.\_\_\_\_\_ sel. über stärkste Schmerzen und Todesangst geklagt habe – das letzte Labor um 09:35 Uhr habe machen und danach nichts mehr habe untersuchen lassen. Der CRP-Wert wäre dann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nochmals massiv gestiegen und hätte allenfalls ein weiteres Indiz für die Notwendigkeit einer dringlichen Reoperation dargestellt (pag. 1653 ff.). Analog dem erstinstanzlichen Urteil sei die Zivilforderung gegen den Beschuldigten dem Grundsatz nach gutzuheissen und auf den Zivilweg zu verweisen (pag. 1655). Die Straf- und Zivilklägerinnen nahmen mit Eingabe vom 2. November 2018 nochmals Stellung. Dabei gingen sie auf das Argument der angeblichen Willkür der Gutachten und die neuen resp.

weiteren Ausführungen der Verteidigung in deren Replik ein. Abschliessend wirft der Rechtsbeistand namens der Straf- und Zivilklägerinnen die Frage auf, ob der Beschuldigte im vorliegenden Fall die Operation nach der grösstmöglichen Sorgfalt vorgenommen und auch die postoperative Phase nach den Regeln der ärztlichen Kunst begleitet habe. Diese Frage verneinte er mit Verweis auf das Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013 und das ergänzende Aktengutachten vom 23. Februar 2014 (pag. 1694 ff.).

## **E. 24**

### 12. Beweiswürdigung der Kammer

## **E. 25**

dass sie sich in der ganzen Situation völlig hilflos gefühlt habe und der Anblick ihres verstorbenen Ehemannes, welcher sich vor Schmerzen gekrümmt habe und kollabiert sei, fast nicht zu ertragen gewesen sei (pag. 21 f.). Die Tochter, D.\_\_\_\_\_, vermochte sich zudem noch daran zu erinnern, wie ihnen der Beschuldigte von einer 80-jährigen Frau erzählt habe, welche die gleiche Operation gehabt habe und bereits wieder auf den Beinen sei. Dies habe ihr Gefühl, dass etwas bei ihrem Vater nicht stimmen könne, nochmals bestätigt. Der Beschuldigte habe sich darüber offenbar keine Gedanken gemacht (pag. 24). Ebenfalls schilderte sie, dass ihnen der Beschuldigte nach der CT-Untersuchung mitgeteilt habe, es sehe alles normal aus und dass kein Handlungsbedarf bestehe. Es befände sich Luft im Bauch, welche die grossen Schmerzen auslösen würde, weshalb eine Magensonde gelegt worden sei (pag. 23). Am Abend des 18. August 2010 habe sie das Pflegepersonal auf eine Verlegung ihres Vaters in ein anderes Spital angesprochen. Sie habe das Gefühl gehabt, dass ihr Vater nicht ernst genommen worden sei. Daraufhin habe es ein Telefongespräch zwischen dem Beschuldigten und ihrem Vater gegeben, wobei sie nicht über den Inhalt des Gesprächs informiert worden sei. Passiert sei aber nichts (pag. 24). Sie habe aufgrund eines schlechten Gefühls die Nacht im Spital bei ihrem Vater verbringen wollen. Da ihr die Pflegerin mitgeteilt habe, dass dieser unbedingt Ruhe benötige, sei sie mit einem ungewissen und ungunstigen Gefühl schliesslich nach Hause gefahren (pag. 24). Die Privatklägerinnen bestätigten in ihren Einvernahmen ihre Gedächtnisprotokolle (pag. 66; pag. 73). Alle Befragten schilderten eindrücklich, wie sie G.\_\_\_\_\_ sel. nach der Operation erlebt hätten. Dieser habe immer wieder unter starken Schmerzen gelitten, sei kollabiert, habe erbrochen und Todesängste geäussert. Er habe die Schmerzen primär im Bauch lokalisiert, aber auch ausstrahlend in den Intimbereich, in die Herzgegend und in den Bereich des Schlüsselbeins. C.\_\_\_\_\_ führte zudem aus, dass G.\_\_\_\_\_ sel. gesagt habe, es sei ein unaushaltbarer Schmerz und er diesen fast nicht mehr ertrage. Es habe ihn fast zerrissen. Sie habe ihm nicht einmal die Hand auf den Bauch legen können. Es habe ihm so sehr wehgetan (pag. 67, Z. 96-100). Allen ist der stark geblähte Bauch aufgefallen. Übereinstimmend schilderten sie, dass sie nur mit den Pflegenden und dem Beschuldigten gesprochen hätten. Es habe kein Gespräch mit Dr. F.\_\_\_\_\_ stattgefunden. Die Ergebnisse der CT-Untersuchung seien mit dem Beschuldigten angesprochen worden. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ gaben die Rückmeldung zu der CT-Untersuchung durch den Beschuldigten übereinstimmend wieder. Dieser habe erklärt, dass G.\_\_\_\_\_ sel. viel Luft im Bauch gehabt habe. Es sei eine Magensonde gelegt worden und durch diese hätte sich diese Luft reduzieren und der Schmerz zurückgehen sollen. (pag. 68, Z. 133 f.; pag. 74, Z. 71-74). Sie schilderten, dass das Pflegepersonal etwas überfordert gewesen sei mit der Situation und sie sich nicht ernst genommen gefühlt hätten, weshalb sie auch eine Verlegung von G.\_\_\_\_\_ sel. in das W.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) in Erwägung gezogen

hätten. D.\_\_\_\_\_ bestätigte aus ihrem Gedächtnisprotokoll, dass es am 18. August 2010 ein Telefongespräch zwischen G.\_\_\_\_\_ sel. und dem Beschuldigten gegeben hätte. Sie sei während des Gesprächs neben ihm im Bett gesessen. Ihr Vater habe aber nicht so viel sagen können. Er habe einfach «mhm» und «ja» gesagt.

#### **E. 26**

Februar 2013 (pag. 278 ff.). Aufgrund durchgeführter Einvernahmen und übereinstimmender Aussagen von Dr. F.\_\_\_\_\_ und dem Beschuldigten habe festgestellt werden können, dass diese die CT-Bilder unmittelbar im Anschluss an die CT-Untersuchung vom 18. August 2018 am Bildschirm gemeinsam angeschaut und besprochen hätten. Dies stellte Anlass dazu dar, ein weiteres Gutachten erstellen zu lassen. In Ergänzung des im ersten Gutachten geschilderten Sachverhalts sollten die Gutachter diesen Umstand der gemeinsamen Besprechung der CT-Bilder bei der Erstellung des Ergänzungsgutachten berücksichtigen (pag. 264; Ergänzungsgutachten vom 26.02.2013, pag.

#### **E. 27**

278 ff.). Auch in diesem Gutachten galt es konkret gestellte Fragen zur Todesursache und zu einem ärztlichen Fehlverhalten zu beantworten. - Das ergänzende Aktengutachten des IRM vom 23. Januar 2014 (pag. 351 ff.). Aufgrund sich seitens der Parteien stellenden Ergänzungsfragen zur angegebenen Todesursache wurde das IRM mit einem weiteren Ergänzungsgutachten beauftragt. In diesem Gutachten galt es konkret die Fragen «Wo finden sich in den Patientenakten die objektivierbaren Hinweise auf die Entzündung in der Bauchhöhle, welche gemäss gutachterlicher Feststellung zum Tod durch akutes Herzversagen geführt haben (vgl. Beurteilung auf S. 10 Mitte des IRM-Gutachtens vom 11.02.2011)?» sowie «In welcher Quantität lagen Hinweise für die gutachterlich festgestellte Entzündung in der Bauchhöhle vor?» zu beantworten. - Die Aussagen von PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ (pag. 647 ff.). Die Schlüssigkeit der Todesursache, die vom IRM im Gutachten vom 11. Februar 2011 festgestellt worden war, wurde seitens der Verteidigung in Zweifel gezogen. Aufgrund auch seitens der Staatsanwaltschaft festgestellter Unstimmigkeiten zwischen den ersten Befunden (Obduktion und Histologieprotokoll vom 11.02.2011) und den Befunden im Histologieprotokoll vom 28. Januar 2014 wurde PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ am 14. Oktober 2014 als Zeuge einvernommen (pag. 647 ff.).

#### **E. 28**

ven Aufklärungsgespräch vom 2. August 2010 in der Sprechstunde des Beschuldigten sei das Risiko einer Stomaanlage (künstlicher Darmausgang) <2% erwähnt worden, was etwa bei der Hälfte der Nahtinsuffizienzen erforderlich werde. Die Gutachter teilten die Nahtinsuffizienzen in eine frühe foudroyant verlaufende Insuffizienz am 1. bis 3. postoperativen Tag und in eine chronisch verlaufende und prognostisch günstigere Spätinsuffizienz ein, die sich am 4. bis 8. postoperativen Tag manifestiere. Bei G.\_\_\_\_\_ sel. habe ganz klar eine frühe foudroyant verlaufende Insuffizienz vorgelegen. Wegen Fehlen von Verwachsungen und Verklebungen genüge schon ein kleines Leck an der Anastomose zum Austritt von zumeist flüssigem Darminhalt und Darmgasen in die freie Bauchhöhle. Frühinsuffizienzen seien viel gefährlicher und würden unbehandelt in aller Regel zum Tode führen (pag. 279). Der Allgemeinzustand und das vergleichsweise jugendliche Alter des Verstorbenen würden nicht vor einer foudroyanten Sepsis schützen. Aufgrund der Akten gelangten die Gutachter zum Schluss, dass der frühpostoperative

Verlauf alles andere als normal und erwartet erfolgt sei. Der Patient habe immer wieder zum Teil heftige Schmerzen beklagt. Gemäss dem Gedächtnisprotokoll der notfallmässig beigezogenen Anästhesieärztin Dr. Q.\_\_\_\_\_ habe diese am 18. August 2010 einen Patienten mit Schmerzen im unteren Abdominalbereich und perianal (in der Gegend des Afters) vorgefunden. Eine klinische Untersuchung ihrerseits habe ein druckdolentes Abdomen, weich, kein Loslassschmerz und wenig Darmgeräusche gezeigt. Sie habe nochmals Morphin subkutan verabreicht. Aufgrund des PCA/PDA/PNB-Überwachungsblatts Nr. 3 sei der Patient am 18. August 2010 von 09:00 Uhr bis 11:30 Uhr deutlich hypoton mit Blutdruckwerten von 90-100/60-70 mmHg gewesen, gleichzeitig sei die Körpertemperatur von 38.0°C um 09:30 Uhr auf 38.3°C um 14:45 Uhr gestiegen. Dem Gedächtnisprotokoll des Pflegefachman- nes R.\_\_\_\_\_ könne ebenfalls entnommen werden, dass es dem Patienten den ganzen Tag nicht sonderlich gut gegangen sei in puncto Schmerzproblematik. Gemäss dem Einvernahmeprotokoll vom 20. Dezember 2011 habe der Beschuldig- te bestätigt «wenn Sie einen Patienten nach einer solchen Operation haben, wel- cher Schmerzen hat, weiss man, dass irgendetwas „los“ ist. Die meisten Patienten, die so operiert werden, sind meistens schmerzfrei. Er hatte Schmerzen. Er war sehr ängstlich.» Aufgrund der Pflegedokumentation habe er zusätzlich zur Rü- ckenmarkbetäubung 8 mg Morphin subkutan am 18. August 2010 um 07:00 Uhr, um 19:45 Uhr und am 19. August 2010 um 01:00 Uhr erhalten. «Hinweise genug, dass irgendetwas los war». Hinweise genug auch für die Durchführung der notfall- mässigen CT-Untersuchung. Schliesslich kann dem Gutachten entnommen wer- den, dass der zeitliche Verlauf ungewöhnlich erscheinen vermöge, für eine fou- droyant verlaufende Sepsis aber durchaus typisch sei. Aufgrund der Akten müsse davon ausgegangen werden, dass 24 Stunden vor dem Ableben das septische Zu- standsbild mit der persistierenden Hypotonie, den Schmerzen und den steigenden Körpertemperaturen begonnen habe (pag. 280). Das ergänzende Aktengutachten vom 23. Januar 2014 bezieht sich im Hinblick auf die Todesursache auf das Obduktionsprotokoll in Verbindung mit dem Gutachten vom 11. Februar 2011. Darin heisse es, dass das gesamte Bauchfell mit gelb- grünen schleimigen Belegen versehen gewesen sei. Die Gutachter merkten hierzu an, dass diese autoptische Beschreibung für das Vorliegen einer ausgedehnten

#### **E. 29**

Bauchfellentzündung sprechen würde. In der klinischen Praxis werde diesbezüglich auch von einer Vier-Quadranten-Peritonitis gesprochen, was ein schwerwiegendes Krankheitsbild darstelle (pag. 361). In Übereinstimmung mit dem Ergänzungsgut- achten vom 26. Februar 2013 sei für die Gutachter aufgrund des makroskopischen und mikroskopischen Befunds klar, dass die Bauchfellentzündung bereits zum Zeitpunkt der CT-Abdomen-Untersuchung vorgelegen habe (pag. 362). Ergänzend kann den Patientenakten entnommen werden, dass am 19. August 2010 um 05:50 Uhr versucht worden sei, G.\_\_\_\_\_ sel. zu reanimieren und der Beschuldigte darüber in Kenntnis gesetzt worden sei. Um 06:25 Uhr wurde der Exi- tus vermerkt (pag. 147).

#### **E. 30**

führt. Das sei eine Bauchfellentzündung des gesamten Bauchraumes; vom Zwerchfell bis ins kleine Becken. Dies sei aus morphologischer Sicht im unbehan- delten Fall eine adäquate Todesursache. Die Ausführungen der Kollegen, wonach es nach dieser Entzündung zu einer Kreislaufmehrbelastung gekommen sei, wür- den sich einer morphologischen Überprüfung entziehen. Dennoch handle es sich um eine plausible

Erklärung (pag. 649, Z. 61-72). Es gebe keine Anhaltspunkte für ein anderweitiges akutes oder chronisches Krankheitsgeschehen, welches an eine konkurrierende Todesursache denken liesse (pag. 650, Z. 101-103). Der Schwere- grad der Entzündung der Bauchhöhle sei maximal ausgeprägt gewesen. Einen deutlicheren oder schlimmeren Befund könne es bezüglich dieser Diagnose nicht geben (pag. 651, Z. 135-136). Als Morphologen würden sie den Krankheitsprozess und die Todesfolge sehen. Die Annahme, dass das am Schluss eingetretene Kreis- laufversagen auf diesem Krankheitsprozess beruhe, sei vernünftig. Aber eine wei- tere objektivierbare Differenzierung als die manifeste ausgedehnte Bauchfellent- zündung und der anschliessende Todeseintritt gebe es in diesem Bereich nicht (pag. 651, Z. 158-160). Bezogen auf die nachvollziehbare ausgedehnte Bauchfell- entzündung schliesst sich PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ den Schlussfolgerungen des IRM Gutachtens vom 11. Februar 2011 an (pag. 655, Z. 295-296). Der Tod sei Fol- ge der Leckbildung im Dickdarm über eine ausgedehnte kotige Bauchfellentzün- dung gewesen (pag. 656, Z. 333-334). Anders als im rechtsmedizinischen Gutachten vom 11. Februar 2011 sieht PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ keine sicheren Anhaltspunkte für eine Sepsis. Diese vom Gut- achten abweichende Einschätzung vermag Dr. P.\_\_\_\_\_ logisch, detailliert und nachvollziehbar darzulegen. So führte er einleitend aus, dass die Feststellung von Darmbakterien im Herzblut verschiedene Erklärungen haben könne. Dieser Nach- weis könne alternativ auch als postmortaler Fäulnisprozess interpretiert werden (pag. 649, Z. 73-74 u. 82-84). Zudem sei eine Bauchfellentzündung in diesem Ausmass, auch ohne Nachweis einer Sepsis, völlig ausreichend und geeignet, den Tod eines «gesunden» Menschen zu erklären (pag. 649, Z. 79-82). Er könne nicht ausschliessen, dass es sich bei den festgestellten Bakterien im Herzblut nicht um Fäulnisbakterien gehandelt habe (pag. 652, Z. 170). Es würden sich keine sicheren Anhaltspunkte für eine Blutvergiftung erkennen lassen. Weitere Befunde, die auf eine beginnende Blutvergiftung hindeuten würden, habe er den Akten nicht ent- nehmen können (pag. 652, Z. 180-181 u. 190-191). Angesprochen auf das Histolo- gieprotokoll vom 28. Januar 2014 und die festgestellte Verkalkung und Vernarbung im Bereich der Pfeilermuskelspitzen, erklärte PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ in verständ- licher Weise, dass es sich dabei um einen Ausdruck des Alterungsprozesses des Herzens handle. Es gebe keine Entzündung und keine Blutung in diesem Bereich (pag. 655, Z. 303-304). Der festgestellte Befund einer Kontraktionsbandnekrose sei klassischerweise sekundärer Natur. Das heisse, es sei nicht Auslöser, sondern Folge eines zunächst unbekanntem Grundes, warum der Kreislauf niedergehe, so dass das Herz Schaden nehme. In diesem Fall wisse man warum (pag. 658, Z. 392-401). Zusammenfassend vermag PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ keine Anzeichen einer Sepsis zu erkennen. Als Erklärung für die Beurteilung des IRM führt dieser an, dass einzig die feingewebliche Beurteilung des Milzgewebes im Sinne einer septischen Veränderung Einfluss gehabt haben könnte auf die Formulierung «im

### **E. 31**

Sinne einer beginnenden Blutvergiftung» (pag. 655, Z. 289-291). Weiter führt PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ aus, dass die Frage nach der Gefährdung einer beginnenden Blutvergiftung nur dann eine Rolle spiele, wenn in dieser Phase interveniert werden würde, was gemäss Aktenlage nicht passiert sei. Es würde sich um eine zusätzli- che, das Leben verkürzende Bedrohung handeln. Es käme zu den bereits geschil- derten toxischen Vorgängen noch hinzu (pag. 652, Z. 193-199). PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vermag die vorliegenden komplexen Geschehnisse schlüssig und ver- ständlich darzustellen. Ferner vermag PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ die Differenzen zwischen den Histologie- protokollen vom 11. Februar

2011 und vom 28. Januar 2014 zu erklären. So wurden bspw. die Präparate bei der Herzbeurteilung wesentlich genauer durchgemustert. Es handle sich um eine andere Darstellungsform, sei aber inhaltlich entsprechend (pag. 653, Z. 227-228 u. 234-235). Auch die chronisch entzündlichen Veränderungen in den Portalfeldern hätten sie deutlicher aufgeführt (pag. 654, Z. 250-251). Bei den Ausführungen betreffend die Niere handle es sich ebenfalls im Prinzip um das Gleiche (pag. 654, Z. 268). Einzig bei der Milz und bei der Beurteilung der Zuschnitte aus der Bauchhöhle habe es Unterschiede gegeben. Die unterschiedliche Beurteilung der Zuschnitte aus der Bauchhöhle lasse sich durch die abweichende Herangehensweise erklären. Die Kollegen hätten den Darm damals von der Darmschleimhaut aus nach aussen angeschaut, auf der Suche nach einer Erklärung für das Leck. Im ergänzenden Aktengutachten sei der Grund ein anderer gewesen, die feingewebliche Untersuchung erneut zu begutachten. Es sei um die Entzündungsqualität gegangen. Deshalb hätten sie die äusseren Anteile der Darmpräparate besonders genau untersucht, da sich dort die Bauchfellentzündung in ihrer Qualität am deutlichsten gezeigt habe. Das führe auch dazu, dass in allen gemusterten Präparaten entsprechend ausgedehnte feingewebliche Entzündungszeichen vorliegen würden, die auf einen mindestens 24 Stunden langen Prozess zurückzuführen seien. Das sei letztlich bei der ersten histologischen Untersuchung kein Thema gewesen (pag. 654 f., Z. 270-282). Eine eigentliche unterschiedliche Beurteilung könne lediglich hinsichtlich der Milz festgehalten werden. PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ ist der Ansicht, dass es sich im ersten Histologieprotokoll um einen Wahrnehmungsfehler gehandelt habe. Sie seien im ergänzenden Aktengutachten zur Auffassung gekommen, dass kein Anhaltspunkt für einen septischen Vorgang vorgelegen habe (pag. 654, Z. 256-266). Diese angeblichen Differenzen und für einen Laien teilweise unverständlichen Ausführungen vermochte PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ zu erklären und aufzulösen.

### **E. 32**

(Stichwort «Darmbakterien im Herzblut») gingen die Meinungen der Gutachter auseinander. Die unterschiedlichen Ansichten hinsichtlich einer allfällig beginnenden Sepsis vermögen an der klar und übereinstimmend festgestellten Todesursache jedoch nichts zu ändern, weshalb sowohl auf die Ausführungen in den Gutachten als auch auf jene von PD Dr. med. P.\_\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

### **E. 33**

damit einverstanden erklärt. Es sei vorgesehen, G.\_\_\_\_\_ sel. im Fast-Track-Schema zu behandeln, diesbezüglich werde dieser noch ein Gespräch mit der Fachverantwortlichen Pflege erhalten (pag. 98). Beweiswürdigend kann festgehalten werden, dass die Operationsmethode (laparoskopische Recto-Sigmoidresektion) und die Operation selber sowie deren Risiken mit G.\_\_\_\_\_ sel. besprochen wurden. Dagegen kann diesem Sprechstundenbericht sowie dem Gedächtnisprotokoll (vgl. Ausführungen hiernach) die Operationstechnik AirSeal nicht entnommen werden. Gemäss Gedächtnisprotokoll des Beschuldigten verlief die am 16. August 2010 durchgeführte Operation ohne Komplikationen (pag. 9), was von den Gutachtern bestätigt wird (pag. 174; pag. 281). Das Gutachten vom 11. Februar 2011 gelangte unter dem Titel «Präoperative Abklärung und Operation» zum Schluss, dass postoperativ, aber immer noch ex ante betrachtet keine Hinweise für ein erhöhtes Risiko bezüglich einer Darmahnst-Insuffizienz bestanden hätten. Die Gutachter warfen deshalb die Frage auf, ob G.\_\_\_\_\_ sel. nach der Operation sorgfältig überwacht worden sei und ob die Anastomoseninsuffizienz hätte erkannt

werden können resp. hätte erkannt werden müssen (pag. 174). Gemäss Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013 würden keine Hinweise vorliegen, wonach die Heftklammern bei der Operation nicht fachgerecht befestigt worden seien. Die Operation sei gemäss Operationsbericht vom 16. August 2010 lege artis erfolgt. Die Anastomose sei spannungsfrei, makroskopisch dicht und durchblutet gewesen. Die Staplerringe seien komplett und auch die intraoperativ durchgeführte Luftdichtigkeitsprüfung sei unauffällig gewesen. Schliesslich hält das Gutachten fest, dass der Chirurg [Anm.: der Beschuldigte] intraoperativ keine Möglichkeit gehabt habe, die Anastomose feingeweblich zu untersuchen (pag. 281). PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ bestätigte diese Schlussfolgerungen in seiner Einvernahme vom 14. Oktober 2014. Er führte aus, dass es sich vorliegend um eine kotige Bauchfellentzündung nach Perforation des Dickdarms gehandelt habe, welche im Übrigen als solche festgestellt worden sei. Eine durch eine operative Massnahme bedingte unvermeidliche Entzündungsreaktion des Körpers wäre äusserst lokal beschränkt und würde keine Zeichen von Koteinschüssen aufweisen (pag. 87.10, Z. 323-327). Zu demselben Ergebnis gelangte das Parteigutachten von Prof. S. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2013, wonach der Operationsverlauf und die Dichtigkeitsprüfung keinerlei Anlass zu irgendeiner Besorgnis gegeben hätten, weshalb die Indikation zum Fast-Track-Verfahren korrekt gewesen sei (pag. 614). Damit geht aus den Gutachten und den Ausführungen von PD Dr. med. P. \_\_\_\_\_ übereinstimmend hervor, dass die Operation lege artis erfolgt ist. Die aufgetretene und als Todesursache festgestellte ausgedehnte kotige Bauchfellentzündung infolge einer Leckbildung im Dickdarm ist nicht auf einen Operationsfehler zurückzuführen. Daraus folgt, dass die Beurteilung eines allfälligen ärztlichen Fehlverhaltens auf die postoperative Behandlung von G. \_\_\_\_\_ sel. zu beschränken ist. Weiter kann den Gutachten des IRM und des Stadtsitals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) übereinstimmend entnommen werden, dass diese den Schwerpunkt des

#### **E. 34**

ärztlichen Fehlverhaltens in der Zeit nach der erfolgten CT-Untersuchung gesehen haben. Das Gutachten vom 11. Februar 2011 hielt Folgendes fest: «Aufgrund der Klinik, der Körpertemperatur, der Kreislaufverhältnisse und der Laborbefunde bestand somit aus rein klinischer Sicht kein Verdacht auf das Vorliegen einer intraabdominalen Pathologie, welche am 18. August 2010 spätnachmittags eine sofortige chirurgische Revision erforderlich gemacht hätte.» Insofern stimmt das Gutachten vom 11. Februar 2011 noch mit den Privatgutachten Prof. S. \_\_\_\_\_ und Prof. T. \_\_\_\_\_ überein. Die Beurteilung des Gutachtens vom 11. Februar 2011 bezieht sich auf den postoperativen Verlauf bis hin zur CT-Untersuchung, was aus der Datums- (18.08.2010) und der Zeitangabe (spätnachmittags) hervorgeht. Darüber hinaus führte das Gutachten die CT-Untersuchung erst im Anschluss an diese Schlussfolgerung auf, wonach der Beschuldigte dennoch eine CT-Untersuchung des Abdomens veranlasst habe (pag. 175). Daraus folgt, dass diesem Gutachten bis zum Zeitpunkt der CT-Untersuchung kein ärztliches Fehlverhalten in der Behandlung von G. \_\_\_\_\_ sel. durch den Beschuldigten entnommen werden kann. Zu demselben Ergebnis gelangte das Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013. Zwar hält dieses im Zusammenhang mit den Ergänzungsfragen zur Todesursache fest, dass der frühpostoperative Verlauf alles andere als normal und erwartet erfolgt sei (pag. 280). Aus der Beantwortung der Ergänzungsfragen des ärztlichen Fehlverhaltens lässt sich jedoch entnehmen, dass das ärztliche Fehlverhalten insbesondere in der nächsten Phase, ausgehend von der Beurteilung der CT-Bilder, zu sehen ist. Dessen ungeachtet hielten die Gutachter – diesmal entgegen der Privatgutachten – fest, dass genügend Hinweise

vorgelegen hätten, dass «irgendetwas los war». Somit hätten auch genügend Hinweise für die Durchführung der notfall- mässigen CT-Untersuchung vorgelegen. Als Schlussfolgerung lässt sich dem Gutachten entnehmen: «Wenn abends um 21:00 Uhr das Pflegepersonal den verantwortlichen Chirurgen telefonisch informiert, dass der Patient trotz Schmerztherapie erneut „heftige Unterbauchschmerzen hat“ und der Chirurg zudem weiss, dass es in der CT-Untersuchung „störend“ viel freie Luft hat, ist es eine grobe Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht, einen solchen Patienten nicht sofort ärztlich zu untersuchen.» Nichts anderes kann dem ergänzenden Aktengutachten vom 23. Januar 2014 entnommen werden. Dieses hält fest, dass mit den Fachgutachtern unwidersprochen einig zu gehen sei, wenn diese gegenüber dem Beschuldigten klar zum Ausdruck bringen würden, dass er eine grobe Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht begangen habe, indem der Beschuldigte einen solchen Patienten in Kenntnis der CT-Abdomen-Untersuchung und telefonischer Kontaktaufnahme seitens des Pflegepersonals am späten Abend des 18. August 2010 nicht sofort und erneut ärztlich untersucht habe (pag. 362). Der Beschuldigte bestreitet nicht, dass nach der Operation nicht alles wie erwartet verlaufen sei; er strecke immer stark die Fühler aus, wenn etwas nicht so laufe, wie es sollte. Was ihn gestört habe, sei, dass der Patient nach der Operation von Anfang an Schmerzen gehabt habe. Das hätten sie nicht gerne. Das störe das ganze Fast-Track-Schema. G. \_\_\_\_\_ sel. habe sehr viel Morphium erhalten. Auch das

#### **E. 35**

hätten sie nicht gerne, da dieses als Nebenwirkung den Darm lähme. Erklärend führte der Beschuldigte hierzu aus, dass ein gelähmter Darm wie ein schlaffer Sack sei. Es könne nichts gegessen und getrunken werden und es gebe keinen Stuhlgang. Das blockiere alles (pag. 770, Z. 12-15, Z. 20-23 u.Z. 26). Gestützt auf die übereinstimmenden Schlussfolgerungen der Gutachter und der Ausführungen des Beschuldigten ist zusammenfassend festzuhalten, dass der postoperative Verlauf aufgrund der starken Schmerzen und der wiederholten Abgabe von Morphium nicht wie erwartet erfolgte. Aufgrund der nachvollziehbaren und schlüssigen Gutachten kann dem Beschuldigten – ausgehend von der Operation vom 16. August 2010 bis hin zur angeordneten CT-Untersuchung vom 18. August 2010 um ca. 17:00 Uhr – trotz dieser Abweichungen kein ärztliches Fehlverhalten vorgeworfen werden. Ob ein solches ärztliches Fehlverhalten in der Zeitspanne zwischen der CT-Untersuchung und dem Todeseintritt von G. \_\_\_\_\_ sel. vorliegt, ist demnach nachfolgend (Ziff. 12.3.2) eingehend zu überprüfen.

#### **E. 36**

enz zumindest nicht haben ausschliessen können. Beide Radiologen würden trotz kürzlich erfolgter Bauchoperation ungewöhnlich viel Luft und Flüssigkeitsansammlungen im Bauchraum beschreiben. Wäre dieser Befund am Nachmittag des 18. August 2010 an den Beschuldigten übermittelt worden, hätte dieser den Patienten mit grosser Wahrscheinlichkeit umgehend einer chirurgischen Intervention, wie zum Beispiel einer Relaparotomie, zugeführt (Anm.: Die Gutachter nahmen zu diesem Zeitpunkt bekanntlich noch an, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ die CT-Untersuchung alleine durchgeführt und der Beschuldigte die Bilder nicht gesehen hat). Die Gutachter schliessen daraus, dass der Radiologe Dr. F. \_\_\_\_\_ am 18. August 2010 die forensisch-autopisch nachgewiesene Darmnaht-Insuffizienz übersehen habe. Er hätte mindestens die Kliniker darauf hinweisen sollen, dass er eine Anastomoseninsuffizienz nicht ausschliessen könne. Aufgrund des von beiden Professoren beschriebenen CT-Befundes mit viel freier Flüssigkeit und Luft wäre

die Indikation zur Notfall-Relaparoskopie oder -tomie eindeutig gegeben gewesen und es dürfe da- von ausgegangen werden, dass der Beschuldigte den Patienten bei Kenntnis dieses Befundes mit grosser Wahrscheinlich reoperiert hätte. All diese Komplikationen würden zu einer chirurgischen Intervention bis hin zur Revision führen. Hätte die Relaparotomie am 18. August 2010 um 18:00 Uhr stattgefunden, wäre beispielsweise eine ausgedehnte Lavage (Spülung) des Bauchraums erfolgt mit Sanierung der Nahtinsuffizienz, entweder durch erneute chirurgische Naht mit Drainage oder – wahrscheinlicher – durch eine Aufhebung der Darmnaht mit Anlegen eines vorü- bergehenden künstlichen Darmausgangs. Die Gutachter legen die Überlebens- wahrscheinlichkeit bei korrekter Diagnostik und rascher chirurgischer Therapie vor- sichtig geschätzt auf 80% fest (90% Wahrscheinlichkeit, dass sofort reoperiert wor- den wäre und 10% Spitalletalität bei Operation wegen rechtzeitig diagnostizierter Darmnahtinsuffizienz; pag. 176 f.). Wie bereits ausgeführt, wurde dieses Gutachten ausgehend davon erstellt, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ die CT-Bilder vom 18. August 2010 alleine beurteilt hat und dem Beschuldigten schliesslich den zuvor erwähnten Befund hat zukommen lassen. Der Beschuldigte hat es nämlich unterlassen, in seinem Gedächtnisprotokoll zu erwäh- nen, dass er die CT-Bilder am 18. August 2010 unmittelbar nach der CT- Untersuchung gemeinsam mit Dr. F. \_\_\_\_\_ beurteilt hat. Diese gemeinsame Beurteilung geht einerseits aus dem Gedächtnisprotokoll von Dr. F. \_\_\_\_\_, aber auch aus dessen Einvernahme und der Einvernahme des Beschuldigten hervor (pag. 17; pag. 57, Z. 139). Auf Frage, weshalb er dies in seinem Gedächtnisproto- koll nicht erwähnt habe, antwortete der Beschuldigte, dass er es wohl vergessen habe (pag. 57, Z. 141-143). G. \_\_\_\_\_ sel. ist wenige Tage nach seiner Operati- on gestorben. Der Beschuldigte verfasste gleichentags sein Gedächtnisprotokoll. Es mutet doch etwas seltsam an, dass er die gemeinsame Besprechung mit Dr. F. \_\_\_\_\_, welcher durchaus ein gewisser Stellenwert zukommt und für den Sachverhalt massgebend ist, einfach vergessen haben will. Dieses Nichterwähnen im eigenen Gedächtnisprotokoll führte schliesslich auch dazu, dass im rechtsmedi- zinischen Gutachten vom 11. Februar 2011 von einem unvollständigen Sachverhalt ausgegangen wurde. Dies stellte Anlass dazu dar, ein Ergänzungsgutachten erstel- len zu lassen. In Ergänzung des im ersten Gutachten geschilderten Sachverhalts sollten die Gutachter diesen Umstand der gemeinsamen Besprechung der CT-

### **E. 37**

Bilder bei der Erstellung des Ergänzungsgutachtens berücksichtigen (pag. 264; Er- gänzungsgutachten vom 26.02.2013, pag. 278 ff.). Im Ergebnis führte diese feh- lende Information der gemeinsamen Beurteilung der CT-Bilder dazu, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ im Gutachten vom 11. Februar 2011 die alleinige Verantwortung für die Fehlinterpretation dieser Bilder zugeschrieben wurde. Unabhängig davon, wer die CT-Bilder nun konkret beurteilt hat, hält das Gutachten so oder anders eine Fehlinterpretation dieser Bilder fest. Auf das Ergebnis der Gutachter kann deshalb insofern abgestellt werden, als dass es in Übereinstimmung mit den beiden ande- ren Gutachten – welche nun vom richtigen Sachverhalt ausgegangen sind – festhält, dass die CT-Bilder falsch interpretiert wurden. Das Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013 beurteilte den Sachverhalt so, dass die Menge des Pneumoperitoneums von G. \_\_\_\_\_ sel. in der CT- Untersuchung vom 18. August 2010 viel zu gross gewesen sei, um dies einfach als normalen postoperativen Befund 48 Stunden nach laparoskopisch durchgeführter Operation zu beurteilen (pag. 282). Der Beschuldigte sei ein sehr erfahrener Chir- urg. Gemäss eigener Aussage vom 20. Dezember 2011 habe er vielleicht 2000 bis 3000 Patienten so operiert (pag. 61, Z. 292).

Unter der konservativen Annahme einer Nahtinsuffizienzrate von 2-5% müsse der Beschuldigte 40-150 Patienten mit einer Nahtinsuffizienz selbst erlebt haben. Deshalb sei davon auszugehen, dass er genügend Erfahrung habe, um auch selber feststellen zu können, dass das Ausmass der freien Luft in der CT-Untersuchung vom 18. August 2010 viel zu gross gewesen sei, um dies als normalen postoperativen Befund 48 Stunden nach laparoskopischer Operation zu beurteilen (pag. 283). Gemäss den Gutachtern folge daraus, dass beide, der Chirurg und der Radiologe gewusst haben, dass es dem Patienten nicht gut gegangen und die Röntgenuntersuchung nicht normal gewesen sei. Beide hätten somit gemeinsam festgestellt, dass viel Luft vorhanden gewesen sei und beide hätten das Röntgenbild gemeinsam falsch interpretiert, wenn sie gemäss schriftlicher Beurteilung zum Schluss gekommen seien, dass keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz bestehen würden. Sie hätten das Ausmass der freien Luft unterschätzt (pag. 283). Die Gutachter halten sodann fest, dass der Beschuldigte bei der Fehlbeurteilung der CT-Untersuchung mitbeteiligt gewesen sei. Belastend komme für den Beschuldigten hinzu, dass bei einer Negativbeurteilung der CT-Untersuchung die Schmerzen des Patienten diagnostisch weiterhin ungeklärt geblieben seien. Es sei deshalb nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschuldigte sich nicht mehr weiter um den Patienten gekümmert habe. Sowohl gemäss seines Gedächtnisprotokolls vom 19. August 2010 wie gemäss seiner eigenen Aussagen vom 20. Dezember 2011 habe er am Abend um 21:00 Uhr einen Anruf der Pflege bekommen, wonach G.\_\_\_\_\_ sel. starke Schmerzen habe und dessen Tochter geäussert habe, ihr Vater solle ins W.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) transportiert werden. Zu diesem Zeitpunkt hätte gemäss den Gutachtern zwingend eine ärztliche Untersuchung des Patienten stattfinden müssen. Schliesslich hielten die Gutachter fest, dass der Beschuldigte die viele freie Luft zur Kenntnis hätte nehmen und damit die weiter persistierenden Schmerzen des Patienten hätte ernst nehmen müssen (pag. 284). Wenn abends um 21:00 Uhr das Pflegepersonal den verantwortlichen Chirurgen telefonisch informiere, dass der Patient trotz Schmerztherapie erneut heftige Unterbauchschmerzen habe und der Chirurg zudem wisse,

### **E. 38**

dass es in der CT-Untersuchung störend viel freie Luft habe, sei es eine grobe Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht, einen solchen Patienten nicht sofort ärztlich zu untersuchen (pag. 288). Zu demselben Ergebnis gelangte das ergänzende Aktengutachten vom 23. Januar 2014. Dieses nennt unter anderem das CT-Abdomen mit deutlicher freier Luft als möglichen Hinweis dafür, dass sich im Bauch von G.\_\_\_\_\_ sel. ein nicht natürlicher postoperativer Verlauf abgespielt habe (pag. 360). In Verbindung mit der Beurteilung der CT-Abdomen Untersuchung vom 18. August 2010 hätten offensichtlich zwei Ärzte einen Fehler in der Interpretation der Bilder gemacht (pag. 362). Die Gutachter des IRM kommen deshalb übereinstimmend mit den Fachgutachtern des Stadtsitals M.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) zum Schluss, dass der Beschuldigte eine grobe Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht begangen habe. Dies indem er einen solchen Patienten in Kenntnis der CT-Abdomen-Untersuchung und telefonischer Kontaktaufnahme seitens des Pflegepersonals am späten Abend des 18. August 2010 nicht sofort erneut ärztlich untersucht habe (pag. 363). Als Zwischenfazit kann festgehalten werden, dass alle drei Gutachten in einem ersten Schritt zum Schluss gelangt sind, dass sich im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. insbesondere zu viel freie Luft, aber auch Flüssigkeit, befunden hat. Die Gutachter hielten übereinstimmend fest, dass die CT-Bilder von Dr. F.\_\_\_\_\_ und dem Beschuldigten gemeinsam falsch interpretiert wurden, womit der erste Fehler bereits unmittelbar nach der CT-Untersuchung begangen wurde. Der Verteidigung kann nicht

gefolgt werden, sofern diese geltend macht, dass die gemeinsame Beurteilung der CT-Bilder an der klinischen Beurteilung nichts zu ändern vermag. Das Gutachten vom 11. Februar 2011 hält – wie von der Verteidigung vorgebracht – fest, dass aufgrund des Krankheitsbilds von G. \_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 spätnachmittags kein Verdacht auf das Vorliegen einer intraabdominalen Pathologie bestanden habe, der eine sofortige chirurgische Revision erforderlich gemacht hätte (pag. 175). Die Beurteilung der CT-Untersuchung erfolgte seitens der Gutachter jedoch erst in einem weiteren Schritt nach diesem Zwischenfazit. Sodann hielten sie – ausgehend davon, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ die CT-Bilder alleine beurteilt hatte – fest, dass dieser die Bilder fehlinterpretiert hatte, diese falsche Beurteilung an den Beschuldigten weitergab und diesen damit in falscher Sicherheit wog (pag. 176). Eine Fehlinterpretation der CT-Bilder wurde somit bereits in diesem Gutachten festgehalten und in den darauf folgenden Gutachten wiederum bestätigt. Insofern vermag es durchaus einen Unterschied auszumachen, hat der Beschuldigte die CT-Bilder beurteilt, sich gemeinsam mit Dr. F. \_\_\_\_\_ ausgetauscht und mit diesem Wissen die weitere Behandlung von G. \_\_\_\_\_ sel. eingeleitet. Daran vermögen auch die Ausführungen in den Parteigutachten nichts zu ändern (vgl. auch Ziff. 12.3.2.3 und 12.3.2.5 hiernach). So stellte zwar auch Prof. S. \_\_\_\_\_ fest, dass sich im Oberbauch grössere Mengen freien Gases befinden würden, die deutlich grösser sei, als dies am zweiten oder dritten Tag nach einer laparoskopischen Resektion erwartet werden würde. Entgegen der Gutachten des IRM und des Stadtsptals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) gelangte er jedoch zum Schluss, dass eine Ursache dafür, etwa eine Perforation, im CT nicht ausgemacht

### E. 39

werden könne. Die Ableitung der Diagnosen Perforation, Anastomoseninsuffizienz, intraoperative Verletzung von Intestinalorganen wäre auf dem CT reine Spekulation. Diese Luft gewinne ihren Aussagewert allein in Zusammenschau mit einem klinisch nachweisbaren akuten Geschehen. Ein solches Geschehen lasse sich gemäss Prof. S. \_\_\_\_\_ aus den ihm vorliegenden klinischen Daten nicht ableiten (pag. 615 f.). Prof. T. \_\_\_\_\_ erachtete die Luft ebenfalls als auffällig. Dieser sah jedoch im Zusammenhang mit der Erörterung des CT-Befundes keinen Anlass, angesichts der Wertung des Viszeralchirurgen (Wertung der freien Luft als offensichtlich postoperativ bedingt) auf weitere Abklärungen oder Untersuchungen hinzuwirken (pag. 620 f.). Das Gutachten von Prof. T. \_\_\_\_\_ stellt für seine Beurteilung vollumfänglich auf die Ausführungen des Beschuldigten ab und beurteilt anhand derer, ob für Dr. F. \_\_\_\_\_ ein Handlungsbedarf bestanden habe, was es schliesslich verneint. Beide Privatgutachten stellen übereinstimmend mit den Gutachten des IRM und des Stadtsptals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) eine auffällige Menge freier Luft fest. Deren Schlussfolgerung weichen jedoch aufgrund unterschiedlicher Gründe von jenen der Gutachten des IRM und des Stadtsptals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) ab, wonach kein Handlungsbedarf bestanden habe. Die Gutachten des IRM und des Stadtsptals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) halten objektiv, nachvollziehbar und schlüssig fest, dass der Beschuldigte die festgestellte Luft unterschätzt und durchaus Handlungsbedarf bestanden habe. Weiter machte der Beschuldigte in der erstinstanzlichen Hauptverhandlung geltend, dass er die Laparoskopie mit der sogenannten AirSeal-Methode durchgeführt habe (pag. 765, Z. 45 f.). Gemäss den Ausführungen des Verteidigers lasse sich damit die freie Luft im Bauchraum des verstorbenen G. \_\_\_\_\_ erklären (pag. 1604). In dieselbe Richtung äusserte sich der Beschuldigte, wonach die freie Luft im Bauchraum mit etwa 300 ml relativ viel gewesen sei. Das habe für ihn aber keine Wertigkeit gehabt, da G. \_\_\_\_\_ sel. mit der AirSeal-Methode operiert worden sei (pag.

767, Z. 40-42). Zur Zeit der zitierten Literatur im Ergänzungsgutachten vom 26. Februar 2013 habe es diese Methode noch gar nicht gegeben (pag. 900, Z. 17-21). Fest steht, dass sich die angewandte Operationsmethode weder dem Operationsbericht noch den übrigen Patientenakten des H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) entnehmen lässt. Zudem wird sie seitens des Beschuldigten erstmals anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung erwähnt. Der Beschuldigte hatte während des Verfahrens mehrfach die Möglichkeit zu den Gutachten Stellung zu nehmen. Zu keinem Zeitpunkt wurde die AirSeal-Methode erwähnt oder geltend gemacht, die in den Gutachten aufgrund der freien Luft gezogenen Schlüsse seien aufgrund der angewandten Operationsmethode zu relativieren. Selbst im Fragenkatalog an Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_ zur Erstellung des Parteigutachtens wurden seitens der Verteidigung bzw. des Beschuldigten die Operationstechnik AirSeal mit keinem Wort erwähnt, obwohl die Frage der freien Luft sehr prominent thematisiert wurde. Wäre diese Operationstechnik die entscheidende Erklärung für das Vorhandensein von so viel Luft im Abdomen, wäre doch zu erwarten gewesen, dass diese spätestens in diesem Fragenkatalog und nicht erst anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung erwähnt worden wäre. Es kann dieser Methode somit keine entscheidende Bedeutung zugemessen werden, schliesslich hat sie weder Eingang in den Operationsbericht noch in die sonstigen Patientenakten des H. \_\_\_\_\_ (Kran-

#### **E. 40**

kenhaus) gefunden, wurde seitens der Verteidigung weder in einer Stellungnahme zu den einzelnen Gutachten noch im eigenen Fragekatalog an Prof. Dr. med. S. \_\_\_\_\_ erwähnt und vom Beschuldigten erstmals in der erstinstanzlichen Hauptverhandlung dargelegt. Zudem sprach der Beschuldigte selber davon, dass der Operationsmethode eine ganz wesentliche Rolle zukomme (pag. 899, Z. 46 ff.). Weshalb er diese bis zur erstinstanzlichen Hauptverhandlung nie erwähnt hat, ist nicht nachvollziehbar. Die angewandte Operationsmethode steht deshalb den Schlussfolgerungen der Gutachten nicht entgegen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass in den Akten alle notwendigen Informationen vorhanden sind, welche für die Beurteilung des Todesfalls von G. \_\_\_\_\_ nötig sind. Zusammenfassend kann deshalb festgestellt werden, dass alle drei Gutachten im Hinblick auf die Feststellung der freien Luft im Bauchraum von G. \_\_\_\_\_ sel. schlüssig und nachvollziehbar sind. Auf ihre Schlussfolgerungen, wonach sich im Bauchraum von G. \_\_\_\_\_ sel. insbesondere zu viel freie Luft, aber auch Flüssigkeit, befunden hat, kann abgestellt werden. Die Aussagen des Beschuldigten, wonach er G. \_\_\_\_\_ sel. mit der AirSeal-Methode operiert habe, sind dagegen nicht glaubhaft. Insofern kann auch offen bleiben, ob die in den Gutachten zitierte Literatur veraltet gewesen ist. Zur Beurteilung, ob der Beschuldigte die CT-Bilder vom 18. August 2010 gemeinsam mit Dr. F. \_\_\_\_\_ falsch interpretiert hat, sind neben den Gutachten im Übrigen insbesondere die Aussagen von Dr. F. \_\_\_\_\_ und des Beschuldigten sowie die jeweiligen Gedächtnisprotokolle heranzuziehen.

#### **E. 41**

ten Magen zu entlasten. Sein CT-Befund sei erst am 19. August 2010 verfasst und vom Beschuldigten am 19. August 2011 um 11:08 Uhr in Empfang genommen worden, als der Patient bereits verstorben gewesen sei (pag. 17). In diesem Befund hielt Dr. F. \_\_\_\_\_ mässiggradig freie postoperative Luft intraperitoneal, keine Hinweise auf eine Anastomoseninsuffizienz, wenig freie postoperative Flüssigkeit intraabdominal und keine Hinweise für eine abszessverdächtige Luft- und Flüssigkeitskollektion fest (pag. 119).

Weiter kommentierte Dr. F. \_\_\_\_\_ in seinem Gedächtnisprotokoll, dass die CT-Untersuchung vom 18. August 2010 nur eine Momentaufnahme darstelle und stütze sich auf die Klinik bzw. den augenblicklichen klinischen Zustand des Patienten in enger Kooperation mit dem für den Patienten verantwortlichen und den Patienten betreuenden Chirurgen ab. Der Radiologe [Anm.: d.h. er selbst] gebe in seinem Bericht nur wieder, was er sehe und nicht was möglich wäre. Die freie Luft und die freie Flüssigkeit intraperitoneal ohne freie Luft um die Anastomose herum seien 48 Stunden nach laparoskopisch durchgeführter LAR als noch innerhalb der Bandbreite des Normalen anzusehen und nur als indirekte Zeichen zu werten gewesen. Nur die retrograde Füllung mit Kontrastmittel könne den direkten Nachweis einer Anastomoseninsuffizienz anhand einer Extravasation bzw. eines freien Austritts des Kontrastmittels auf der Anastomosenhöhe extraluminal in die freie Bauchhöhle liefern. Schliesslich hielt Dr. F. \_\_\_\_\_ fest, dass eine solche Untersuchung von ihren Chirurgen explizit nicht gewünscht sei und ihm seien deshalb von Anfang an die Hände gebunden gewesen. Der Sinn dieser CT-Untersuchung ohne retrogrades Kontrastmittel so kurz nach der Operation müsse hinterfragt werden. Letztlich wisse der Chirurg viel besser als der Radiologe, wie viel Luft und Spülflüssigkeit er während der Operation hinein- bzw. herausgelassen habe und wie viel zurückgeblieben sei. Deshalb sei die Befundung der CT auch zusammen mit dem Beschuldigten erfolgt, um das Ausmass der freien Luft und der freien Flüssigkeit besser beurteilen zu können. Der Entscheid, ob reoperiert werden solle oder nicht, liege beim Chirurgen und nicht beim Radiologen (pag. 17). Dr. F. \_\_\_\_\_ bestätigte in seinen Einvernahmen durchwegs sein Gedächtnisprotokoll vom Januar 2011, wonach die gemeinsame Besprechung um ca. 17:05 Uhr stattgefunden und etwa 10 bis 20 Minuten gedauert habe (pag. 776, Z. 39-43). Es galt aufgrund des aktuellen postoperativen Zustands eine Erklärung für die grossen Schmerzen von G. \_\_\_\_\_ sel. zu finden (pag. 32, Z. 259 f. u. 264). Es sei ihnen [Anm.: Dr. F. \_\_\_\_\_ und dem Beschuldigten] aufgefallen, dass mässig viel Luft vorhanden sei. Diese Luft und die Flüssigkeit hätten sie zusammen besprochen (pag. 32, Z. 266 f.). Weiter führte Dr. F. \_\_\_\_\_ aus, dass der Interpretationsspielraum 48 Stunden nach der Operation sehr gross sei, ob zu viel oder zu wenig Luft und Flüssigkeit vorhanden gewesen sei (pag. 32, Z. 273 f.). Deshalb sei der Input des Chirurgen sehr wichtig (pag. 33, Z. 275). Der Beschuldigte habe die Luft als postoperativ zulässig interpretiert (pag. 35, Z. 387). Dr. F. \_\_\_\_\_ habe die Anastomose gesehen und habe keine Hinweise für eine Insuffizienz erkennen können. Er habe sie aber nicht ausgeschlossen (pag. 34, Z. 313 f.). Der im Bericht von Dr. F. \_\_\_\_\_ festgehaltene Befund sei gemeinsam mit dem Beschuldigten erhoben worden. Der Bericht sei erst am nächsten Morgen geschrieben worden. Es handle sich um eine reine Formsache, da bereits alles mit dem Beschuldigten be-

#### **E. 42**

sprochen worden sei. Somit sei diese Besprechung das Entscheidende an der ganzen Sache (pag. 33, Z. 282 f. u. 298-302). Dem Bericht können unter anderem «keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz» entnommen werden (pag. 119). Zu diesem Befund sei Dr. F. \_\_\_\_\_ gekommen, da die Anastomose röntgengedicht gewesen sei. Wenn es zu einem Leck komme, würden Luftbläschen austreten, welche sich um die Anastomose herum versammeln würden. Es könne auch noch Flüssigkeit dazu kommen und sich ein Abszess bilden. Dies sei aber nicht der Fall gewesen. Deshalb habe er dies gesagt. Damit habe er die Anastomoseninsuffizienz aber nicht ausgeschlossen (pag. 35, Z. 372-376). Anlässlich der Hauptverhandlung vom 15. Dezember 2015 bestätigte Dr. F. \_\_\_\_\_, dass er den Beschuldigten darauf hingewiesen habe, dass mässig viel Luft vorhanden gewesen sei. Die

Anastomose sei gut sichtbar gewesen. Es habe keine Luft um die Anastomose herum gehabt. Es habe etwas wenig freie Flüssigkeit intraperitoneal und mässig freie Luft im Magen und in den Darmschlingen gegeben (pag. 777, Z. 4-8). Die AirSeal-Methode erwähnte Dr. F. \_\_\_\_\_ erstmalig anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung, nachdem diese vom Beschuldigten in seiner vorgängigen Einvernahme erwähnt wurde (pag. 777, Z. 10). Weiter bestätigte Dr. F. \_\_\_\_\_ nochmals, dass eine Anastomoseninsuffizienz nicht zu 100% ausgeschlossen werden könne (pag. 778, Z. 46). Dr. F. \_\_\_\_\_ wies erneut darauf hin, dass er die Luftmenge nach Rücksprache mit dem Chirurgen [Anm.: dem Beschuldigten], dem Wissen über die Operation und der Art des laparoskopischen Eingriffs und der klinischen Informationen als noch tolerierbar interpretiert habe (pag. 780, Z. 5-7). Schliesslich erläuterte er, die Bedeutung von mässiggradig freier Luft. Das bedeute unter Berücksichtigung der laparoskopischen Methode (AirSeal-Methode), dass es 48 Stunden nach dem Eingriff nicht zu wenig und nicht zu viel Luft gewesen sei (pag. 779, Z. 1-4). In der Fortsetzungsverhandlung vom 7. Dezember 2016 führte Dr. F. \_\_\_\_\_ aus, dass nur indirekte Zeichen vorgelegen hätten, nämlich diese freie Luft. Er bestätigte, dass er bei der Beurteilung der Menge freier Luft auf den Chirurgen angewiesen sei (pag. 892, Z. 3-5). Die freie Luft hätten sie besprochen und die Frage habe gelautet, ob dies noch normal sei 48 Stunden nach der Operation. Der Beschuldigte habe ihm gesagt, dass die Entzündungszeichen noch im Normbereich gewesen seien. Keine Entzündungszeichen, keine Sepsis. Wenn es solche Zeichen gegeben hätte, wäre die Situation eine andere gewesen. Das müsse der Chirurg entscheiden und nicht er (pag. 892, Z. 16-27). Die Verantwortung von Dr. F. \_\_\_\_\_ bildet nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Dieser wurde mit demselben Urteil wie der Beschuldigte vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung zum Nachteil von G. \_\_\_\_\_ sel. freigesprochen. Dennoch fällt bei der Lektüre seines Gedächtnisprotokolls und der Einvernahmen auf, dass er die Hauptverantwortung für die Beurteilung der CT-Bilder grundsätzlich von sich schiebt und diese insbesondere beim Beschuldigten sieht. Interessanterweise nannte auch Dr. F. \_\_\_\_\_ die angewandte Operationsmethode (AirSeal-Methode) erstmals an der erstinstanzlichen Hauptverhandlung, nachdem diese vom Beschuldigten ins Feld geführt wurde. Der Operationsmethode kann deshalb kein derartiger Stellenwert eingeräumt werden, wie dies vom Beschuldigten vorge-

#### **E. 43**

bracht wird (vgl. Ziff. 12.3.2, S. 39 hiervor sowie Ziff. 12.3.2.4 hiernach). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Dr. F. \_\_\_\_\_ konstant und stimmig schilderte, dass die CT-Bilder unmittelbar nach der CT-Untersuchung gemeinsam mit dem Beschuldigten beurteilt wurden. Dabei hat er mässiggradig viel Luft und Flüssigkeit festgestellt, was er dem Beschuldigten mitgeteilt hat. Dabei handelte es sich um indirekte Zeichen; direkte Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz hat er keine festgestellt. Entgegen seinem schriftlich verfassten Bericht vom 19. August 2010 hat er eine Anastomoseninsuffizienz gemäss seinen mündlichen Ausführungen nicht ausgeschlossen.

#### **E. 44**

ner laparoskopischen Resektion erwartet werden würde. Insofern widerspricht Prof. S. \_\_\_\_\_ den von der Untersuchungsbehörde eingeholten Gutachten nicht. Die Gutachten des IRM und des Stadtpitals M. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) halten – wie bereits erwähnt – objektiv, nachvollziehbar und schlüssig fest, dass der Beschuldigte die festgestellte Luft unterschätzt und durchaus Handlungsbedarf bestanden habe.

#### **E. 45**

Einbringen von Luft während der Operation oder durch das Eindringen von Raumluft in das Abdomen erklärt werden. Er entlastet klar den Radiologen, indem für diesen angesichts der Wertung des Chirurgen kein Anlass bestanden habe, auf weitere Abklärungen hinzuwirken. Das Gutachten von Prof. T.\_\_\_\_\_ stellt für seine Beurteilung vollumfänglich auf die Ausführungen des Beschuldigten ab und beurteilt anhand derer, ob für Dr. F.\_\_\_\_\_ ein Handlungsbedarf bestanden habe, was es schliesslich verneint. Die Kammer erachtet die Aussagen des Beschuldigten, wonach er den Eingriff mit der AirSeal-Methode durchgeführt habe und sich die Luft aufgrund dieser Operationsmethode erklären lasse, als nicht glaubhaft. Ferner liegen keine Hinweise darauf vor, dass während der Operation übermässig viel Raumluft in das Abdomen gelangt wäre. Insofern widerspricht das Gutachten von Prof. T.\_\_\_\_\_, welches die feststellbare Menge an freier Luft als auffällig bezeichnete, den staatlich eingeholten Gutachten nicht und vermag deren Schlussfolgerungen ebenso wenig zu widerlegen. Es kann somit nochmals darauf hingewiesen werden, dass die Gutachten des IRM und des Stadtspitals M.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) objektiv, nachvollziehbar und schlüssig festhalten, dass der Beschuldigte die festgestellte Luft unterschätzt und durchaus Handlungsbedarf bestanden habe.

#### **E. 46**

haben, welcher Schmerzen hat, weiss man, dass irgendetwas „los“ ist. Die meisten Patienten, die so operiert werden, sind meistens schmerzfrei. Er hatte Schmerzen.» G.\_\_\_\_\_ sei sehr ängstlich gewesen. Der Beschuldigte habe die CT veranlasst, um ihn zu beruhigen, um ihm zu zeigen, dass alles in Ordnung sei. Er sei sich zuerst nicht sicher gewesen, ob es notwendig sei. Aber er habe es gemacht, um diesen zu beruhigen (pag. 55 f., Z. 93-97). Die Frage, ob er bereits vor der CT-Untersuchung davon ausgegangen sei, dass man nichts finden werde, beantwortete der Beschuldigte mit «Nein, das kann man nicht.» (pag. 56, Z. 99-101). Der Beschuldigte bestätigte, dass er die CT-Bilder gemeinsam mit Dr. F.\_\_\_\_\_ besprochen und beurteilt habe (pag. 57, Z. 139). Übereinstimmend mit Dr. F.\_\_\_\_\_ schilderte der Beschuldigte, dass sie zusammen vor dem Monitor gesessen seien und die CT-Bilder gemeinsam angeschaut hätten (pag. 57, Z. 157 f.). Weiter erklärte der Beschuldigte, dass er aufgrund dessen, was er auf den CT-Bildern gesehen und interpretiert habe, eine Anastomoseninsuffizienz definitiv habe ausschliessen können. So habe er es schliesslich auch dem Patienten gesagt. Diese Aussagen relativierte der Beschuldigte schliesslich in der Fortsetzungsverhandlung und erklärte, dass eine Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden könne (pag. 894, Z. 37). Weiter führte er in seiner ersten Einvernahme aus, dass es keinen Anhaltspunkt auf eine kaputte Anastomose gegeben habe und dass deshalb nicht interveniert werden müssen (pag. 58, Z. 178-183). Auf Vorhalt der Schlussfolgerungen der Gutachter vom 2. Februar 2011, wonach das Ausmass der intraperitonealen Luft von der Menge her zu viel gewesen sei, antwortete der Beschuldigte, es sei schwierig. Die Daten einer Laparoskopie seien unklar. Es werde mit CO<sub>2</sub> gearbeitet. Aufgrund der Literatur sei bekannt, dass 48-72 Stunden nach der Operation noch Luft vorhanden sein könne (pag. 58, Z. 185-197). Dagegen erwähnte der Beschuldigte an dieser Stelle, als er explizit auf das Ausmass der Luft und die Schlussfolgerung des Gutachtens angesprochen wurde, die AirSeal-Methode mit keinem Wort. Dies wäre an dieser Stelle zu erwarten gewesen, wenn diese Operationsmethode eine Erklärung für die Menge freier Luft hätte liefern können. Der Beschuldigte widersprach sodann den Aussagen von Dr. F.\_\_\_\_\_, wonach ein

Radiologe das Röntgenbild nur beurteilen könne, wenn der Chirurg dabei sei. Das stimme nicht. Wie viel Luft und Flüssigkeit toleriert werden könne, hänge von der Operation ab. Insofern stimme es schon (pag. 58, Z. 205-208). Ergänzend führte der Beschuldigte aus, wenn ein Patient Schmerzen habe, sei etwas nicht normal. Es werde sodann danach gesucht, was nicht normal sei (pag. 61, Z. 292 f.). Sie hätten schlussendlich nicht gewusst, weshalb G.\_\_\_\_\_ sel. Schmerzen gehabt habe. Sie seien immer davon ausgegangen, dass der Periduralkatheter nicht richtig funktioniert habe (pag. 61, Z. 309-312). Anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung führte der Beschuldigte aus, dass er der Anästhesistin am 18. August 2010 die Anweisung gegeben habe, G.\_\_\_\_\_ sel. anzuschauen und ihm mitzuteilen, was das Problem sei. Dies mit der Idee, dass die Schmerzmedikation und mit dem Katheter etwas nicht funktioniere und deshalb eventuell auf eine andere Schmerztherapie hätte umgestellt werden müssen. Die Anästhesistin sei zurückgekommen und habe gesagt, dass die PDA funktioniere (pag. 767, Z. 11-14). Mithin war für den Beschuldigten zu diesem Zeitpunkt klar, dass die PDA funktionierte und somit keine Ursache für die Schmerzen von

#### **E. 47**

G.\_\_\_\_\_ sel. darstellte. Auf die Frage, was mit der CT habe ausgeschlossen oder positiv festgestellt werden können, antwortete der Beschuldigte in seiner ersten Einvernahme «Was mich störte, war die Menge Luft. Wenn man sagt, es kann normal sein nach einer Laparoskopie, nimmt man das zur Kenntnis. Aber mich störte es. Es gibt dann indirekte Zeichen bei einer Anastomoseninsuffizienz.» (pag. 62, Z. 333-335). Eine Frühinterpretation sei deutlich schwieriger, als wenn es nach sieben oder neun Tagen gemacht werde (pag. 62, Z. 339 f.). Die Verteidigung erklärte, dass die Verwendung des Begriffs «störend» bei einem Mediziner nicht gleichzusetzen sei mit «auffällig», «besorgniserregend» oder «alarmierend». Bei einem CT Befund werde als «störend» bezeichnet, was vom Befund bei einem gesunden Menschen abweiche. Der Beschuldigte habe seine Feststellungen sogleich in eine Reihe mit indirekten Zeichen einer Anastomoseninsuffizienz gestellt, zu welchen eben auch der Austritt von Flüssigkeit in den Bauchraum, Fieber oder ein harter Bauch zu zählen seien (pag. 1676). Diesen Ausführungen der Verteidigung kann nicht gefolgt werden. Es ist offensichtlich, dass der postoperative Verlauf bei G.\_\_\_\_\_ sel. nicht wie vorgesehen und üblich verlaufen ist. Deshalb schlägt die Erklärung zur Bedeutung des Begriffs «störend» als «vom Befund eines gesunden Menschen abweichend» fehl. Die Aussagen des Beschuldigten sind aus Sicht der Kammer denn auch nicht so zu verstehen. Dieser schilderte einerseits, dass ihn die Schmerzen und insbesondere die starke zusätzliche Medikation (z.B. durch Morphin) gestört habe und dadurch das ganze Fast-Track Schema ins Stocken geraten sei. Andererseits störte ihn die Menge freier Luft. Obwohl diese Menge Luft allenfalls normal gewesen sein könnte nach einer Laparoskopie, hat ihn diese gestört. Der Beschuldigte beurteilte somit die Menge Luft nach der erfolgten Operation anhand der CT Bilder, welche zwei Tage nach der Operation aufgenommen wurden und stellte keinen direkten Vergleich zu einem gesunden Patienten an. Der Vorinstanz ist zuzustimmen, wonach der Beschuldigte diesen Ausdruck derart verwendete, als dass er die von ihm auf den CT-Bildern gesehene Menge Luft im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. zu diesem Zeitpunkt nicht erwartet hatte – im Vergleich zu einem anderen Patienten im gleichen Zeitraum nach derselben Operation (pag. 976, S. 34 der Urteilsbegründung), nicht aber im Vergleich zu einem gesunden Patienten. Der Beschuldigte führte anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung vom 15. Dezember 2015 erstmals aus, dass er die Laparoskopie mit der sog. AirSeal-Methode durchgeführt

habe (pag. 765, Z. 45 f.). Der Beschuldigte bestätigte, dass G.\_\_\_\_\_ sel. am 18. August 2010 sehr ängstlich gewesen sei. Er habe diesen beruhigen wollen, weshalb er ein CT angeordnet habe. Er habe sicher gehen wollen, dass alles in Ordnung sei (pag. 767, Z. 27-29). Später erklärte der Beschuldigte, dass er dieses CT bei einem nicht so ängstlichen Patienten zu diesem Zeitpunkt gar nicht gemacht hätte (pag. 769, Z. 17 f.). Der Beschuldigte brachte immer wieder vor, wie ängstlich G.\_\_\_\_\_ sel. gewesen sei. Weshalb der Beschuldigte diese Angst von G.\_\_\_\_\_ sel. immer wieder hervorhebt, ist nicht verständlich. So oder anders sind die Umstände, welche G.\_\_\_\_\_ sel. und seine Familie durchlebten, äusserst belastend. Schliesslich ist es dieser Angst zu verdanken, dass schliesslich ein CT erstellt worden ist. Zum Befund hielt der Beschuldigte fest, sie hätten gesehen, dass er in der Lunge beidseitig ganz, ganz wenig Erguss ge-

#### **E. 48**

habt habe. Das sei normal nach dieser Operation. Sie hätten gesehen, dass der Magen und der Dünndarm mit Luft und Flüssigkeit aufgetrieben gewesen sei. Die Klammernahtreihe der Anastomose sei schon zu gewesen. Vor allem habe es rund um die Anastomose keine Luftbläschen und keine Flüssigkeit gehabt. Aber er habe freie Luft im Bauchraum gehabt. Es sei relativ viel gewesen, etwa 300 ml. Für den Beschuldigten habe dies keine Wertigkeit gehabt. Dies deshalb nicht, da mit der AirSeal-Methode operiert worden sei. Er habe G.\_\_\_\_\_ sel. auf der Station gesagt, dass das CT nicht auffällig gewesen sei und dass chirurgisch kein Handlungsbedarf bestehe (pag. 767, Z. 35-48). Der Beschuldigte erklärte sodann, dass mässig viel Luft bedeute, es habe mehr Luft als normal. Es sei aber wichtig zu wissen, dass G.\_\_\_\_\_ sel. mit der AirSeal-Methode operiert worden sei (pag. 770, Z. 1-6). Dem Beschuldigten wurde seine eigene Aussage vorgehalten, wonach es ihn gestört habe, dass dort viel Luft drin gewesen sei und er wurde danach gefragt, was das bedeute. Weiter hätten die Gutachten gesagt, dass zu viel Luft drin sei. Er habe gesagt, es sei etwas los gewesen, es habe ihn gestört. Auf Frage, was es noch gebraucht hätte, antwortete der Beschuldigte schliesslich ausweichend. Er strecke immer sehr stark die Fühler aus, wenn etwas nicht so laufe, wie es soll. Was ihn gestört habe, seien die von Anfang an vorhandenen Schmerzen des Patienten nach der Operation gewesen. Das störe das ganze Fast-Track-Schema. Es ist nochmals darauf hinzuweisen, dass sich diese Operationsmethode weder dem Operationsbericht noch den übrigen Patientenakten des H.\_\_\_\_\_ (Krankenhaus) entnehmen lässt. Zudem wird sie seitens des Beschuldigten erstmals anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung erwähnt. Der Beschuldigte hatte während des Verfahrens mehrfach die Möglichkeit, zu den Gutachten Stellung zu nehmen. Zu keinem Zeitpunkt wurde die AirSeal-Methode erwähnt oder geltend gemacht, die in den Gutachten aufgrund der freien Luft gezogenen Schlüsse seien aufgrund der angewandten Operationsmethode zu relativieren. Selbst im Fragenkatalog an Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_\_ zur Erstellung des Parteigutachtens wurden seitens der Verteidigung bzw. des Beschuldigten die Operationstechnik AirSeal mit keinem Wort erwähnt, obwohl die Frage der freien Luft sehr prominent thematisiert wurde. Wäre diese Operationstechnik die entscheidende Erklärung für das Vorhandensein von so viel Luft im Abdomen, wäre doch zu erwarten gewesen, dass diese spätestens in diesem Fragenkatalog und nicht erst anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung erwähnt worden wäre. Die Ausführungen zur AirSeal-Methode wirken mithin nachgeschoben und wenig glaubhaft. Weiter erklärte der Beschuldigte, dass die Schmerzen des Patienten in einem ersten Schritt weggebracht werden müssten, bevor mit dem Fast-Track-Schema weitergemacht werden könne. Das sei seitens der Anästhesie passiert und G.\_\_\_\_\_ sel. habe relativ viel

Morphium erhalten. Auch das sei ungern gesehen, da dies als Nebenwirkung den Darm lähme. Das blockiere alles (pag. 770, Z. 8-23). Der Beschuldigte antwortete damit nicht auf die ihm gestellte Frage. Anlässlich der Fortsetzungsverhandlung relativierte der Beschuldigte seine eigene Aussage und erklärte, dass eine Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden könne (pag. 894, Z. 37). Eine solche hat er anlässlich seiner ersten Einvernahme aufgrund der CT-Bilder und seiner Interpretation dagegen noch klar ausgeschlossen.

#### **E. 49**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Beschuldigte ausweichende und teilweise widersprüchliche Aussagen machte. Zu Beginn will er eine Anastomoseninsuffizienz noch definitiv ausgeschlossen haben, um sodann auszuführen, dass eine solche nie ausgeschlossen werden könne. Schliesslich wirken seine Aussagen zur AirSeal-Methode als mögliche Erklärung des Ausmasses an freier Luft im Bauchraum von G.\_\_\_\_\_ sel. nachgeschoben; haben ihn die Menge freier Luft sowie die starken Schmerzen und die hoch dosierte Schmerzmedikation doch selbst gestört.

#### **E. 50**

Strafeinheiten zu reduzieren. 24. Konkrete Strafe Unter Berücksichtigung der Tat- und Täterkomponenten erachtet die Kammer für die fahrlässige Tötung eine Geldstrafe von 50 Tagessätzen als dem Verschulden des Beschuldigten angemessen. Ein Tagessatz beträgt höchstens CHF 3'000.00. Das Gericht bestimmt die Höhe des Tagessatzes nach den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Täters im Zeitpunkt des Urteils, namentlich nach dem Einkommen und Vermögen, Lebensaufwand, allfälliger Familien- und Unterstützungspflichten sowie nach dem Existenzminimum (Art. 34 Abs. 2 aStGB).

71 Die Vorinstanz setzte die Tagessatzhöhe auf CHF 130.00 fest. Zur Begründung führte sie aus, der Beschuldigte verfüge – nach Abzug der Alimente – zur Finanzierung seines Lebensunterhaltes für seine zweite Familie nach wie vor über einen Betrag von CHF 10'000.00 pro Monat. Dieser Betrag müsse Basis für die Berechnungen sein. Unter Berücksichtigung der maximal möglichen Abzüge (30% Pauschalabzug, 15% Abzug für die Lebenspartnerin, 15% Abzug für das erste Kind, 12.5% Abzug für das zweite Kind) resultiere ein Tagessatz von CHF 130.00 (pag. 992, S. 50 der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Die Generalstaatsanwaltschaft beantragt die Tagessatzhöhe ebenfalls auf CHF 130.00 festzulegen (pag. 1631). Das Einkommen des Beschuldigten beträgt nach wie vor monatlich CHF 21'000.00. Dagegen macht er Unterhaltszahlungen von CHF 12'400.00 geltend (pag. 1576). Wird die Vorgehensweise der Vorinstanz übernommen und die Unterhaltszahlungen von monatlich CHF 12'400.00 vom Gesamteinkommen abgezogen, verbleiben dem Beschuldigten noch CHF 8'600.00 zur Bestreitung seines Lebensunterhaltes und des Lebensunterhalts seiner Familie. Abzüglich des Pauschalabzugs von 25% für Krankenkasse und Steuern sowie der Unterstützungsabzüge (15% Abzug für die Lebenspartnerin, 15% Abzug für das erste Kind, 12.5% Abzug für das zweite Kind) ist die Höhe des Tagessatzes auf CHF 120.00 festzusetzen. 25. Strafvollzug Das Gericht schiebt den Vollzug einer Geldstrafe in der Regel auf, wenn eine unbedingte Strafe nicht notwendig erscheint, um den Täter von der Begehung weiterer Verbrechen oder Vergehen abzuhalten (Art. 42 Abs. 1 aStGB). In subjektiver Hinsicht ist für die Gewährung des bedingten Strafvollzugs folglich das Fehlen einer ungünstigen Prognose bezüglich weiterer künftiger Verbrechen oder Vergehen vorausgesetzt (BGE 134 IV 5; BGE 134 IV

117). Es liegen keine Anhaltspunkte vor, welche die vermutete günstige Prognose in Zweifel ziehen würden. Der Beschuldigte ist nicht vorbestraft. Die Kammer erachtet in Übereinstimmung mit der Vorinstanz vorliegend die Voraussetzungen zur Gewährung des bedingten Vollzugs als erfüllt, unter Ansetzung einer minimalen Probezeit von zwei Jahren. VI. Zivilpunkt 26. Allgemeines Das Gericht entscheidet über die anhängig gemachte Zivilklage, wenn es den Beschuldigten schuldig spricht oder aber freispricht und der Sachverhalt spruchreif ist. Hingegen verweist das Gericht die Zivilklage auf den Zivilweg, wenn das Strafverfahren eingestellt oder im Strafbefehlsverfahren erledigt wurde, die Privatklägerschaft ihre Klage nicht hinreichend begründet oder beziffert hat, die Sicherheit für die Ansprüche der beschuldigten Person nicht leistet oder die beschuldigte Person freigesprochen wird und der Sachverhalt nicht spruchreif ist. Wäre eine vollständige Beurteilung des Zivilanspruchs unverhältnismässig aufwändig, so kann das Gericht die Zivilklage nur dem Grundsatz nach entscheiden und sie im Übrigen auf den Zivilweg verweisen. Ansprüche von geringer Höhe beurteilt das Gericht nach Mög-

lichkeit selbst (Art. 126 StPO). Das mit der Streitsache befasste Gericht beurteilt den Zivilanspruch ungeachtet des Streitwertes (Art. 124 Abs. 1 StPO). 27. Vorbringen der Parteien Rechtsanwalt E.\_\_\_\_\_ stellte in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2018 namens der Privatklägerinnen – wie bereits anlässlich der erstinstanzlichen Fortsetzungsverhandlung – im Zivilpunkt den Antrag, der Zivilanspruch sei dem Grundsatz nach gutzuheissen und im Übrigen auf den Zivilweg zu verweisen (pag. 1646). Der Verteidiger stellte oberinstanzlich keine Anträge mehr zur Zivilklage. Der Berufungsbegründung kann sodann entnommen werden, dass die Zivilklage bei dem vom Verteidiger beantragten Ausgang des Verfahrens abzuweisen sei (pag. 1607). 28. Würdigung der Kammer Die Zivilklage der Privatklägerinnen ist weder beziffert noch begründet. Rechtsanwalt E.\_\_\_\_\_ beantragt einen Grundsatzentscheid. Mit dem Grundsatzentscheid wird über den Grundsatz der Haftpflicht verbindlich geurteilt. Das Strafgericht soll zwar, wenn immer möglich, über die Zivilklage entscheiden (Art. 126 Abs. 1 StPO). Es kann sich aber auf einen Grundsatzentscheid beschränken, wenn die vollständige Beurteilung des Zivilanspruchs unverhältnismässig aufwändig wäre. Das urteilende Strafgericht hat damit in Bezug auf die Beurteilung der Zivilforderungen einen gewissen Handlungsspielraum. Vorliegend gilt es zu bemerken, dass die genannte Zivilklage grundsätzlich nicht hinreichend begründet und beziffert wurde und somit gemäss Art. 126 Abs. 2 lit. b StPO auf den Zivilweg zu verweisen wäre. Allerdings ist es offensichtlich, dass die rechtlichen Voraussetzungen gemäss Art. 41 und Art. 47 OR für die grundsätzliche Zusprechung von Schadenersatz und / oder Genugtuungen aufgrund der fahrlässigen Tötung, wofür ein Schuldspruch erfolgte, vorliegen. Aufgrund der Dispositionsmaxime ist daher der entsprechende Antrag der Privatklägerinnen auf einen blossen Grundsatzentscheid zu respektieren (DOLGE, in: Basler Kommentar zur StPO, 2. Aufl. 2014, N. 44 zu Art. 126). Entsprechend wird die Zivilklage dem Grundsatz nach gutgeheissen und im Übrigen auf den Zivilweg verwiesen. 29. Kosten der Zivilklage Für die Beurteilung der Zivilklage werden erst- und oberinstanzliche Verfahrenskosten ausgeschieden. VII. Kosten und Entschädigung 30. Verfahrenskosten Fällt die Rechtsmittelinstanz selber einen neuen Entscheid, so befindet sie darin auch über die von der Vorinstanz getroffene Kostenregelung (Art. 428 Abs. 3 StPO). Die beschuldigte Person trägt die Verfahrenskosten, wenn sie verurteilt wird

73 (Art. 426 Abs. 1 StPO). Bei einem Freispruch trägt grundsätzlich der Kanton Bern die Verfahrenskosten (Art. 423 Abs. 1 StPO). Angesichts des Ausgangs des oberinstanzlichen Verfahrens ist die erstinstanzliche Kostenliquidation zu bestätigen. Dem Beschuldigten sind die erstinstanzlichen Verfahrenskosten von CHF 18'892.25 – sich zusammensetzend aus den auf den Beschuldigten fallenden erstinstanzlichen Verfahrenskosten von CHF 17'892.25 sowie aus den Kosten von CHF 1'000.00 für die schriftliche Urteilsbegründung – aufzuerlegen. Die Kosten des Rechtsmittelverfahrens tragen die Parteien nach Massgabe ihres Obsiegens oder Unterliegens (Art. 428 Abs. 1 StPO). Der Beschuldigte ist mit seinem Anliegen unterlegen. Die Kosten des Berufungsverfahrens sind folglich dem unterliegenden Beschuldigten aufzuerlegen. Die Verfahrenskosten werden bestimmt auf CHF 3'000.00 (Art. 24 Bst. a des Verfahrenskostendekrets [VKD; BSG 161.12]).

31. Parteientschädigungen der Straf- und Zivilklägerinnen Die Privatklägerschaft hat gegenüber der beschuldigten Person Anspruch auf angemessene Entschädigung für notwendige Aufwendungen im Verfahren, wenn sie obsiegt oder die beschuldigte Person nach Artikel 426 Abs. 2 StPO kostenpflichtig ist. Die Privatklägerschaft hat ihre Entschädigungsforderung bei der Strafbehörde zu beantragen, zu beziffern und zu belegen. Kommt sie dieser Pflicht nicht nach, so tritt die Strafbehörde auf den Antrag nicht ein (Art. 433 StPO). Die Entschädigung für die Vertretung der Straf- und Zivilklägerinnen C. \_\_\_\_\_ und D. \_\_\_\_\_ vor erster Instanz durch Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_ wurde von der Vorinstanz gemäss der eingereichten Kostennote vom 8. Dezember 2016 (pag. 918) auf insgesamt CHF 43'491.90 (Honorar von CHF 38'400.00, plus Auslagen von CHF 1'870.30 zzgl. Mehrwertsteuer von CHF 3'221.60 [anstelle von CHF 3'221.70]) festgelegt. Die Vorinstanz hielt fest, dass die Straf- und Zivilklägerinnen gegenüber dem Beschuldigten vollumfänglich obsiegt haben, weshalb dieser ihre hälftigen Parteikosten zu übernehmen hat. Die andere Hälfte des geltend gemachten Honorars fällt auf das Verfahren gegen Dr. F. \_\_\_\_\_, welcher freigesprochen wurde (pag. 993 f., S. 51 f. der erstinstanzlichen Urteilsbegründung). Dies ist zu bestätigen. Der Beschuldigte hat den Straf- und Zivilklägerinnen somit eine Parteientschädigung von CHF 21'745.95 zu bezahlen. Oberinstanzlich beantragte Rechtsanwalt E. \_\_\_\_\_ für die Vertretung der Straf- und Zivilklägerinnen mit eingereichter Kostennote vom 2. November 2018 eine Entschädigung im Umfang von 23'250.65 (2017: Honorar von CHF 2'220.00, plus Auslagen von CHF 77.70, zzgl. Mehrwertsteuer von CHF 183.80; 2018: Honorar von CHF 18'825.00, plus Auslagen von CHF 459.25, zzgl. Mehrwertsteuer von CHF 1'484.90). Die Kammer erachtet den geltend gemachten Aufwand als noch angemessen, weshalb der Beschuldigte den Straf- und Zivilklägerinnen somit eine Parteientschädigung von CHF 23'250.65 für das oberinstanzliche Verfahren zu bezahlen hat.

74 32. Entschädigung des Verteidigers Eine Entschädigung im Sinne von Art. 429 oder Art. 436 StPO ist bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht geschuldet. VIII. Verfügungen Die vorinstanzliche Verfügung unter Buchstabe C. Ziffer 2 des erstinstanzlichen Urteils (pag. 941) ist in Rechtskraft erwachsen und damit nicht neu zu verfügen.

75 IX. Dispositiv Die 1. Strafkammer erkennt: I. Es wird festgestellt, dass das Urteil des Regionalgerichts Bern-Mittelland (Einzelgericht) vom 12. Dezember 2016 insofern in Rechtskraft erwachsen ist, als weiter verfügt wurde: 1. Folgende Gegenstände werden dem H. \_\_\_\_\_ (Krankenhaus) nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückgegeben: - Mappe mit 4 Aufnahmebögen CT 11.07.2010 - Mappe 4 Aufnahmebögen CT 18.08.2010 II. A. \_\_\_\_\_ wird schuldig erklärt: der fahrlässigen Tötung, begangen am

18. August 2010 in K.\_\_\_\_\_ (Ort), zum Nach- teil von G.\_\_\_\_\_ sel. und in Anwendung der Art. 2 Abs. 2 StGB Art. 34, 42 Abs. 1, 44, 47, 117 aStGB Art. 426, 428 StPO verurteilt:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.