

ZG_OBERGERICHT S 2022 38 vom 21. April 2023

ZG Obergericht, 2023-04-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_obergericht_S_2022_38

FR: ZG_OBERGERICHT S 2022 38 du 21 avril 2023

IT: ZG_OBERGERICHT S 2022 38 del 21 aprile 2023

Regeste

Strafabteilung

Erwägungen

E. 1

Die Staatsanwaltschaft des Kantons Zug (nachfolgend: Staatsanwaltschaft) wirft Dr. med. D._____ (nachfolgend: Beschuldigter) zusammengefasst vor, er habe es in der Sprechstunde vom 25. Januar 2019, ca. 12.00 Uhr, bei seiner Patientin J._____ (nachfolgend: Verstorbene) unterlassen, Temperatur, Blutdruck und Puls zu messen, um ihre Angaben zu verifizieren und seine Schlussfolgerung (grippaler Infekt) zu bestätigen. Obschon die Schilderung der Beschwerden ein koronares Ereignis nicht ausgeschlossen hätte, habe er es auch unterlassen, dies durch objektivierbare Tests – EKG und Troponin-Test – auszuschliessen. Damit hätte er die koronare Problematik erkennen und seine Patientin in ein Spital einweisen können, wo man ihr mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte helfen und den Todeseintritt abwenden können (SE GD 1/1).

E. 1.1

Wird das Verfahren eingestellt oder die beschuldigte Person freigesprochen, so können ihr die Verfahrenskosten ganz oder teilweise auferlegt werden, wenn sie rechtswidrig und schuldhaft die Einleitung des Verfahrens bewirkt oder dessen Durchführung erschwert hat (Art. 426 Abs. 2 StPO). Das Verhalten einer beschuldigten Person ist widerrechtlich, wenn es klar gegen Normen der Rechtsordnung verstösst, die sie direkt oder indirekt zu einem bestimmten Tun oder Unterlassen verpflichten (bspw. Art. 41 Abs. 1 OR). Vorausgesetzt sind regelmässig qualifiziert rechtswidrige, rechtsgenügend nachgewiesene Verstösse. Die Verfahrenskosten müssen mit dem zivilrechtlich vorwerfbaren Verhalten in einem adäquat-kausalen Zusammenhang stehen. Eine Kostenaufgabe bei Freispruch oder Einstellung des Verfahrens verstösst gegen die Unschuldsvermutung (Art. 10 Abs. 1 StPO, Art. 32 Abs. 1 BV und Art. 6 Ziff. 2 EMRK), wenn der beschuldigten Person in der Begründung des Kostenscheids direkt oder indirekt vorgeworfen wird, es treffe sie ein strafrechtliches Verschulden. Damit käme die Kostenaufgabe einer Verdachtsstrafe gleich. Dagegen ist es mit Verfassung und Konvention vereinbar, einer nicht verurteilten beschuldigten Person die Kosten zu überbinden, wenn sie in zivilrechtlich vorwerfbarer Weise, d.h. im Sinne einer analogen Anwendung der sich aus Art. 41 OR ergebenden Grundsätze, eine geschriebene oder ungeschriebene Verhaltensnorm, die sich aus der Gesamtheit der schweizerischen Rechtsordnung ergeben kann, klar verletzt und dadurch das Strafverfahren veranlasst oder dessen Durchführung erschwert hat (Urteil des Bundesgerichts 6B_660/2020 vom 9. September 2020 E).

E. 1.2

Die nicht lege artis durchgeführte Behandlung der Verstorbenen am 25. Januar 2019 durch den Beschuldigten ist wie dargelegt erstellt. In rechtlicher Hinsicht ist dies in doppelter Hinsicht als eine rechtswidrige Handlung zu qualifizieren (Verstoss gegen Art. 398 Abs. 2 OR und § 16 GesG-ZG). Der entsprechende Verstoss erfolgte durch fahrlässiges Nichterkennen einer lege artis gebotenen Untersuchungshandlung. Ein schuldhaftes Verhalten umfasst Vor- satz und Fahrlässigkeit (vgl. Art. 41 Abs. 1 OR). Fahrlässiges Verhalten ist damit grundsätz- lich ein schuldhaftes Verhalten d.h. bereits ein leicht fahrlässiger Verstoss (wie vorliegend) ist schuldhaft im Sinne von Art. 41 Abs. 1 OR und Art. 426 Abs. 2 StPO (vgl. dazu Borbely, Die Kostentragung in Einstellungsverfügungen, in: ZStrR, Band 129 [2011], S. 434 ff.).

E. 1.3

Das Strafverfahren wurde vorliegend durch die Sorgfaltspflichtverletzung des Beschuldigten ausgelöst und primär deswegen durchgeführt. Die Etablierung der vorliegend auf einen Hausarzt anwendbaren ärztlichen Sorgfaltspflichtstandards mittels eines fachärztlichen Gut- achtens sowie die Prüfung der Handlungen und Unterlassungen des Beschuldigten nach die- sen Sorgfaltspflichtstandards waren nach Art. 6 StPO verpflichtend. Die Kausalität zwischen der Sorgfaltspflichtverletzung und dem Tod der Verstorbenen konnte sodann aufgrund der im Obduktionsgutachten von Dr. M. _____ postulierten, auffälligen zeitlichen Nähe zwischen Herzinfarkt und Behandlung durch den Beschuldigten ebenfalls nicht einfach so verworfen werden. Auch wenn in der späteren gerichtlichen Beurteilung die natürliche Kausalität zwi- schen der Sorgfaltspflichtverletzung und dem Todeseintritt nach Art. 10 Abs. 3 StPO bzw. der Beweiswürdigungsregel "in dubio pro reo" nicht erstellt werden konnte, bestand aus der Sicht der Staatsanwaltschaft nach dem Grundsatz "in dubio pro duriore" die Pflicht, den Fall anzu- klagen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass bei Tötungsdelikten regelmässig ein erhöhtes öffentlichen Interesse an deren Beurteilung durch ein Gericht besteht. Die festgestellte Sorg- faltspflichtverletzung des Beschuldigten hat die Staatsanwaltschaft zurecht veranlasst, ein Strafverfahren durchzuführen und ausgangsgemäss Anklage zu erheben. Somit kann das durchgeführte Strafverfahren zumindest bis zum erstinstanzlichen Freispruch adäquat kausal auf den Verdacht betreffend Sorgfaltspflichtverletzung des Beschuldigten zurückgeführt wer- den.

E. 1.3.1

Betreffend den Kostenspruch gilt indessen Art. 428 Abs. 3 StPO, wonach über die Kostenre- gelung bei einem neuen Entscheid der Rechtsmittelinstanz von Amtes wegen zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts 6B_655/2018 vom 4. April 2019 E 2.3). Das Verschlechte- rungsverbot gemäss Art. 391 Abs. 2 StPO greift somit beim Kostenpunkt von Gesetzes we- gen nicht.

E. 1.3.2

Es stellt sich mithin die Frage, ob diese Feststellungen – dem Gedanken von Art. 428 Abs. 3 StPO folgend – auch auf den Entschädigungspunkt übertragen werden können. Den Parteien wurde die Thematik an der Berufungsverhandlung eröffnet und sie wurden ersucht, dazu Stellung zu nehmen.

E. 1.3.3

Betreffend die von der Vorinstanz festgelegte Entschädigung von CHF 30'000.00 an den Be- schuldigten im Zusammenhang mit den Aufwendungen seiner erbetenen Verteidigung

im Untersuchungsverfahren und im erstinstanzlichen Gerichtsverfahren ist vorab festzuhalten, dass zwischen dem Kosten- und Entschädigungsspruch regelmässig ein sehr enger Konnex besteht. So folgt der Entschädigungsspruch aufgrund der inhaltsgleichen Regelungen von Art. 426 Abs. 1 und 2 StPO sowie Art. 429 Abs. 1 und Art. 430 Abs. 1 StPO üblicherweise dem Kostenspruch. Entsprechend ist es sachgerecht, bei einem reformatorischen Entscheid nicht nur über die Kosten von Amtes wegen zu entscheiden, sondern auch über die Entschädigung. Dies insbesondere dann, wenn dies in Bezug auf die Berufungsanträge der Parteien wegen der Kohärenz des Urteils als notwendig erscheint, beispielsweise wenn wie vorliegend die Staatsanwaltschaft in ihrer Berufungserklärung einen vollumfänglichen Schuldspruch beantragt, was nach der gesetzlichen Konzeption von Art. 436 Abs. 1 und Art. 429 Abs. 1 StPO eine Entschädigung ausschliesst. In der vorliegenden Prozesskonstellation würde mithin die innere Einheit des Urteilspruchs verletzt, wenn beispielsweise eine Kostenauflegung nach Art. 426 Abs. 2 StPO gleichzeitig mit einer Entschädigung gestützt auf Art. 429 Abs. 1 StPO einhergehen würde.

E. 1.3.4

Art. 391 Abs. 2 StPO steht dieser Auffassung nicht entgegen. So hat sich das Bundesgericht in BGE 139 IV 282 E. 2.5 dafür ausgesprochen, dass das Verschlechterungsverbot nicht nur für die Sanktion gilt, sondern auch für die rechtliche Qualifikation der Tat. Eine darüber hinausgehende Bedeutung kommt Art. 391 Abs. 2 StPO nicht zu. So gilt das Verbot der reformatio in peius beispielsweise bei Verwahrungen oder einer stationären Massnahme nicht (BGE 123 IV 1 E. 4c; Urteil des Bundesgerichts 6B_805/2019 vom 6. Juni 2019 E. 1.3.4). Sodann hat auch das Obergericht des Kantons Zug entschieden, dass Art. 391 Abs. 2 StPO

Seite 6/44 bei Ersatzforderungen keine Anwendung findet (GVP 2012 S. 220 ff.), während das Bundesgericht die entsprechende Frage zumindest offen liess (Urteil des Bundesgerichts 6B_1438/2017 vom 12. Oktober 2018 E. 2.4). Überdies findet Art. 391 Abs. 2 StPO wie erwähnt gemäss Art. 428 Abs. 3 StPO von Gesetzes wegen bei der Kostenregelung der Vorinstanz keine Anwendung. Entsprechend kann das Gericht den Entschädigungsspruch der Vorinstanz von Amtes wegen ohne Verletzung von Art. 391 Abs. 2 StPO abändern, wenn dies im Einklang mit den Berufungsanträgen der Staatsanwaltschaft als sachgerecht erscheinen würde.

E. 1.3.5

In Rechtskraft erwachsen sind mithin Dispositivziffer 4 (Aushändigung Blutdruckmessgerät) und die Dispositivziffern 5.1 und 5.2 (Zivilklage etc.) des vorinstanzlichen Urteils. Dies ist im Urteilsdispositiv festzuhalten. Die weiteren Dispositivziffern unterliegen aufgrund der Berufung der Staatsanwaltschaft sowie gestützt auf die obigen Erwägungen einer Überprüfung durch das Gericht. 2. Beweisanträge der Parteien

E. 1.4

Das Strafverfahren hätte entgegen der Darstellung der Verteidigung auch nicht zwingend eingestellt werden müssen, nachdem die Gutachterin Dr. M. _____ im IRM-Gutachten vom 4. März 2019 festhielt, dass sich eine Sorgfaltspflichtverletzung nicht hinreichend belegen lasse. So hält das IRM-Gutachten von Dr. M. _____, welches sich primär auf die Obduktionsbefunde fokussiert, ebenfalls fest, dass mit dem Druckgefühl des Brustkorbs und der anstrengungsabhängigen Luftnot zwei Beschwerden während des

Arztbesuchs am 25. Januar 2019 vorlagen, welche Anzeichen einer neu aufgetretenen oder sich verschlechternden Herzschwäche sein könnten (act. 3/9/6). Der Themenkreis des pflichtwidrigen Nichterkennens der Herzschwäche durch den Beschuldigten, welcher bereits im Bericht über die Leichenschau vom 26. Januar 2019 von Dr. N. _____ aufgeworfen wurde (act. 3/1), war damit bereits im IRM-Gutachten von Dr. M. _____ vom 4. März 2019 aktenkundig vermerkt. Es oblag der Staatsanwaltschaft, diesbezüglich erst gutachterlich die für einen Hausarzt geltenden Behandlungsstandards bei einem Fachspezialisten abzuklären, bevor eine Verfahrenseinstellung erfolgen konnte. Die Staatsanwaltschaft hat dies getan, indem sie ein Gutachten bei Prof. Dr. G. _____ in Auftrag gab. Eine Verfahrenseinstellung nach diesem Zeitpunkt war sodann aufgrund der Befunde im Gutachten von Prof. Dr. G. _____ vom 13. Mai 2019, welche betreffend die Sorgfaltspflichtverletzung auch vor dem Gericht stand-

Seite 40/44 hielten, ausgeschlossen. Auch betreffend das komplexe Themenfeld der Kausalität war ein gerichtlicher Entscheid zwingend geboten.

E. 1.5

Der Beschuldigte hat somit gestützt auf Art. 426 Abs. 2 StPO die Kosten des Untersuchungsverfahrens und des erstinstanzlichen Gerichtsverfahrens zu tragen. Die Unschuldsumutung wird durch diesen Kostenspruch nicht tangiert, zumal eine fahrlässige Sorgfaltspflichtverletzung eines Arztes nicht strafbar ist und mithin die Kostenauflegung gar keinen indirekten Vorwurf einer strafbaren Handlung beinhalten kann.

E. 1.6

Gestützt auf Art. 428 Abs. 3 StPO ist der Kostenspruch der Vorinstanz dahingehend abzuändern, dass der Beschuldigte verpflichtet wird, die Kosten des Untersuchungsverfahrens und des erstinstanzlichen Hauptverfahrens zu tragen. Die Höhe der Kosten wurde von den Parteien nicht beanstandet. Die aktenkundige Rechnung des Leichentransports (act. 10/2) sowie die polizeilichen Auswertungskosten betreffend das Blutdruckmessgerät (act. 10/11) wurden von der Staatsanwaltschaft zurecht nicht auf den Beschuldigten überwält (SG GD 1/3). Die Höhe der Kostennote der Staatsanwaltschaft von CHF 11'633.68 hält damit einer Überprüfung stand. Der Beschuldigte hat diese Kosten zusammen mit der Gebühr und den Auslagen der Vorinstanz zu tragen.

E. 1.7

Ein Entschädigungsanspruch des Beschuldigten für seine anwaltlichen Aufwendungen im Untersuchungsverfahren und im erstinstanzlichen Hauptverfahren besteht gemäss Art. 430 Abs. 1 lit. a StPO nicht. Der Entschädigungsspruch der Vorinstanz ist durch das Gericht trotz fehlenden Berufungsanträgen der Staatsanwaltschaft im Entschädigungspunkt abzuändern (vgl. dazu E. I.1. Ziff. 1.3.3 und 1.3.4). 2. Berufungsverfahren

E. 2

Die Hauptverhandlung vor dem Strafgericht des Kantons Zug, Einzelgericht (nachfolgend: Vorinstanz), fand am 1. Juli 2022 statt, an welcher der Beschuldigte sein erbetener Verteidiger und die zuständige Staatsanwältin teilnahmen (SE GD 9/1). Der Beschuldigte wurde dabei zur Person und zur Sache befragt, wobei bei der Befragung zur Sache mangels Entbindung vom ärztlichen Berufsgeheimnis nur allgemeine Aussagen erfolgten (SE GD 9/2). Nach Abschluss des Beweisverfahrens, den Parteivorträgen und des Schlusswortes des Beschuldigten unterbrach die Vorinstanz die Verhandlung zwecks Urteilsberatung. Das

Urteil wurde anschliessend mündlich eröffnet und begründet sowie das schriftliche Urteilsdispositiv den anwesenden Parteien ausgehändigt (SE GD 9/1 S. 5-6; SE GD 10/1). An den Rechtsvertreter des Privatklägers wurde es gleichentags versandt.

E. 2.1

Die Kosten des Rechtsmittelverfahrens vor dem Berufungsgericht tragen die Parteien grundsätzlich nach Massgabe ihres Obsiegens oder Unterliegens (Art. 428 Abs. 1 StPO). Ob eine Partei als obsiegend oder unterliegend gilt, hängt davon ab, in welchem Ausmass ihre vor Berufungsgericht gestellten Anträge gutgeheissen wurden. Gemäss § 24 Abs. 1 KoV OG gilt im Berufungsverfahren die gleiche Entscheidgebühr wie für erstinstanzliche Entscheide. Gemäss § 23 Abs. 1 lit. b KoV OG beträgt die Gebühr für erstinstanzliche Entscheide des Strafgerichts CHF 500.00 bis CHF 20'000.00.

E. 2.2

Die Gebühr des zweitinstanzlichen Verfahrens ist auf CHF 3'000.00 festzusetzen. Die Staatsanwaltschaft unterliegt im Berufungsverfahren mit ihren Anträgen. Da die Staatsanwaltschaft keine Änderung des erstinstanzlichen Kosten- und Entschädigungsentscheids beantragte, kann sie diesbezüglich nicht als obsiegend eingestuft werden. Die Kosten des zweitinstanzlichen Verfahrens sind mithin vollumfänglich auf die Staatskasse zu nehmen.

E. 2.3

Gemäss Art. 436 Abs. 1 StPO richtet sich der Entschädigungsanspruch der beschuldigten Person im Berufungsverfahren nach Art. 429-434 StPO. Vorliegend wäre wie dargelegt gestützt auf Art. 430 Abs. 1 lit. a StPO die Entschädigung zu verweigern. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind jedoch trotz des Verweises in Art. 436 Abs. 1 StPO auf Art. 430 Abs. 1 lit. a StPO die Entschädigungsansprüche in jeder Prozessphase unabhängig vom Ergebnis der ersten Instanz getrennt zu prüfen (BGE 142 IV 163 E. 3.2.2). Gemäss der Seite 41/44 Botschaft hat dabei die (obsiegende) beschuldigte Person selbst dann einen Anspruch auf Entschädigung, wenn hinsichtlich des erstinstanzlichen Verfahrens die Voraussetzungen von Art. 426 Abs. 2 StPO erfüllt waren (vgl. Botschaft zur Vereinheitlichung des Strafprozessrechts, BBl 2005 1332). Folglich bewirkt ein Freispruch in erster Instanz, welcher von der Staatsanwaltschaft berufsungsweise angefochten wurde, eine Unterbrechung der Kausalität zwischen der schuldhaften Rechtsverletzung, welche zur Kostenauflegung nach Art. 426 Abs. 2 StPO (bzw. zur Verweigerung der Entschädigung nach Art. 430 Abs. 1 lit. a StPO) führte, zumal die Berufung der Staatsanwaltschaft wie dargelegt abgewiesen werden muss. Dementsprechend kann dem Antrag des Beschuldigten auf Ersatz von angemessenen prozessualen Aufwendungen im Berufungsverfahren gefolgt werden.

E. 2.4

Der erbetene Verteidiger reichte dem Gericht eine Honorarnote über CHF 8'899.25 ein (inkl. MWST und Annahmen für noch nicht erbrachte Dienstleistungen hinsichtlich Berufungsverhandlung und Fallabschluss). Wie dem erbetenen Verteidiger schon bei der Vorinstanz aufgezeigt werden musste, beträgt der angemessene Stundensatz vorliegend gemäss § 15 der Verordnung des Obergerichts über den Anwaltstarif (AnwT) CHF 220.00. So ergaben sich keine rechtlichen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem vorliegenden Fall, wobei die umfangreichen medizinischen Auffassungen der Fachgutachter und die diesbezügliche Auseinandersetzung durch das zeitliche Element der

Honorarnote abzugelten sind (Verweis auf OG GD 1 S. 25). Hinsichtlich der verrechneten Stunden erscheint die Honorarnote deswegen gerade noch knapp als angemessen. Der geschätzte Stundenaufwand für die Berufungsverhandlung ist um 2,5 Stunden zu erhöhen. Insgesamt beträgt der zu entschädigende Stundenaufwand 35,33 Stunden. Dies ergibt ein Honoraranspruch von CHF 8'435.00 (35,33 x CHF 220.00 + CHF 62.10 [Spesen] + 7.7 % MwSt).

E. 2.5

Der Anspruch des Beschuldigten auf Entschädigung in der Höhe von CHF 8'435.00 im Zusammenhang mit dem Berufungsverfahren ist mit dem Anspruch des Staats im Zusammenhang mit den dem Beschuldigten auferlegten Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens und des Untersuchungsverfahrens von insgesamt CHF 14'070.18 zu verrechnen (Art. 442 Abs. 4 StPO). IV. Mitteilungen 1. Ärzte unterstehen im Kanton Zug gemäss § 6 GesG grundsätzlich einer Bewilligungspflicht. Gemäss § 10 Abs. 3 GesG melden u.a. die Gerichte der Gesundheitsdirektion Wahrnehmungen, die für einen Bewilligungsentzug erheblich sein könnten. Ein Bewilligungsentzug ist dabei gemäss § 10 Abs. 1 c und e GesG möglich, wenn der Bewilligungsinhaber entweder wiederholt oder schwerwiegend seine Berufspflichten verletzt oder gegen das Gesundheitsgesetz verstossen hat. 2. Wie gerichtlich festgestellt, hat der Beschuldigte gegen § 16 Abs. 1 GesG verstossen. Der Verstoss war indessen weder wiederholt noch schwerwiegend. Effektiv kann das Verhalten des Beschuldigten vorliegend prima vista als eine leichtere unbewusste Fahrlässigkeit eingestuft werden, welche zwar potentiell schwerwiegende Folgen gehabt hätte (falls der Tod als kausale Folge der Sorgfaltspflichtverletzung erstellt worden wäre), aber von der Art der Sorgfaltspflichtverletzung her keineswegs grob oder schwerwiegend war. Dabei kann auch zu-

Seite 42/44 gunsten des Beschuldigten gewürdigt werden, dass der entsprechende unglückliche Verlauf mit einem Herzinfarkt bei einem atypischen Beschwerdebild (sofern der Herzinfarkt überhaupt bereits am Mittag eingetreten war) in zeitlicher Nähe zur Arztvisite eher ungewöhnlich war. Eine Meldung an die Gesundheitsdirektion erübrigt sich vor diesem Hintergrund.

Seite 43/44 Urteilsspruch 1. Es wird festgestellt, dass das Urteil des Strafgerichts des Kantons Zug, Einzelgericht, vom 1. Juli 2022 hinsichtlich folgender Dispositivziffern in Rechtskraft erwachsen ist: "4. Die Zuger Polizei wird beauftragt, dem Privatkläger B. _____ oder seiner Rechtsvertretung nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils das bei J. _____ sel. sichergestellte und beim Dienst Kriminaltechnik der Zuger Polizei (ZG 2019 1 405) gelagerte Blutdruckmessgerät (boso medicus) auszuhändigen. Falls dieses nicht innerhalb von 30 Tagen nach entsprechender Aufforderung durch die Zuger Polizei abgeholt wird, kann es vernichtet werden. 5.1 Die Zivilklage des Privatklägers B. _____ wird abgewiesen. 5.2 Der Antrag des Privatklägers, den Beschuldigten zu einer Parteientschädigung zu verpflichten, wird abgewiesen." 2. Die Berufung der Staatsanwaltschaft wird abgewiesen. 3. Der Beschuldigte D. _____ wird freigesprochen vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung gemäss Art. 117 StGB. 4. Die Kosten des Vorverfahrens und des erstinstanzlichen Gerichtsverfahrens betragen CHF 14'070.18 und werden in Abänderung des Kostenspruchs der Vorinstanz dem Beschuldigten auferlegt. 5. Der Beschuldigte wird für seine Aufwendungen im Zusammenhang mit seiner erbetenen Verteidigung im Vorverfahren und im erstinstanzlichen Gerichtsverfahren in Abänderung des Entschädigungsspruchs der Vorinstanz nicht entschädigt. 6. Die Kosten des

Berufungsverfahrens betragen CHF 3'000.00Entscheidgebüür CHF 1'130.00Auslagen (inkl. Zeugenentschädigungen von total CHF 1'000.00) CHF 4'130.00Total und werden auf die Staatskasse genommen.

E. 3

Mit Schreiben vom 5. Juli 2022 meldete die Staatsanwaltschaft bei der Vorinstanz Berufung an (SE GD 3/2). Der Privatkläger meldete am 12. Juli 2022 ebenfalls Berufung an (SE GD 5/3).

E. 3.1

Legalinspektion und Obduktionsbefunde

E. 3.1.1

Gemäss dem Bericht des Amtsarztes Dr. N. _____ vom 26. Januar 2019 sei der Tod der Verstorbenen am 25. Januar 2019 um 17:16 Uhr mit dem Ende der Reanimationsbemühungen durch den Rettungsdienst festgestellt worden. Als Todesursache sei ein kardiovaskuläres Geschehen wahrscheinlich. Als Todesart sei ein natürlicher Tod wahrscheinlich, aber nicht sicher; diesbezüglich müsse erst Fahrlässigkeit ausgeschlossen werden. Der Leichnam werde zum Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich (nachfolgend: IRM) transportiert, um die Todesursache weiter abzuklären (act. 3/1/1 ff.).

E. 3.1.2

Am 4. April 2019 erstattete das IRM (Dr. M. _____) gestützt auf die Obduktion der Verstorbenen ein amtliches Gutachten zur Todesursache. Als Todesursache wurde ein akutes Herzversagen infolge eines frischen Herzmuskelfarktes festgestellt. Eine Untersuchung durch das IRM habe einen Verschluss des umschlingenden Astes der linken Herzkranzschlagader durch ein frisches Blutgerinnsel ca. 5 cm ab Abgang von der Brusthauptschlagader erkannt. Dazu würde ein frischer Herzmuskelfarkt an der linken Herzkammerhinterwand mit Einblutungen in das Gewebe und beginnender Einwanderung neutrophiler Granulozyten korrespondieren. Festgestellt wurden ferner geringe Wandverkalkungen an der abgangsnahen linken Herzkranzschlagader, ein zu grosses und zu schweres Herz mit einem Herzgewicht von 390g und einem 41-prozentigen relativen Herzübergewicht nach Zeek, eine Erweiterung des rechten Herzens, eine diskrete Halsvenenstauung, ein Hirn- und Lungenödem sowie eine Blutstauung der inneren Organe. Es seien mehrere Befunde erhoben worden, welche als Indizien hinsichtlich eines Krampfanfalls sowie als Folgen der Wiederbelebungs- massnahmen interpretiert werden könnten. Ursächlich für den festgestellten Herzinfarkt sei ein Verschluss des umschlingenden Astes der linken Herzkranzschlagader durch ein frisches Blutgerinnsel gewesen. Es hätten Anzeichen für eine vorbestehende krankhafte Veränderung des Herzens bestanden, so u.a. das vergrösserte und zu schwere Herz. Aufgrund der mikro- skopischen Untersuchung des Herzinfarktes lasse sich dieses Ereignis auf ca. 4 bis 12 Stunden vor dem Tod eingrenzen. Es sei somit möglich, dass der akute Herzinfarkt zum Zeitpunkt der Arztkonsultation bereits bestanden habe. Folge man den Angaben des Beschuldigten, seien keine eindeutigen, Herzinfarkt-spezifischen Symptome wie Schmerzen im Schulter- und Armbereich oder eine belastungsunabhängige Atemnot von der Verstorbenen geäussert worden und diese sei praktisch beschwerdefrei gewesen. Es lasse sich zum aktuellen Kenntnisstand eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung nicht hinreichend belegen (act. 3/9/1 ff.).

E. 3.2

Zustand der Verstorbenen beim Arztbesuch am 25. Januar 2019

E. 3.2.1

Aus der elektronischen Krankenakte der Verstorbenen ergibt sich, dass am 25. Januar 2019 eine Konsultation beim Beschuldigten stattfand. Dabei wurden die Laborwerte der Verstorbenen festgehalten. Der Beschuldigte vermerkte dabei um 12:11 Uhr die folgende Anamnese: "Ist erkälet [recte: erkältet] mit Husten und Anstrengungsdyspnoe seit Wochen mit Schleim, nicht heiss/kalt, schlapp, intermittierender thorakaler Druck, keien [recte: keine] Schwellun- gen, schaut mal mit dem Herz" (act. 5/3/2).

Seite 13/44

E. 3.2.2

Der Beschuldigte stellte den Arztbesuch der Verstorbenen am 25. Januar 2019 in seiner Ein- vernahme vom 7. Februar 2019 wie folgt dar:

E. 3.2.3

Er vermute, die Verstorbene habe am 25. Januar 2019 seine Praxis wegen einer Erkältung aufgesucht. Er schätze, dass die Behandlung um ca. 12.00 Uhr begonnen und ca. 25-30 Minuten gedauert habe (act. 1/2 Ziff. 8-10). Er habe die üblichen Probleme mit der Verstorbenen besprochen, insbesondere muskuloskelettale Probleme etc. Die Beschuldigte habe einen erhöhten Blutdruck gehabt, welcher behandelt worden sei. Sie habe diesen zu Hause gemessen. Er habe sich nach den Medikamenten erkundigt. Die Verstorbene habe ihm gesagt, dass sie (1.) erkältet sei und (2.) Temperatur habe, dass ihr (3.) heiss und kalt sei und sie (4.) schwitze. Dies seit einer Woche. Sie habe ferner über (5.) eine belastungsabhängige Atemnot erzählt, zum Beispiel beim Treppensteigen. Sie habe (6.) Husten mit wenig Auswurf. Sie habe über einen (7.) leichten thorakalen und belastungsabhängigen Druck über der Brust sowie (8.) über ein intermittierendes Kribbeln in den Fingerkuppen links (ohne Daumen) geklagt. Das Kribbeln habe sie häufiger als den Druck über der Brust (act. 2/1 Ziff. 11).

E. 3.2.4

Der Beschuldigte legte in der Einvernahme vom 7. Februar 2019 weiter dar, dass er eine La- boranalyse von der Arztgehilfin erhalten habe. Die (9.) Entzündungswerte seinen marginal erhöht gewesen; die Leukozyten im oberen Normbe- reich mit Linksverschiebung, CRP sei im Normbereich gewesen. Es sei nicht ungewöhnlich, wenn die Entzündungswerte marginal erhöht seien, wenn jemand erkältet sei. Er habe dann bei der Verstorbenen noch genauer nachgefragt. Die Verstorbene habe ihm (10.) keine Schmerzen im Schulter-/Armbereich beidseits geschildert. Die Atemnot habe ihrer Darstellung nach nur bei Anstrengung bestanden, was er extra nachgefragt habe. Sie habe ferner (11.) Herzklopfen bei Positionswechsel, zum Beispiel vom Liegen ins Sitzen. Dies sei nichts Aussergewöhnliches gewesen, dies höre man häufig bei Infekten (act. 2/1 Ziff. 11). Die Ver- storbene sei bei ihm praktisch beschwerdefrei gewesen, d.h. sie habe ihm gesagt, sie sei nicht stark gestört oder eingeschränkt.

E. 3.2.5

Der Beschuldigte fügte hinzu, die geschilderten Beschwerden seien von geringer Ausprä- gung gewesen, weswegen er eine koronare Problematik ausgeschlossen habe. So wie sie es erzählt habe, sei absolut nichts Bedrohliches, Aussergewöhnliches dabei gewesen; sie sei

sehr locker gewesen. Seiner Erfahrung nach würden die Leute die Beschwerden bei einem akuten koronaren Syndrom ganz anders schildern, zumal es sich um einen aussergewöhnlichen Schmerz handle (act. 2/1 Ziff. 12). Es sei ein typischer Erkältungsfall mit leichten bis mässigen Symptomen gewesen (act. 2/1 Ziff. 24). Er habe daraufhin einen Untersuchung durchgeführt, indem er die Lunge und das Herz abgehört und geschaut habe, ob die Halsvenen gestaut seien. Er habe nichts Auffälliges festgestellt. Er sehe solche Beschwerden häufig und sei deshalb nicht beunruhigt gewesen. Die Symptome hätten gestimmt (act. 2/1 Ziff. 12). Er habe den Blutdruck der Verstorbenen nicht gemessen (act. 2/1 Ziff. 19).

Seite 14/44

E. 3.2.6

Der Beschuldigte führte sodann aus, dass die Verstorbene eine leichte, unbehandelte Zuckerkrankung gehabt habe; die gemessenen Werte seien aber nicht dramatisch gewesen (act. 2/1 Ziff. 15).

E. 3.2.7

In einer Aktennotiz vermerkte L. _____, Tochter der Verstorbenen, dass diese am Vorabend der Arztvisite beim Beschuldigten noch an einem Familienanlass teilgenommen habe. Sie habe am 25. Januar 2019 um ca. 14.40 Uhr mit ihrer Mutter telefoniert. Diese habe Schmerzen im Arm und Druck auf der Brust sowie starken Husten und Schmerzen in der Brust geschildert. Sie habe aber nicht detailliert geschildert, was sie während des Arztbesuchs am Mittag dem Beschuldigten gesagt habe. Um 16.20 Uhr habe sie erneut mit ihrer Mutter telefoniert. Diese habe ihr mitgeteilt, dass ihr zwischenzeitlich übel sei und sie habe erbrechen müssen. Um 16.40 Uhr sei sie bei ihrer Mutter eingetroffen, welche sie liegend angetroffen habe (act. 12/3). Im Legalinspektionsbericht ist ferner vermerkt, dass L. _____ in Anwesenheit ihres Bruders dem Amtsarzt gesagt haben soll, dass ihre Mutter schon seit ein paar Tagen über Schmerzen in der Brust geklagt habe (act. 3/1/1 f.).

E. 3.3

Amtliche Gutachten und Zeugenvernehmung

E. 3.3.1

Am 12. August 2020 erstattete das IRM (Dr. M. _____) ein amtliches Ergänzungsgutachten zum Obduktionsgutachten vom 4. April 2019. Die Gutachterin hielt fest, dass sich die Verstorbene wenige Stunden vor ihrem Tod am 25. Januar 2019 mit zu einer Erkältung passenden Beschwerden bei ihrem Hausarzt vorgestellt habe. Insbesondere der Druck über der Brust und die belastungsabhängige Atemnot könnten durchaus im Rahmen einer Erkältung auftreten. Differenzialdiagnostisch sei bei Druck auf der Brust und belastungsabhängiger Atemnot auch an ein akutes Koronarsyndrom zu denken. Der Beschuldigte habe dies aufgrund der Beschwerdefreiheit der Verstorbenen ausgeschlossen. Es sei aber möglich, dass insbesondere bei Frauen häufiger atypische, diffusere Symptome bei einem Herzinfarkt auftreten. Zur Bestätigung oder Ausschluss eines Herzinfarkts sei neben der Anamnese die Ableitung eines Elektrokardiogramms (nachfolgend: EKG) und die Bestimmung der herzmuskelspezifischen Laborparameter (Troponin T und I, CK-MB) sowie gegebenenfalls weitere herzmuskelspezifische Laborparameter (Myoglobin, LDH etc.) zu erfassen. Es gebe zwei verschiedene Herzinfarktarten. Bei ST-Hebungsinfarkten würden spezifische EKG-Veränderungen

vorliegen. Bei Non-ST-Hebungsinfarkten würden solche mittels EKG erkennbare Veränderungen fehlen. Im Blut seien bei einem Herzinfarkt Troponin T und Myoglobin zum frühesten Zeitpunkt nach zwei bis drei Stunden erhöht. Entsprechend könne es vorkommen, dass ein Non-ST-Hebungsinfarkt in einem frühen Stadium und mit klinisch gering ausgeprägter Symptomatik trotz korrekt ergriffener diagnostischer Massnahmen gegebenfalls nicht erkannt werde. Ob dies vorliegend der Fall sei (d.h. Non-ST-Hebungsinfarkt, frühes Stadium ohne Entwicklung von Troponin-T- und Myoglobin-Auffälligkeiten), könne nicht geklärt werden. Die Auskultation des Herzens und der Lunge (wie vom Beschuldigten an der Behandlung vorgenommen) sei indessen nicht geeignet, einen Herzinfarkt auszuschliessen. Da der Entstehungszeitraum des Herzinfarkts ca. 4 bis 12 Stunden vor dem Tod der Verstorbenen gewesen sei, lasse sich nicht zweifelsfrei belegen, ob der Herzinfarkt bei der Hausarztkonsultation bereits vorlag oder erst kurzfristig danach eintrat und diesfalls für den Beschuldigten nicht feststell- oder vorhersehbar gewesen wäre. Die vorliegenden Laborwerte (d.h. erhoben an der Hausarztkonsultation vom 25. Januar 2019) mitsamt einer Linksverschiebung der normwertigen weissen Blutkörperchen und ein normwertiger Entzündungswert Seite 15/44 CRP seien vereinbar mit einer Erkältungssymptomatik, würden aber einen Herzinfarkt nicht ausschliessen (act. 3/12/1 ff.).

E. 3.3.2

Im amtlichen Ergänzungsgutachten vom 9. April 2021 führte Dr. M. _____ aus, dass sich an ihrem Kenntnisstand zwischen den Gutachten vom 4. April 2019 und dem Ergänzungsgutachten vom 12. August 2020 nichts geändert habe. Sodann sehe sie sich in der Lage, Laborwerte zu interpretieren, zumal dies nicht über das medizinische Basiswissen hinausgehe, welches jeder Arzt im Medizinstudium erlerne (act. 3/22/12).

E. 3.3.3

Am 13. Mai 2019 erstattete Prof. Dr. G. _____, Ordinarius am Institut für Hausarztmedizin der Universität O. _____, ein amtliches Gutachten. Dieses umfasst im Wesentlichen die nachfolgenden Kernaussagen: - Folgende Diagnosen könnten bei der Verstorbenen anhand der Akten erstellt werden: (1.) angeborene Deformität der rechten Hand, (2.) Arterieller Hypertonus; (3.) Diabetes mellitus Typ 2; (4.) Hypercholesterinämie; (5.) Hypothyreose; (6.) Depression; (7.) Osteoporose; (8.) persistierender Nikotinkonsum; (9.) glutensensitive Enteropathie, Marsh Typ 3c; (10.) Rezidivierender Eisenmangel; (11.) Status nach Spontanabgang bei Urolithiasis links; (12.) Lichenoide Entzündungsreaktion mit Pigmentinkontinenz. Die genannten Diagnosen würden sich teilweise nicht explizit in der Krankenakte der Verstorbenen finden, weswegen diese nicht den gesetzlichen Anforderungen zur medizinischen Dokumentation genüge. - Prof. G. _____ fasste die Anamnese gemäss Krankenakte der Verstorbenen vom 25. Januar 2019 zusammen (Anstrengungsdyspnoe...mit Schleim seit einer Woche; nicht heiss/kalt; schlapp; intermittierender thorakaler Druck) und schilderte die Aussagen des Beschuldigten (belastungsabhängige Atemnot, zum Beispiel beim Treppensteigen, nur bei Anstrengung; Husten mit wenig Auswurf). Er schloss daraus im folgenden Absatz des Gutachtens, dass belastungsabhängige "Thoraxschmerzen", ein Druckgefühl in der Brust unter Umständen mit einer "Ausstrahlung in den linken Arm" etc. das Kardinalsymptom eines akuten Koronarereignisses seien. Obwohl die Patientin angegeben habe, sie habe Temperatur, sei keine Messung erfolgt. Eine "Kaltschweissigkeit" und "Schwitzen" seien ebenfalls typische

Symptome eines Herzinfarkts. Insgesamt würden die in der Sprechstunde geschilderten Symptome lehrbuchhaft ein akutes Koronarsyndrom, resp. einen Myokardinfarkt beschreiben (act. 3/17/5). - Betreffend die Frage, ob die Verstorbene eine Risikopatientin hinsichtlich einer Herzkrankheit gewesen sei, führte der Gutachter aus, dass es diesbezüglich mehrere validierte Instrumente gebe. Die meisten würden der Einschätzung des Risikos in den nächsten 10 Jahren dienen, so bspw. die ESC-Score, die Procam-Score sowie die auf Schweizer Verhältnisse adaptierte AGLA-Score. Diese würden alle ein 10-Jahresrisiko betrachten. Für Akutsituationen sei die weitverbreitete Morise-Score entwickelt worden, welche die generellen kardiovaskulären Risikofaktoren wie Rauchen, Hypercholesterinämie, Diabetes, Hypertonus und weitere vorbestehende Faktoren mit der Akutsymptomatik (insbesondere einer Angina pectoris) kombiniere. Die Moris-Score sei in Fällen wie dem vorliegenden als Orientierungshilfe für den Arzt gedacht, um das Risiko für eine koronare Herzerkrankung zu erkennen. Die Punktezahl bei der Verstorbenen laute dabei gemäss dem Raster der

Seite 16/44 Morise-Score wie folgt: +9 Lebensalter +3 Postmenopausal +5 typische Angina pectoris Beschwerden +2 behandelte Diabetes +1 behandelte Hypertonie +1 behandelte Hypercholesterinämie +1 aktive Raucherin Dies ergebe 21 Punkte [recte: 22 Punkte]. Sodann sei der BMI 26.6 und liege damit nahe bei 27, wo für Adipositas ein weiterer Punkt zu vergeben sei. Die kardiovaskuläre Familienanamnese sei sodann unbekannt. Diese sei letztlich nicht relevant, da bereits ab 15 Punkten von einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit für eine koronare Herzkrankheit (KHK) ausgegangen werden müsse. Die Verstorbene sei somit eine kardiovaskuläre Risikopatientin. Die Angina pectoris Symptomatik sei lehrbuchhaft gewesen (thorakales Druck-/Engegefühl, Belastungsdyspnoe, Ausstrahlung linker Arm; act. 3/17/5 f.). - Die wesentliche Funktion des Hausarztes sei es, sogenannte "abwendbar gefährliche Verläufe" (nachfolgend: AGV), zu erkennen. Jede Symptomkonstellation habe typische AGVs, welche es zu erkennen gelte. Bei Thoraxschmerz sei dies neben dem akuten Herzinfarkt resp. der instabilen Angina pectoris die Lungenembolie. Es sei nicht so sehr die Aufgabe des Hausarztes, eine sichere Diagnose abzugeben, sondern jene schwerwiegenden Erkrankungen nicht zu verpassen, die sich hinter einer Symptomkonstellation verbergen können und lebensbedrohlich sein könnten. Es treffe zu, dass die vorliegenden Symptome auch bei einem Grippeinfekt auftreten könnten, allerdings sei ein Druckgefühl auf der Brust auch für einen grippalen Infekt eher untypisch, sicher aber die Verstärkung unter körperlicher Belastung und die Ausstrahlung in den Arm. Die entsprechende Abgeschlagenheit bei einem grippalen Infekt und die verringerte Belastbarkeit äussere sich gerade nicht in einem thorakalen Engegefühl. Diese seien typisch für eine Angina pectoris (act. 3/17/7-8). - Bei dieser Ausgangslage seien lehrbuchhaft alle typischen Symptome betreffend akutes Koronarsyndrom vorgelegen. Um diesen AGV auszuschliessen, habe es mit Sicherheit nicht gereicht, dass die Symptome in vermeintlich geringer Ausprägung vorlagen. Insbesondere schweren kardiovaskulären Ereignissen wie Apoplexen oder Myokardinfarkten würden häufig Prodromalphasen mit geringerer Ausprägung vorausgehen. Der Abschluss eines akuten Koronarsyndroms wie auch die Alternativdiagnose hätten substantiiert werden müssen. Dazu wäre es notwendig gewesen, den Puls zu messen, ein EKG sei zwingend indiziert gewesen und in Abhängigkeit des Ergebnisses sei überdies auch ein Troponin-T-Test indiziert gewesen. Diese Abklärungen hätten weniger als 30 Minuten gedauert (act. 3/17/8 f.; vgl. auch act. 3/17/11 f.). - Betreffend die vom Beschuldigten gestellte Diagnose eines grippalen Infekts müsse man feststellen, dass diese nicht wirklich nachweisbar sei. So würden die

Laboraufzeichnungen weder eine Erhöhung der Leukozyten, noch eine Erhöhung des CRP zeigen. Ein vira-

Seite 17/44 ler oder bakterieller Infekt erscheine aufgrund dieser objektiven Befunde eher als unwahrscheinlich (act. 3/17/9). - Zusammenfassend sei es nicht zulässig, allein aufgrund der geringen Ausprägung der Beschwerden, was einen rein subjektiven Eindruck widerspiegeln, von weiterer Diagnostik abzusehen. Dies sei bei der vorliegenden Konstellation als grobe Sorgfaltspflichtverletzung zu werten. Dies umso mehr als es für die gestellte Diagnose des akuten respiratorischen Infekts keine nachvollziehbaren objektiven Belege gegeben habe. Das Vorgehen des Beschuldigten habe nicht dem fachärztlichen Standard entsprochen (act. 3/17/9). Das Unterlassen weiterer Diagnostik aufgrund eines subjektiven Eindrucks sei im vorliegenden Fall zu Unrecht erfolgt (act. 3/17/13). - Bei einer lege artis Diagnostik wäre das vorliegende akute Koronarsyndrom mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erkannt worden. Aufgrund des Obduktionsergebnisses sei davon auszugehen, dass eine Verbringung in den Notfall eines Spitals den Tod der Verstorbenen hätte abwenden können. So sei der Infarkt gemäss Obduktionsergebnis nicht unmittelbar tödlich gewesen (act. 3/17/12).

E. 3.3.4

Am 17. Juni 2020 erstellte Prof. Dr. G. _____ ein Ergänzungsgutachten hinsichtlich einzelner Kritikpunkte, welche die Verteidigung in ihrer Stellungnahme vom 7. Mai 2020 aufzeigte. - Prof. Dr. G. _____ legte darin den bereits erläuterten Unterschied zwischen der Morise-Score und der AGLA-Score dar. Insbesondere sei die AGLA-Score nicht für Akutsituationen gedacht. Die Morise-Score werde hingegen in einer Akutsituation angewendet. Aus dessen Ergebnis könne man das weitere diagnostische Handeln ableiten. Bei einem Punktwert von mehr als 15 seien weitere Tests indiziert, so bspw. ein EKG und ein Troponin-T-Test (act. 3/20/2). Der AGLA-Test sei in der Praxis häufiger, er sei allerdings für den vorliegenden Fall kein geeignetes Instrument gewesen. In der aktuellen medizinischen Ausbildung würde er dies zusammen mit Prof. P. _____ den Studenten an der Universität O. _____ lehren (act. 3/20/3). Sodann sei vom Beschuldigten auch kein AGLA-Test durchgeführt worden, dies sei auch nicht möglich gewesen, da der Beschuldigte der Verstorbenen nie den Blutdruck gemessen habe. Dessen Ansicht, von einer Blutdruckmessung in der Praxis wenig zu halten, sei im Widerspruch zur medizinischen Lehre (act. 3/20/3 f.). Allerdings hätte auch die Erhebung der AGLA-Score mit einem Wert von 19,3 % (Risikoeintrittswahrscheinlichkeit auf 10 Jahre) vorliegend darauf hingedeutet, dass die Verstorbene eine kardiovaskuläre Risikopatientin gewesen sei (act. 3/20/4). - Die Morise-Score würde bei der Verstorbenen auch ohne Diabetes mellitus und Familienanamnese bei 20 und damit weit über dem Grenzwert von 15 liegen (act. 3/20/5). Die Diagnose einer Diabetes mellitus habe im Übrigen der Beschuldigte selber gestellt (act. 3/20/10). Auch wenn es keine zwingende Verpflichtung gebe, die Morise-Score einzusetzen, seien solche Scores wichtig, denn sie würden dem Arzt eine stützende Checkliste liefern und ihm erleichtern, systematisch alle wichtigen Aspekte zu berücksichtigen. Letztlich reflektiere die Morise-Score nur Befunde oder Aspekte, auf welche sich jeder klinisch erfahrene Arzt seine Diagnose bzw. sein weiteres Vorgehen ohnehin stützen würde (act. 3/20/5). Die Diskussion betreffend Morise-Score und AGLA-Score sei auch nicht ent-

Seite 18/44 scheidend, sondern dass bei der Verstorbenen eine Konstellation von Risikofaktoren und klinischer Symptomatik im Sinne von "red flags" hinsichtlich eines

akuten Koronarsyndroms offensichtlich gewesen sei. Die genannten weiteren Abklärungen (Blutdruckmessung, EKG) seien einfach und geboten gewesen (act. 3/20/5 f.). Hinsichtlich der Nennung eines anderen Sachverhalts (vgl. Dr. S., Ereignis vom 23. April 2018) handle es sich ferner um einen Transkriptionsfehler; Textbausteine seien nicht verwendet worden; der Fehler habe keine Auswirkungen auf die Aussagen im Gutachten (act. 3/20/6). Sodann seien Dyspnoe und Thoraxschmerzen "red flags"; dies unabhängig von einer ex-ante oder ex-post Betrachtung. Die Diagnostik müsse breit erfolgen und gefährliche und abwendbare Verläufe adressieren. Die Herangehensweise des Beschuldigten sei nicht ergebnisoffen gewesen, sondern habe sich auf einen unbegründeten pulmonalen Infekt fokussiert (act. 3/20/7). - Der Gutachter führte sodann aus, dass er sich als Ordinarius für Hausarztmedizin der Universität O._____, Mitglied der Weiterbildungskommission der Schweizer Gesellschaft für Allgemeinmedizin sowie Mitglied diverser Fachkommissionen durchaus bewusst sei, welcher Standard gelte. Das Argument, er würde die Perspektive des Praktikers nicht würdigen, könne er nicht gelten lassen, zumal jeder Medizinstudent, der in einem Fall wie dem vorliegenden keine kardiovaskuläre Abklärung veranlassen würde, an der Prüfung durchfallen würde (act. 3/20/8). - Sodann treffe es nicht zu, dass ein "Kribbeln" ab einem Alter von 50 Jahren häufig sei. Vielmehr seien Missempfindungen im Arm in Verbindung mit einem Druckgefühl in der Brust sowohl ex ante wie auch ex post hochgradig verdächtig auf ein akutes Koronarsyndrom (act. 3/20/8). Ferner würden sich Herzinfarkte meistens auf dem Boden einer Koronarsklerose ereignen, die sich im Rahmen einer Arteriosklerose über Jahre entwickle. Entsprechend sei ein akutes Koronarsyndrom nicht weniger wahrscheinlich, wenn die Beschwerden bereits seit längerer Zeit vorlagen. Die Obduktion habe in Ausmass und Alter einen Infarkt gezeigt, welcher mit Erregungsleitungsstörungen im Myokard einherging und damit in einem EKG hätte erkannt werden können (act. 3/20/9).

E. 3.3.5

Im Ergänzungsgutachten vom 17. März 2021 legte Prof. Dr. G._____ dar, dass viele Herzinfarkte ohne eine dramatische Symptomatik verlaufen würden; dies insbesondere bei Diabetikern wegen der Schädigung der sensiblen Nerven. Häufig würde dem Infarkt eine instabile Angina pectoris vorausgehen. Diese Phase könne sich über Tage erstrecken. Die Beschwerden der Verstorbenen vor der Konsultation seien mit einiger Wahrscheinlichkeit als instabile Angina pectoris zu werten. Sofern der Beschuldigte andere Diagnosen (als ein akutes koronares Ereignis) stelle, müsse er sich vorwerfen lassen, dass er diese Diagnosen nicht näher geprüft habe. So würden die Laborwerte keine Entzündungszeichen zeigen, was einen grippalen Infekt praktisch ausschloss. Sodann hätte ein Karpaltunnelsyndrom (betreffend das "Kribbeln") leicht abgeklärt werden können, da sich die Beschwerden bei der Beugung der Hand nach hinten verstärken würden. Ausserdem sei der Daumen beim Karpaltunnelsyndrom immer mitbetroffen (act. 3/2/16). Sodann legte der Gutachter die Aktenstellen dar, welche sich auf seine Aussagen der "Schmerzempfindung resp. einem Kribbeln im linken Arm", die "lehrbuchhafte Aufstellung" und seine Schlussfolgerungen auf sich "verstärkende thorakale Schmerzen" beziehen (act. 3/21/17 f.). Die vom Gutachter dabei genannten Aktenstellen nehmen auf die Aussagen der Tochter L._____ Bezug und stützen sich ansonsten weit-

Seite 19/44 gehend auf den Eintrag in die Krankenakte und die Aussagen des Beschuldigten ab (vgl. act. 3/21/17).

E. 3.3.6

Prof. Dr. G._____ wurde an der Berufungsverhandlung vom 3. April 2023 als sachverständiger Zeuge befragt und mit den Kernaussagen des Gutachtens von Dr. K._____ konfrontiert. Er sagte im Wesentlichen in Ergänzung seines amtlichen Gutachtens aus, dass er aufgrund der Angaben der Tochter (L._____) über die Telefongespräche mit ihrer Mutter im Gutachten von Arm- und Thoraxschmerzen ausgegangen sei. Letztlich seien aber bereits leichte belastungsabhängige Brustbeschwerden sowie eine belastungsabhängige Dyspnoe beim Risikoprofil der Verstorbenen ausreichende Hinweise, um von einem akuten Koronarsyndrom auszugehen, wobei die entsprechende Differenzialdiagnose nicht ohne Elektrokardiogramm und Troponin-Test hätte verworfen werden dürfen. Diese seien einfache und in zeitlicher Hinsicht rasch durchzuführende Untersuchungsmethoden (ca. fünf Minuten unter Beizug der medizinischen Praxisassistenten), welcher jeder Hausarzt ohne grösseren Aufwand vornehmen könne. Ein Hausarzt müsse wissen, dass ein akutes Koronarsyndrom auch bei schwach ausgeprägten oder asymptomatischen Beschwerden möglich sei. Der Befund einer Erkältung sei zwar möglich gewesen, aber unwahrscheinlich, da die Laboruntersuchungen nicht damit korreliert hätten. Auch weitere mögliche Befunde, bspw. Herzbeutelentzündung, Brustfellentzündung etc. seien nicht plausibel und hätten sich in den Laborbefunden widerspiegelt. Zur Kausalitätsfrage führte Prof. Dr. G._____ auf Frage der Verfahrensleitung aus, er könne nicht mit Sicherheit sagen, ob es ein ST-Hebungsinfarkt gewesen sei. Auf Ergänzungsfrage der Verteidigung führte er später aus, dass der vorliegende Infarkt auf dem Elektrokardiogramm ersichtlich gewesen wäre, zumal der Verschluss proximal gewesen sei und es sich um einen zentralen Infarkt gehandelt habe, der ein grosses Infarktareal erzeugt haben müsse (OG GD 8/1 S. 3 ff.).

E. 3.4

Privatgutachten Dr. K._____ und Zeugenvernehmung

E. 3.4.1

Dr. K._____ erstellte am 3. Mai 2021 im Auftrag der erbetenen Verteidigung ein Gutachten. Dieses basierte auf den Akten des Strafverfahrens der Jahre 2019 und 2020, umfasste jedoch weder das Ergänzungsgutachten von Prof. Dr. G._____ vom 17. März 2021 noch das Ergänzungsgutachten von Dr. M._____ vom 9. April 2021 (SG GD 4/3/1). Die Staatsanwaltschaft konnte weder Zusatzfragen stellen noch (vor der Berufungsverhandlung) Ergänzungsfragen an den Gutachter richten. Die vom Verteidiger gewählten Fragestellungen beinhalteten sodann teilweise bereits Beweiswürdigungen und -wertungen und waren mithin leicht suggestiv formuliert ("unglücklicher Lauf der Geschehnisse"; "vor allem Erkältungssymptome zeigte"; "akribisch durchgeführte[n] Selbstmessungen zu Hause"; "minimale Hypästhesie"; "gutem AZ"). Aufgrund des gehobenen Bildungsniveaus des Privatgutachters kann indessen ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass dieser selber in der Lage war, die Beweislage aufgrund der Akten trotz der leicht tendenziösen Formulierung der Fragen unbeeinflusst einzuschätzen (vgl. dazu E. I.3. Ziff. 3.3.5). Aufgrund des persönlichen Auftritts von Dr. K._____ als sachverständiger Zeuge an der Berufungsverhandlung konnte sich das Gericht sodann davon überzeugen, dass der Privatgutachter, obwohl er vom Beschuldigten von Zeit zu Zeit Patientinnen und Patienten zugewiesen erhielt und deswegen wohl eine gewisse wirtschaftlich-berufliche Nähe zum Beschuldigten aufweist (vgl. OG GD 8/1 Ziff. 106), durchaus in der Lage war, sich selbstständig und differenziert eine Meinung zur

Angelegenheit zu bilden und diese fundiert und verständlich zum Ausdruck zu bringen. Gründe, das Privatgutachten von Dr. K. _____ von der Beweiswürdigung auszuschließen, sind nicht ersichtlich. Dieses unterliegt der freien Beweiswürdigung (BGE 141 IV 369 E. 6).

E. 3.4.2

Das Privatgutachten von Dr. K. _____ enthält dabei im Wesentlichen folgende Kernaussagen: - Dr. K. _____ führte aus, dass der Lauf der Geschehnisse anhand der Sachlage an der Sprechstunde vom 25. Januar 2019 aus kardiologischer Sicht nicht vorhersehbar gewesen sei. Die Präsentation der Klientin würde, unter vielem anderem, zwar die Differenzialdiagnose eines akuten koronaren Syndroms beinhalten. Die Krankheits-Manifestationen seien indessen wenig spezifisch und nicht ausreichend charakteristisch gewesen, um weiterführende kardiologische Abklärungen zu veranlassen. Retrospektiv seien diverse Differenzialdiagnosen möglich, so bspw. eine COPD-Exazerbation, d.h. eine Atemwegserkrankung, bei der Brustschmerzen bei 20 % dieser Patienten auftreten. Diese Annahme sei im Hinblick auf die Befunde der Autopsie, bei welcher eine Überblähung der Lunge gefunden wurde, legitim. Ferner sei bei Brustbeschwerden auch eine virale Atemwegserkrankung (Bronchitis), eine begleitende Herzbeutelentzündung, eine Brustfellentzündung etc. möglich. Auch seien im Zusammenhang mit der Osteoporose Brustsymptome, die mit Erkrankungen des Achsenskeletts mit Ausstrahlung in den Brustkasten und Schultergürtel in Zusammenhang stehen, möglich (SG GD 4/3/1 S. 2). - Es sei nicht plausibel, dass die Erfassung von Blutdruckwerten am 25. Januar 2019 den Ausgang verändert hätte. Für die Implikation, dass sich ein akutes kardiales Ereignis durch Blutdruckveränderungen ankündige, gebe es keine Daten. Selbstmessungen des Blutdrucks hätten ebenfalls bestimmte Vorteile und könnten ein verlässliches Instrument zur medikamentösen Behandlung darstellen (SG GD 4/3/1 S. 3). So seien Selbstmessungen bereits etabliert bei der Behandlung der arteriellen Hypertonie (SG GD 4/3/1 S. 4). - Betreffend die AGLA-Score hielt Dr. K. _____ fest, dass diese hinsichtlich des Risikoprofils einen Interpretationsspielraum habe. Dieser reiche von 22,7 % (hohes Risiko) bis 6,3 % (niedriges Risiko) (SG GD 4/3/1 S. 5-7). Die Morise-Score würde weder in der Hirslanden-Klinik noch bei durch ihn befragten Praktikern angewendet. Diese sei aufgrund der klinischen Merkmale von einer Gruppe von 915 Patienten entwickelt worden, die sich an einem Universitätsspital für einen kardialen Belastungstest vorstellten und so bereits eine diagnostische Selektion durchlaufen hätten. In der Praxis würde man als Entscheidungshilfe bei der Diagnosestellung auf Alter, Geschlecht und spezifische Merkmale der Brustbeschwerden sowie das Vorhandensein von Atemnot abstellen (SG GD 4/3/1 S. 7). - Brustsymptome könnten durch Erkrankungen verursacht werden, welche das gesamte Spektrum von gutartigen muskulären Beschwerden bis zu lebensbedrohlichen Notfällen umfassen. Hausärzte seien aufgrund der Sachzwänge gehalten, potentiell lebensbedrohliche Brustbeschwerden unter einem sparsamen Einsatz von Untersuchungen zu identifizieren. Aus Studien sei bekannt, dass nur bei ca. einem Siebtel der Patienten die Brustbeschwerden (0,4 % von total 2,7 %) eine kardiovaskuläre Ursache hätten. Muskuloskeletale Probleme seien weitaus häufiger. Die geschilderte Präsentation der Patientin des Beschuldigten sei mithin nicht sonderlich typisch oder lehrbuchhaft, insbesondere auch in Anbetracht der Befunde der Autopsie, wonach mit Ausnahme eines frischen Blutgerinnsels keine Einengung der Herzkranzgefäße dokumentiert worden sei. Das Leitsymptom von verengten Herzkranzgefäßen sei eine Angina pectoris. Eine solche sei

bei der Verstorbenen eher in atypischer Form vorgelegen (SG GD 4/3/1 S. 9). Entsprechend seien Alternativdiagnosen möglich, bspw. betreffend Lungenerkrankung oder chronische Rückenschmerzen etc. - Es dürfe spekuliert werden, dass ein EKG zum Zeitpunkt der Konsultation möglicherweise keine spezifischen bzw. diagnostischen Veränderungen gezeigt hätte, welche den Verlauf der Untersuchung der Verstorbenen verändert hätten. Sodann bestehe die Möglichkeit, dass eine Troponin-Messung zum Zeitpunkt der Konsultation normwertig gewesen wäre. Andererseits könne eine Erhöhung des Troponins in der klinischen Praxis aus zahlreichen anderen Gründen auftreten, so zum Beispiel bei Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen etc. (SG GD 4/3/1 S. 10). - Der Zustand der Verstorbenen habe sich wahrscheinlich zwischen 14.40 Uhr und 16.20 Uhr relativ rasch verschlechtert. Insbesondere das Erbrechen könne auf einen an der linken Herzkammer des Herzens aufgetretenen Herzinfarkt hindeuten. Dies könnte auf einen Zeitpunkt des Herzinfarktes allenfalls in der zweiten Hälfte des Nachmittags hindeuten. Allerdings hätten, wenn die Patientin in der genannten Zeitspanne den Notfall aufgesucht hätte, zusätzliche medizinische Massnahmen möglicherweise zu einem günstigeren Verlauf führen können (SG GD 4/3/1 S. 11). - Laboruntersuchungen müssten ferner komplementär zum klinischen Eindruck und zu apparativen Untersuchungen eingesetzt werden. So könne es sein, dass sich eine Diskrepanz zwischen dem klinischen Eindruck bzw. den erhobenen Untersuchungsbefunden und den Laboruntersuchungen ergebe. So seien Laboruntersuchungen nicht ausreichend sensitiv oder spezifisch, um eine auf Grund von klinischen Beobachtungen etc. postulierte Erkrankung mit 100 % Sicherheit zu bestätigen oder auszuschliessen (SG GD 4/3/1 S. 11). - Sodann erscheine der vom IRM postulierte Zeitraum des Eintretens des Herzinfarktes zwischen 5 Uhr morgens und 13 Uhr nachmittags als korrekt (d.h. 4-12 Stunden vor Todesertritt um 17.16 Uhr). Es sei angesichts des Verlaufs am Nachmittag schwer vorstellbar, dass eine Patientin mit einem akut auftretenden frischen Herzinfarkt einen unauffälligen und günstigen Eindruck hinterlassen haben soll. Es sei wahrscheinlich, dass die Limitierung der Blutversorgung des Herzens erst mit dem Blutgerinnsel aufgetreten sei. Insgesamt sei es plausibel, dass sich der Zustand der Patientin erst nach der Untersuchung beim Beschuldigten verschlechterte und akute, innerhalb von Minuten auftretende Komplikationen des Herzinfarktes (Herzrhythmusstörungen) zum Tod geführt hätten (SG GD 4/3/1 S. 14). - Das Gutachten von Prof. Dr. G. _____ würde sodann ein wichtiges Element nicht würdigen. Der Medikationsplan der Verstorbenen beinhalte Lisinopril und Metoprolol sowie Medikamente zur Therapie von erhöhtem Cholesterin. Die Wahl dieser primärprophylaktischen kardiovaskulären Medikation suggeriere, dass der Beschuldigte sehr wohl über das kardiovaskuläre Risiko der Patientin besorgt gewesen sei und dagegen so gut wie möglich präventive Massnahmen getroffen habe (SG GD 4/3/1 S. 15). Im Gutachten von Prof.

Seite 22/44 Dr. G. _____ würden sich mehrere Widersprüche finden, so bspw. betreffend ausstrahlende Brustschmerzen und produktiver Husten. Dies habe seine Wahrnehmung verzerrt und er sei zur falschen Schlussfolgerung gelangt, dass die klinische Präsentation lehrbuchhaft sei. Es sei ihm [Dr. K. _____] auch nicht bekannt, dass ein "hüsteln" bei einem Koronarsyndrom nicht selten sei. Er [Dr. K. _____] habe stets versucht, "lehrbuchhafte" Stereotypen bei der Beurteilung von Brustschmerzen zu vermeiden. Die arterielle Hypertonie der Verstorbenen habe der Beschuldigte sodann gut in den Griff gekriegt. Es sei sodann hochgradig spekulativ, dass sich aufgrund der Grösse und des Alters des Infarkts gemäss Obduktionsbericht mit hoher Wahrscheinlichkeit EKG-Veränderungen gefunden hätten. Dies könne retrospektiv nicht bewiesen werden.

Konkrete Angaben über die tatsächliche anatomische Ausdehnung des Herzinfarkts seien nicht erhoben worden. Es sei auch nicht abzuleiten, dass der Infarkt nicht unmittelbar tödlich gewesen sei, wie Prof. Dr. G._____ ausgeführt habe. Insgesamt handle es sich um einen nicht abseh- baren Krankheitsverlauf (SG GD 4/3/1 S. 16).

E. 3.4.3

Dr. K._____ wurde an der Berufungsverhandlung vom 3. April 2023 als sachverständiger Zeuge befragt. Er sagte ergänzend zu seinem Privatgutachten im Wesentlichen aus, dass es im Bereich des Möglichen gewesen wäre, eine Diagnose eines akuten Koronarsyndroms zu stellen. Man würde eine Anamnese machen und nach Ursachen suchen. Wenn man ein aku- tes Koronarsyndrom im Visier habe, dann folge ein EKG und die Suche nach Troponin im Blut. Das akute Koronarsyndrom wäre vorliegend zwar auch auf seiner Hitliste gewesen, aber weit unten. Er hätte bei den Angaben der Verstorbenen erst an Beschwerden des Be- wegungsapparates gedacht und dann an ein COPD. Erst dann hätte er wahrscheinlich nach einem akuten Koronarsyndrom gesucht. Ohne Schmerzen würde man ein solches nicht su- chen. Der Unterschied zwischen Druck und Schmerz sei indessen ein bisschen semantisch, da das Spektrum, wie sich Leute beim Arzt präsentieren würden, zwischen trivial und drama- tisch sei. Es müsse aber nicht zwingend ein Schmerz vorliegen, um auf eine Angina pectoris zu erkennen, diese würde sich unterschiedlich präsentieren. Die Verstorbene hatte besten- falls eine atypische Angina pectoris mit uncharakteristischen Brustbeschwerden. Es sei kor- rekt, dass bei Frauen und Diabetikern häufiger diffuse oder geringfügige Symptome bei ei- nem Herzinfarkt auftreten würden. Grundsätzlich seien belastungsabhängige Atemnot und belastungsabhängiger Druck auf der Brust wesentliche Symptome für ein akutes Koronar- syndrom. Kribbeln im Arm sei hingegen nicht wesentlich. Die Verstorbene sei eine Risikopa- tientin hinsichtlich Herzkrankheiten gewesen. Betreffend den Kausalverlauf sei es spekulativ, eine Angabe zu machen, ob der Infarkt mittels EKG erkannt worden wäre. Die natürliche sta- tistische Verteilung zwischen STEMI- und NSTEMI-Infarkt sei ca. 50:50. Der Infarkt sei in zeitlicher Hinsicht wegen des frischen Blutgerinnsels näher bei vier Stunden als bei zwölf Stunden (zum Todeszeitpunkt um 17.16 Uhr) gewesen. Letztlich werfe auch der Obduktions- befund des Loches im Herzen weitere Fragen auf. So sei aufgrund einer japanischen Studie fraglich, ob dieses durch Reanimationsmassnahmen verursacht worden sei. Falls das Loch im Herzen die Todesursache gewesen sei, wäre man wahrscheinlich sowieso zu spät gewe- sen und der Tod wäre nicht abwendbar gewesen (OG GD 8/1 S. 32 ff.).

Seite 23/44 4. Beweiswürdigung

E. 4

Die Zuger Polizei wird beauftragt, dem Privatkläger B._____ oder seiner Rechtsvertretung nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils das bei J._____ sel. sichergestellte und beim Dienst Kriminaltechnik der Zuger Polizei (ZG 2019 1 405) gelagerte Blutdruckmessgerät (boso medicus) auszuhändigen. Falls dieses nicht innerhalb von 30 Tagen nach entsprechender Auf- forderung durch die Zuger Polizei abgeholt wird, kann es vernichtet werden.

Seite 3/44 5.1 Die Zivilklage des Privatklägers B._____ wird abgewiesen. 5.2 Der Antrag des Privatklägers, den Beschuldigten zu einer Parteientschädigung zu verpflichten, wird abgewiesen.

E. 4.1

Einleitende Feststellungen

E. 4.1.1

Es ist unbestritten und erstellt, dass ein akutes Koronarsyndrom eine Ausgangs- oder Arbeitsdiagnose ist, welche mehrere sich klinisch ähnlich präsentierende gesundheitliche Störungen umfasst. Um abzuklären, ob effektiv (1.) ein Non-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI), (2.) ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI) oder (3.) eine instabile Angina pectoris vorliegen, sind weitere Abklärungen notwendig. Ein akutes Koronarsyndrom ist mithin keine abschließende Diagnose, sondern ist zwingend als Ausgangspunkt für weitere Erhebungen durch den behandelnden Arzt zu sehen. Das von Prof. Dr. G. _____ auf S. 9 seines Gutachtens abgebildete Flussdiagramm, welches das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom aufzeichnet und aus einer Vorlesung des Gutachters an der Universität O. _____ stammt, ist schlüssig und nachvollziehbar (act. 3/17/9).

E. 4.1.2

Es ist weiter unumstritten und erstellt, dass zumindest ein STEMI- oder NSTEMI-Herzinfarkt ohne rechtzeitige Erkennung und Behandlung gefährlich ist und mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Versterben der Patientin oder des Patienten führen kann. Ein akutes Koronarsyndrom ist mithin nach der plausiblen Darstellung des amtlichen Gutachters einer der für Patientinnen und Patienten lebensbedrohlichsten Verläufe, mit denen ein Hausarzt im Praxisalltag konfrontiert werden kann (vgl. OG GD 8/1 Ziff. 8, 10). Ebenfalls ist unbestritten, dass mit einer geeigneten und unmittelbaren kardiologischen Behandlung und Versorgung das Mortalitätsrisiko bei einem Herzinfarkt sehr niedrig ist (OG GD 8/1 Ziff. 11).

E. 4.1.3

Plausibel und überzeugend ist der von Prof. Dr. G. _____ angeführte Standard für Hausärztinnen und Hausärzte, wonach deren wesentliche Aufgabe darin liege, sogenannte "abwendbar gefährliche Verläufe, AGV" zu erkennen. Die genaue und abschließende Diagnostizierung würde vor dieser Hauptaufgabe in den Hintergrund treten (vgl. auch OG GD 8/1 Ziff. 11, 39). Es ist auch für medizinische Laien ohne weiteres nachvollziehbar, dass es im vitalen Interesse des Patienten liegt, dass potentiell lebensbedrohliche Entwicklungen vom Hausarzt prioritär erkannt werden und eine zeitnahe Zuweisung an einen Spezialisten oder ein Spital erfolgt. Weder der Beschuldigte noch der Privatgutachter Dr. K. _____ bringen begründete Kritik an diesem von Prof. Dr. G. _____ postulierten Standard der gebotenen ärztlichen Sorgfalt betreffend Hausarztuntersuchungen an. Das Gutachten von Prof. Dr. G. _____ ist mithin hinsichtlich der Feststellung des allgemeinen ärztlichen Sorgfaltstandards bei Hausärzten überzeugend.

E. 4.1.4

Es kann vorliegend offen bleiben, inwiefern AGLA-Score oder Morise-Score wie von Prof. Dr. G. _____ postuliert darauf hindeuteten, dass die Verstorbene eine Risikopatientin betreffend koronare Herzkrankheiten war. Denn wesentlich ist nicht die Verwendung oder die Verbreitung einer bestimmten Score, sondern der darunterliegende Umstand, ob die Verstorbene aufgrund der vorhandenen medizinischen Informationen ein niedriges, mittleres oder hohes Risiko hinsichtlich koronarer Erkrankungen aufwies (vgl. auch OG

GD 8/1 Ziff. 56). So bestätigte auch der Privatgutachter Dr. K. _____ anlässlich der Zeugenbefragung, dass

Seite 24/44 die Beschuldigte aufgrund ihrer konkreten Umstände (d.h. Frau, über 65-jährig, postmeno- pausal, intermittierender Druck im Brustkorb, Anstrengungsdyspnoe, mit Hypercholesterinämie, Hypertonie, BMI von 26.6, langjährige Raucherin etc.) eine Risikopatientin betreffend koronare Herzkrankheiten war (OG GD 8/1 Ziff. 138). Wie Dr. K. _____ auch in seinem Privatgutachten ausführte, ergibt sich ferner auch aus dem Medikationsplan der Verstorbenen, dass ihr vom Beschuldigten eine primärprophylaktische kardiovaskuläre Medikation verschrieben wurde (SG GD 4/3/1 S. 15). Es ist somit erstellt, dass die Verstorbene zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Beschuldigten aufgrund der genannten Faktoren als eine Risikopatientin hinsichtlich koronarer Störungen eingestuft werden musste. Es sind auch Indizien erkennbar, wonach der Beschuldigte die Situation gleich einschätzte, so bspw. der Krankenakteneintrag "schaut mal mit dem Herz" vom 25. Januar 2019, welcher der Beschuldigte am Behandlungstag verfasste (act. 5/3/30). Das amtliche Gutachten von Prof. Dr. G. _____ ist mithin betreffend die Einstufung der Verstorbenen als Risikopatientin hinsichtlich koronarer Herzkrankheiten schlüssig und überzeugend.

E. 4.1.5

Der sinngemäss durch Verweis auf die Morise-Score geäusserte Standpunkt von Prof. Dr. G. _____, dass bei Risikopatienten Anzeichen für koronare Störungen besonders ernst zu nehmen und sorgfältig abzuklären seien, und mithin generell ein erhöhter Standard betreffend den Ausschluss eines akuten koronaren Ereignisses gelten sollte, ist auch aus einer Laienperspektive ohne weiteres schlüssig und nachvollziehbar. Der darunter liegende Grundsatz, dass ein erhöhtes Risiko gleichzeitig zu einem erhöhten Sorgfaltsmassstab führt, ist auch in der Jurisprudenz allgemein anerkannt (vgl. bspw. BGE 122 III 1 E. 2/aa oder Art. 6 Abs. 2 lit. c des Geldwäschereigesetzes). Relevante Einwendungen gegen diese Einschätzung wurden weder vom Beschuldigten noch vom Privatgutachter vorgebracht.

E. 4.1.6

Ebenfalls ist aufgrund der zitierten Studien des Privatgutachters erstellt, dass kardiovaskuläre Ursachen bei Brustbeschwerden – so wie sie von Patientinnen und Patienten im Rahmen von Hausarztbesuchen von Zeit zu Zeit geschildert werden – insgesamt eher selten sind und muskuloskelettale Probleme statistisch dreimal häufiger die Ursache für Brustbeschwerden bilden, als ein kardiovaskuläres Leiden (SE GD 4/3/1 S. 9; vgl. auch OG GD 8/1 Ziff. 41).

E. 4.1.7

Auch ist unumstritten und erstellt, dass der Beschuldigte als praktizierender Hausarzt mit einer etablierten Hausarztpraxis die Möglichkeit hatte, in seinen Räumlichkeiten am 25. Januar 2019 ein Elektrokardiogramm sowie einen Troponin-Test bei der Verstorbenen durchzuführen. Diesbezüglich sagte der amtliche Gutachter nachvollziehbar aus, dass die genannten Untersuchungsmittel zum Tatzeitpunkt im Jahr 2019 Standard in Schweizer Hausarztpraxen gewesen seien (OG GD 8/1 Ziff. 20).

E. 4.1.8

Betreffend Elektrokardiogramm und Troponin-Test ist ferner aufgrund der Aussagen von Prof. Dr. G. _____ erstellt, dass es sich grundsätzlich um einfache und kostengünstige Untersuchungsmassnahmen handelt, welche mit geringem zeitlichen Aufwand (ca. fünf

Minuten) während der Arztvisite mit der Unterstützung durch medizinische Praxisassistenten vorgenommen werden können (vgl. OG GD 8/1 Ziff. 40).

E. 4.2

Feststellungen zum Hausarztbesuch der Verstorbenen am 25. Januar 2019

E. 4.2.1

Betreffend die von der Verstorbenen während des Hausarztbesuches beim Beschuldigten geschilderten Beschwerden wird auf E. II.2.3 Ziff. 3.2.1-3.2.6 verwiesen. Es gibt zwar kleine-

Seite 25/44 re Abweichungen zwischen den Notizen in der Krankenakte vom 25. Januar 2019 und den Schilderungen des Beschuldigten an der Einvernahme bei der Staatsanwaltschaft vom 7. Februar 2019 ([1.] "nicht heiss/kalt" vs. "heiss und kalt"; [2.] "intermittierender thorakaler Druck" vs. "leichter thorakaler und belastungsabhängiger Druck auf der Brust"; [3.] "Husten [...] mit Schleim" vs. "Husten mit wenig Auswurf"). Diese kleineren Abweichungen, welche im Übrigen auch der Gutachter Prof. Dr. G._____ feststellte, betreffen indessen entweder vorliegend eher nebensächliche Themenkreise ("Heiss/Kalt"; "Husten") oder finden ihren Ursprung in der nachträglich gegenüber den Behandlungsnotizen detaillierteren rhetorischen Darstellung der Beschwerden durch den Beschuldigten. An der hohen Integrität und persönlichen Glaubwürdigkeit sowie der Glaubhaftigkeit der Aussagen des Beschuldigten, welcher den Sachverhalt bei der ersten Einvernahme bei der Staatsanwaltschaft umfassend und widerspruchsfrei zu Protokoll gab, bestehen sodann seitens des Gerichts keine wesentlichen Zweifel. Die Auffassung der Staatsanwaltschaft, der Beschuldigte habe die Situation an der ersten Einvernahme beschönigend dargestellt, lässt sich aufgrund des Abgleichs mit den Einträgen in der Krankenakte, welche wie dargelegt nur in untergeordneten Punkten von den Aussagen des Beschuldigten abweichen, nicht stringent aufrechterhalten. Auch die weiteren Äusserungen des Beschuldigten zur Sache, insbesondere sein gegenüber den Verwandten der Verstorbenen geäußertes Mitgefühl, erscheinen als authentisch und glaubhaft. Auf die Aussagen des Beschuldigten bei seiner staatsanwaltschaftlichen Einvernahme kann mithin abgestellt werden.

E. 4.2.2

Es ist aktenkundig, dass die Tochter der Verstorbenen, L._____, vor oder nach der Legalin- spektion gegenüber dem Amtsarzt äusserte, dass ihre Mutter am 25. Januar 2019 über Brustschmerzen geklagt habe (act. 3/1/2). Auch ergeben sich aus der Aktennotiz über den chronologischen Ablauf der Kontakte mit ihrer Mutter, welche L._____ erstellte, Hinweise auf Brust- und Armschmerzen der Verstorbenen am 25. Januar 2019 (vgl. act. 12/3). Es liegt im Bereich des Möglichen, dass diese Arm- und Brustschmerzen der Verstorbenen am 25. Januar 2019 bereits am Mittag vorlagen. So ist der Staatsanwaltschaft zuzustimmen, dass es einen – zumindest subjektiv für die Verstorbene relevanten – Anlass für den kurzfris- tigen Hausarztbesuch gegeben haben muss. Auch vor dem Hintergrund, dass Druck und Schmerz, wie der amtliche Gutachter an der Berufungsverhandlung schlüssig aussagte, übli- cherweise assoziierte Symptomkomplexe sind (OG GD 8/1 Ziff. 69), kann diese Variante vernünftigerweise nicht ausgeschlossen werden. Die Schlussfolgerung, dass die Verstorbene bereits am Mittag über Arm- und Brustschmerzen klagte, ist indessen nicht zwingend. So hat- te L._____ mehrfach am Nachmittag telefonischen Kontakt zu ihrer Mutter. Der Tele- fonaustausch beinhaltete allerdings nicht

die konkreten Informationen, dass die Brust- und Armschmerzen (1.) bereits am Mittag während des Untersuchs durch den Beschuldigten vor- lagen und (2.) die Verstorbene dem Beschuldigten auch darüber berichtete. Es kann diesbe- züglich auf die schlüssigen Darlegungen der Vorinstanz verwiesen werden (Verweis auf OG GD 1 S. 20, 3. und 4. Absatz). Die Angaben von L._____ stehen mithin nicht zwingend im Widerspruch zu den Aussagen des Beschuldigten. Angesichts der glaubhaften Darlegungen des Beschuldigten ist nicht erwiesen, dass die Verstorbene ihm gegenüber während seiner Untersuchung über Brust- und Armschmerzen klagte. Es besteht mithin eine nicht zu er- schütternde, plausible Sachverhaltsalternative, dass sich die Arm- und Brustschmerzen erst im Verlauf des Nachmittags entwickelten. Diese Sachverhaltsalternative eines erstmaligen Schmerzauftritts am Nachmittag in den zwei bis drei Stunden vor dem Versterben wird auch

Seite 26/44 nicht durch die medizinischen Gutachter widerlegt, bzw. vom Privatgutachter Dr. K._____ ausdrücklich als möglich bezeichnet. Eine Zeugenvernehmung von L._____ (welche sowohl im Untersuchungsverfahren wie auch im erstinstanzlichen Gerichtsverfahren weder beantragt noch von Amtes wegen vorge- nommen wurde) erscheint in antizipierter Beweiswürdigung nicht als notwendig, zumal sich aus der Aktennotiz von L._____ ergibt, dass die Verstorbene am Nachmittag des 25. Ja- nuar 2019 nicht telefonisch schilderte, was sie dem Beschuldigten während der Untersu- chung gesagt hatte (act. 12/3: [...] "was sie im Detail Herr D._____ geschildert hat, ent- zieht sich leider meiner Kenntnis" [...]). Es ist nicht davon auszugehen, dass sich L._____ im Jahr 2023 besser an die beiden Telefonate mit ihrer Mutter erinnern könnte.

E. 4.2.3

Die Gutachten von Prof. Dr. G._____ und Dr. M._____ sind insofern übereinstim- mend, dass der Beschuldigte eine gebotene Differenzialdiagnose betreffend eines akuten Koronarsyndroms nicht stellte, bzw. ohne weitere Abklärungen aufgrund seiner subjektiven Einschätzung ausschloss. Das Privatgutachten von Dr. K._____ schliesst zumin- dest dahingehend, dass angesichts des Beschwerdebilds eine Differenzialdiagnose betreffend eines akuten Koronarsyndroms hätte gestellt werden müssen. So sagte Dr. K._____ auch als Zeuge an der Berufungsverhandlung aus, dass ein akutes Koronarsyndrom "auf seiner Hitlis- te" gewesen wäre, allerdings erst nach muskuloskelettalen Beschwerden sowie einer COPD- Exazerbation (OG GD 8/1 Ziff. 112-115). Ferner geht auch der Privatgutachter Dr. K._____ davon aus, dass bei der Verstorbenen zum Behandlungszeitpunkt zumindest eine atypische Angina pectoris vorlag (OG GD 8/1 Ziff. 119-120). In diesem Zusammenhang ist insgesamt schlüssig dargetan, dass belastungsabhängiger Druck auf der Brust und belas- tungsabhängige Atemnot Hinweise auf eine Angina pectoris sind und eine koronare Proble- matik zumindest indizieren (vgl. auch A. Rosemann, Guideline medix, Chronisches Koronar- syndrom, 11/2019, Ziff. 2 [https://www.medix.ch/media/medix_gl_css_5.2020.pdf]; zuletzt besucht am: 4. April 2023]). Es ist somit aufgrund der genannten Gutachten im Sinne eines kleinsten gemeinsamen Nenners erstellt, dass aufgrund des Beschwerdebildes der Verstor- benen ein akutes koronares Ereignis zumindest nicht von Anfang an ausgeschlossen werden durfte und mindestens eine entsprechende Differenzialdiagnose im Zusammenhang mit dem Beschwerdebild der Verstorbenen auf der Hand lag.

E. 4.2.4

Es stellt sich damit die Frage, ob die aufgrund der geschilderten Symptomatik der Beschuldigten grundsätzlich zu erhebende Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms vom Beschuldigten vorliegend lege artis ausgeschlossen wurde bzw. ob er in seiner spezifischen Lage als Hausarzt von weitergehenden Untersuchungshandlungen absehen durfte.

E. 4.2.5

Dass die vorliegend zu erhebende Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms ohne weitere objektivierbare Abklärungen (insbesondere Elektrokardiogramm und Troponin-Test) bei der Verstorbenen ohne weiteres verworfen werden durfte, legt das Privatgutachten von Dr. K. _____ nicht explizit dar. Sofern der Privatgutachter ausführt, dass sich "in einer ersten Beurteilung durch Dr. D. _____" aufgrund der wenig charakteristischen Symptome keine weiteren Abklärungen aufgedrängt hätten (SG GD 4/3/1 S. 2), so wiederholt er letztlich einfach den Standpunkt des Beschuldigten. Mit keinem Wort würdigt der Privatgutachter dabei den festgestellten Umstand, dass die Verstorbene eine Risikopatientin hinsichtlich koronarer Herzerkrankungen war und allenfalls deswegen bei einer Angina pectoris-Symptomatik

Seite 27/44 vertiefte Untersuchungen notwendig und angebracht gewesen wären. Dr. K. _____ würdigte in seiner Beurteilung ebenfalls nicht, dass – auch wenn keine Allheilmittel – ein Elektrokardiogramm sowie ein Troponin-Test verfügbare, schnelle und einfache Massnahmen gewesen wären, um die Diagnostik während des Hausarztuntersuchungs zu vertiefen. Insoweit der Privatgutachter stattdessen auf weitere theoretische mögliche Diagnosen bei der Symptomatik der Verstorbenen hinweist (SG GD 4/3/1 S. 10), so legt er nicht direkt dar, inwiefern es deswegen nicht mehr geboten war, einen abwendbaren gefährlichen Verlauf hinsichtlich eines Herzinfarkts weiter zu verfolgen und ein vor Ort verfügbares und relativ einfach durchzuführendes Elektrokardiogramm abzuleiten oder ableiten zu lassen. Diese Argumentation des Privatgutachters weicht ohnehin vom Fundament des vorliegenden Falles ab: Wenn Dr. K. _____ ausführt, dass auch gemäss Studien relativ häufig auftretende muskuloskelettale Probleme für die Brustschmerzen in Frage kommen würden oder eine COPD-Symptomatik die belastungsabhängige Atemnot erklären könne, so entspricht dies nicht den Annahmen, welche der Beschuldigte während der Sitzung mit der Verstorbenen getroffen hatte. Dieser war überzeugt, dass ein akutes Koronarsyndrom wegen der gering ausgeprägten Symptomatik (insbesondere keine heftigen Brustschmerzen) nicht vorliege und sich die Symptome mit einer Erkältung (Infekt) erklären liessen, wobei allenfalls nach dem Abklingen des Infekts zu einem späteren Zeitpunkt wegen des von der Verstorbenen geschilderten Herzklopfens eine Herzuntersuchung stattfinden könne ("schaut mal mit dem Herz", act. 5/3/2). Dazu kommt, dass muskuloskelettale Beschwerden oder COPD-Beschwerden hinsichtlich der Gefahr eines tödlichen Verlaufs nicht mit einem koronaren Syndrom vergleichbar sind, weswegen – der schlüssigen Theorie der "prioritären Suche nach AGV" folgend – die entsprechenden Abklärungen hinsichtlich muskuloskelettaler Beschwerden (wie auch eine Erkältung oder eine COPD-Symptomatik) zwingend zweitrangig vor den Abklärungen hinsichtlich eines koronaren Syndroms sein mussten. So mag es plausibel sein, dass der Privatgutachter Dr. K. _____ zwar ein akutes Koronarsyndrom "auf der Hitliste" (d.h. der Liste der Differenzialdiagnosen) nicht zuoberst einordnet, da es wahrscheinlichere Ursachen für die Beschwerden der Verstorbenen geben könnte. Nach dem dargelegten hausärztlichen Untersuchungsmaßstab

sind indessen nicht ausschliesslich die wahrscheinlichsten Befunde relevant, sondern es ist ein spezifisches Augenmerk auf die gefährlichsten Verläufe zu legen. Entsprechend ist diese Argumentation des Privatgutachters vorliegend nicht geeignet, die Feststellungen von Prof. Dr. G._____ zu relativieren.

E. 4.2.6

So kann es insgesamt als erstellt gelten, dass die von der Verstorbenen während der Untersuchung durch den Beschuldigten am 25. Januar 2019 angegebenen Symptome nicht mit den klassischen Beschreibungen eines sog. Vernichtungsschmerzes in der Brust oder allgemeinen Schmerzen in der Brust- und Armgegend übereinstimmen. Entgegen den Ausführungen des amtlichen Gutachters, welcher diesbezüglich auf vorliegend anders zu wertende Aktenstellen abstellt (vgl. E. II.4. Ziff. 4.2.2 und E. II.4. Ziff. 4.3.2-4.3.3), ist erstellt, dass die Verstorbene dem Beschuldigten keine Brust- und Armschmerzen schilderte, ihr Beschwerdebild mithin zumindest unter diesem Aspekt atypisch (und sicherlich nicht "lehrbuchhaft") war, und folglich auch wesentlich schwerer für einen Hausarzt zu erkennen gewesen war.

Seite 28/44 Dieser Umstand kann den Beschuldigten indessen nicht entlasten. So ergibt sich wie dargelegt auch aus den Ausführungen des Privatgutachters Dr. K._____, dass koronare Ereignisse nicht nach lehrbuchhaften Stereotypen beurteilt werden dürfen und im vorliegenden Fall ein akutes Koronarsyndrom zumindest als Differenzialdiagnose in Frage kam bzw. gemäss der Zeugenaussage von Dr. K._____ "auf der Hitliste" stand. Diesbezüglich haben sowohl die Gutachten von Dr. M._____ und Prof. Dr. G._____ wie auch die Aussagen von Prof. Dr. G._____ vor Schranken deutlich aufgezeigt, dass atypische, teilweise sogar auch erkältungsähnliche Beschwerdebilder bei akuten Koronarsyndromen bei Frauen nicht selten sind. Diese Umstände bestätigte auch der Privatgutachter als Zeuge. Es ist mithin rein objektiv betrachtet nicht ausschliesslich relevant, ob ein Schmerz oder Vernichtungsschmerz in der Brust vorlag, sondern es ist schlüssig erstellt, dass bereits ein belastungshängiger Druck auf der Brust in Kombination mit einer Anstrengungsdyspnoe – zumindest bei einer KHK-Risikopatientin – ausreichende Anzeichen für eine koronare Symptomatik sein können (OG GD 8/1 Ziff. 18, 30). Diese Umstände von atypischen Verläufen bilden dabei kein kardiologisches Spezialwissen, welches von einem Hausarzt nicht abverlangt werden kann. Nach der unwidersprochenen Darstellung von Prof. Dr. G._____ gehören solche Umstände zum Ausbildungsstoff an der Universität, sind damit kompatibel zu den allgemeinen Berufsbildungsstandards von Hausärzten und gehören folglich zum Wissen, welches ihnen bekannt sein müsste (OG GD 8/1 Ziff. 16-19). Diese Ausführungen von Prof. Dr. G._____ erscheinen insgesamt als glaubhaft und die dahinter stehende Einschätzung als plausibel, zumal auch der Obduzentin Dr. M._____, einer forensischen Pathologin, atypische Beschwerdebildern bei akuten Koronarsyndromen bekannt waren. Dieser Umstand wird denn auch in den von Prof. Dr. G._____ erwähnten medizinischen Leitlinien des Hausärztenetzwerks medix, welche auf die europäischen ESC-Leitlinien abstellen, erwähnt (vgl. A. Rosemann, Guideline medix, a.a.O., Ziff. 2: "Neu wird in der ESC-Guideline CCS 2019 die Belastungs-Dyspnoe als Angina-Äquivalent berücksichtigt. Es wird empfohlen, die Patienten auch direkt nach thorakalem Missempfinden zu befragen, da die Beschwerden oft unspezifisch (ohne Thoraxschmerz oder -druck) sind. Nur ca. 10–15 % präsentieren sich mit einer typischen, alle drei der genannten Punkte umfassenden AP. Vor allem bei älteren Patienten, häufiger auch bei Frauen und Diabetikern ist die

Symptomatik oft atypisch [...]).

E. 4.2.7

Hinsichtlich des durch den Beschuldigten am 25. Januar 2019 erhobenen Befunds einer Erkältung der Verstorbenen kann festgestellt werden, dass auch der amtliche Gutachter Prof. Dr. G. _____ ausführte, dass die Symptome der Verstorbenen durchaus bei einem grippalen Infekt auftreten könnten. Ein grippaler Infekt könne anhand der Laborwerte zwar nicht ausgeschlossen werden, sei indessen aber unwahrscheinlich. Der Beschuldigte führte demgegenüber aus, dass es nicht ungewöhnlich sei, dass die Entzündungswerte nur marginal erhöht seien, wenn jemand erkältet sei. Dies sei seiner Einschätzung nach bei ca. 10 % der Erkältungen so (SG GD 4/3/4 S. 2, fünfter Absatz). Der Privatgutachter Dr. K. _____ betonte dabei in seinem Privatgutachten, dass Laborbefunde in vielen Fällen nicht einfach isoliert betrachtet werden dürften. Diese drei Würdigungen der genannten Gutachter und des Beschuldigten gehen insgesamt in die gleiche Richtung. So kann letztlich offen bleiben, ob ein Infekt trotz negativer Laborwerte vorliegend praktisch ausgeschlossen, sehr unwahrscheinlich oder nur unwahrscheinlich

Seite 29/44 lich war. Insgesamt ist dem Beschuldigten zuzustimmen, dass die Beschwerden der Verstorbenen – neben einer akuten Koronarsymptomatik – bei einer entsprechenden klinischen Einschätzung auch als Erkältung interpretiert werden können (vgl. auch OG GD 8/1 Ziff. 54, 97). Dies, obwohl die Laborbefunde mit einer Erkältung nicht korrelierten, wobei der Beschuldigte den Befund eines Infekts aber auch nicht weiter verifizierte (bspw. hinsichtlich der Belastungsabhängigkeit des Drucks auf der Brust und Dyspnoe mittels Nitro/Nitrat-Spray, vgl. OG GD 8/1 Ziff. 43, 44, 81), und dieser damit insgesamt recht unwahrscheinlich war. Diese Feststellung ist indessen für die Beurteilung nicht zentral und wäre auch nicht zentral gewesen, wenn der Infekt aufgrund der Laborwerte hätte erhärtet werden können. Wie aufgrund der vorstehenden Ziffer festgestellt, ist beim hausärztlichen Standard nicht primär die genaue Diagnose von Bedeutung, sondern die Erkennung eines abwendbaren gefährlichen Verlaufs. Die gebotene Untersuchungsichte eines Hausarztes richtet sich somit nicht nur ausschliesslich nach der Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Diagnose oder der Wahrscheinlichkeit des Ausschlusses einer Diagnose, sondern auch nach der Frage, inwiefern eine Symptomatik ein Anzeichen für einen abwendbaren gefährlichen Verlauf sein könnte. Während ein unmittelbar bevorstehender, gefährlicher Verlauf bei einer leichten Erkältung eher schwer vorstellbar ist und neben der üblichen medikamentösen Versorgung vom Hausarzt insbesondere auch noch später bei einem Nachtermin behandelt werden könnte, ergibt sich bei einem akuten Koronarsyndrom wegen der Gefahr eines Herzinfarkts und damit eines möglichen, unmittelbar bevorstehenden Todes hingegen ein sachlicher Anlass, die gebotenen Abklärungen vertieft, umfassend, umgehend und prioritär zu tätigen. Ebenfalls ist es medizinisch offensichtlich nicht ausgeschlossen, dass eine Person erkältet sein kann und gleichzeitig an einer Herzkrankheit leidet, so dass sich die jeweiligen Symptome auch überlappen und vermischen können. Dies insbesondere in Anbetracht des speziellen Umstandes, dass gerade bei Frauen bei einem akuten Koronarsyndrom auch erkältungsartige Symptome auftreten können. Entsprechend ist es auch für einen medizinischen Laien nachvollziehbar und schlüssig, wenn der amtliche Gutachter Prof. Dr. G. _____ die gestellte Diagnose einer Erkältung insgesamt als nicht überzeugend einstuft, um gestützt darauf die Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms zu verwerfen und weitergehende Abklärungen hierzu zu unterlassen.

E. 4.2.8

Soweit die Verteidigung und der Beschuldigte sinngemäss darauf hinweisen, dass sich einzig die Mitglieder der Academia auf solche abstrakten Massstäbe berufen, während die (strenge, verantwortungsvolle und vom Gericht ausdrücklich höchst geschätzte) Hausarztarbeit aufgrund der hohen Fallbelastung in der Praxis auf die Erfahrung und Intuition des Hausarztes angewiesen sei, so kann diese Argumentation nicht ganz von der Hand gewiesen werden. Allerdings ändert dies nichts an der Schlüssigkeit der Ausführungen von Prof. Dr. G. _____, dass wegen der Lebensgefahr für den Patienten mögliche AGV durch einen Hausarzt prioritär mit den vorhandenen Mitteln zuverlässig abzuklären sind und nicht ohne Not verworfen werden dürfen. So muss hinsichtlich des Kerns der Angelegenheit festgestellt werden, dass der Beschuldigte die vorliegend gebotene Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms bei einer Risikopatientin aufgrund seiner vorgefestigten Ansichten, dass ein akutes Koronarsyndrom stets mit ausserordentlichen Schmerzen in der Brust einhergehe und die vorliegende Anamnese nicht ansatzweise auf ein solches Geschehen hindeute, so- wie der Möglichkeit einer Erklärbarkeit der Symptome mit einer (aufgrund der Laborbefunden zwar möglichen, aber unwahrscheinlichen) Erkältung vorschnell verwarf. Dieses Vorgehen

Seite 30/44 wird der potentiellen Lebensgefahr für die Patientinnen und Patienten, welche von einem akuten Koronarsyndrom ausgeht, nicht gerecht. Es handelt sich somit bei den von Prof. Dr. G. _____ postulierten Pflichten nicht um eine ziselierte oder weltfremde Theorie aus einem Elfenbeinturm der akademischen Lehre, sondern um einen Punkt, den auch ein medizinischer Laie verstehen kann und den ein medizinischer Praktiker zwingend verstehen muss.

E. 4.2.9

Betreffend geeignete weitere Untersuchungsmassnahmen im Blick auf die Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms wurde vom Privatgutachter Dr. K. _____ nicht in Abrede gestellt und von Dr. M. _____ und Prof. Dr. G. _____ ausdrücklich bestätigt, dass ein Elektrokardiogramm sowie ein Troponin-Test grundsätzlich geeignet sind, einen gefährlichen Verlauf hinsichtlich eines Herzinfarkts zu erkennen. Eine frühzeitige Erkennung und eine sofortige Spitaleinweisung zur weiteren Behandlung wäre, wie auch der Privatgutachter Dr. K. _____ ausführte, grundsätzlich geeignet, einen günstigeren Verlauf herbeizuführen. Entsprechend ist erstellt, dass die genannten Methoden grundsätzlich angemessen und auch geboten sind, um Differenzialdiagnosen hinsichtlich eines akuten Koronarsyndroms zu vertiefen und insbesondere die einem akuten Koronarsyndrom zu Grunde liegenden, lebensbedrohlichen Störungen wie einen Herzinfarkt zu diagnostizieren. Dass es theoretisch auch spezifische Konstellationen gibt, in denen ein akutes Koronarsyndrom nicht mittels Elektrokardiogramm oder Troponin-Test abschliessend bestätigt und ein möglicher Herzinfarkt nicht erkannt werden kann (vgl. E. II.4. Ziff. 4.4.6), spricht nicht gegen die grundsätzliche Eignung (OG GD 8/1 Ziff. 45). Entsprechend ist das amtliche Gutachten von Prof. Dr. G. _____ bzw. seine vor Schranken an der Berufungsverhandlung geäusserte Facheinschätzung insofern schlüssig, wie es ein Elektrokardiogramm und einen Troponin-Test vorliegend aus hausärztlicher Sicht bei Hinweisen auf ein akutes Koronarsyndrom als geeignete Massnahme erachtete.

E. 4.2.10

Die Feststellung von Dr. M. _____ und Prof. Dr. G. _____, dass die vom Beschuldigten ausgeführte Auskultation von Lunge und Herz nicht geeignet ist, einen Herzinfarkt auszuschliessen, ist von Dr. K. _____ nicht in Abrede gestellt worden. Eine Auskultation von Herz und Lunge war vorliegend insgesamt sicherlich eine angemessene und gebotene Untersuchungshandlung, zumal ein Lungenödem oder dergleichen bei einer Dyspnoe-Symptomatik möglich ist und mittels Auskultation erkannt werden könnte. Allerdings ist diese Untersuchungsmethode wie gutachterlich festgestellt hinsichtlich eines Herzinfarkts nicht hilfreich.

E. 4.2.11

Entsprechend kann zusammenfassend festgestellt werden, dass weder die Anamnese noch die getätigten Untersuchungshandlungen des Beschuldigten vorliegend die Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms verlässlich ausschliessen konnten. Ein Elektrokardiogramm und ein Troponin-Test wären einfache und praktisch zeitverzugslos unter Beizug von medizinischen Praxisassistenten durchführbare Handlungen gewesen. Die Einfachheit der entsprechenden Ausführung sprechen angesichts von potentiell schwerwiegenden Folgen beim Nichterkennen von akuten koronaren Ereignissen deutlich dafür, dass die Massnahmen für einen Hausarzt vorliegend zwingend geboten gewesen wären. Der Beschuldigte hat folglich das atypische Beschwerdebild bei der Verstorbenen als Risikopatientin unzulänglich gewürdigt und gebotene Massnahmen unterlassen. Die entsprechenden Schlussfolgerungen im Gutachten von Prof. Dr. G. _____ sind im Kern wie dargelegt auch für medizinische Laien schlüssig und nicht zu beanstanden.

Seite 31/44

E. 4.2.12

In den Vorverfahren wie auch im Berufungsverfahren von den Parteien ausschweifend diskutiert und letztlich ohne besondere Bedeutung für die Beurteilung des vorliegenden Falls ist die Frage, inwiefern der Beschuldigte verpflichtet gewesen wäre, den Blutdruck der Verstorbenen selber zu messen, anstatt auf die Selbstmessungen der Patientin abzustellen. Auch wenn der Beschuldigte diesbezüglich allenfalls gegen hausärztliche Standards verstossen haben sollte, stimmen die Zeugenaussagen von Dr. K. _____ und Prof. Dr. G. _____ dahingehend überein, dass sich aufgrund des Blutdrucks keine ausreichend sicheren Angaben machen lassen, ob ein koronares Ereignis bevorstand (OG GD 8/1 Ziff. 43). Dass die Verstorbene einen zu hohen Blutdruck aufwies (Hypertonie), ist darüber hinaus unbestritten und war auch dem Beschuldigten bekannt. Es besteht mithin keine Notwendigkeit, diese Diskussion zu vertiefen.

E. 4.3

Von der Verteidigung gerügte Inkonsistenzen im amtlichen Gutachten

E. 4.3.1

Betreffend die von der Vorinstanz aufgeworfenen Themenbereiche "Thoraxschmerzen", "Ausstrahlung in Arm", "unproduktives Hüsteln" etc. im Gutachten von Prof. Dr. G. _____ kann aufgrund der Befragung im Berufungsverfahren festgestellt werden, dass die diesbezüglichen Rügen der Verteidigung insgesamt keinen wesentlichen Einfluss auf das Beweisergebnis haben.

E. 4.3.2

Betreffend Arm- und Thoraxschmerzen ist es wie bereits dargelegt schlüssig, dass der amtliche Gutachter auf die aktenkundigen Aussagen der Verstorbenen vom 25. Januar 2019 gegenüber ihrer Tochter L. _____ abstellte (Verweis auf OG GD 1 S. 20, 3. und 4. Absatz), wobei es nicht bewiesen wurde, dass die Verstorbene dies während ihres Arztbesuchs auch gegenüber dem Beschuldigten äusserte (vgl. E. II.4. Ziff. 4.2.2). Ob solche Arm- und Thoraxschmerzen zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Beschuldigten vorlagen, ist letztlich im vorliegenden Fall nur von untergeordneter Bedeutung, zumal wie dargelegt bereits ein belastungsabhängiger thorakaler Druck und eine belastungsabhängige Anstrengungsdyspnoe aufgrund der inhärenten KHK-Risiken bei der Verstorbenen als Risikopatientin ausreichen, um zumindest eine Differenzialdiagnose eines akuten Koronarsyndroms zu stellen, welche anschliessend fundiert zu untersuchen und zu entkräften wäre (vgl. OG GD 8/1 Ziff. 30, 32, 35).

E. 4.3.3

Dass der Gutachter aufgrund aktenkundiger Sachverhaltsfragmente den Aspekt der Arm- und Thoraxschmerzen anders einschätzte, als dies später das Gericht tat, ist vor diesem Kontext nicht zu beanstanden. Dies stellt zwar einen Mangel im ursprünglichen Gutachten dar (Urteil des Bundesgerichts 6B_276/2018 vom 24. September 2018 E. 1.2.2), welcher aber durch eine ergänzende gutachterliche Klärung der verschiedenen Sachverhaltsvarianten geheilt werden kann. So liegt es in der Natur der Sache, dass ein Gutachter für seine fachlichen Einschätzungen ohne spezifische Instruktion seitens der Parteien von einem Sachverhalt ausgehen muss, den er selbstständig den Akten entnimmt. Es liegt ebenfalls in der Natur der Sache, dass das für die Beurteilung des Sachverhalts zuständige Gericht von diesem Sachverhalt, wie er sich dem Gutachter präsentiert, aus zahlreichen rechtlichen Gründen abweichen kann (bspw. andere Beweiswürdigung, in dubio pro reo, Beweisverwertungsverbote etc.). Sofern der Gutachter nicht selber von sich aus im Gutachten Sachver-

Seite 32/44 haltsalternativen postuliert und fachlich bewertet, wäre es an den Parteien gewesen, entsprechende ergänzende Beweiserhebungen im Untersuchungsverfahren anzustrengen, um diese Differenzierung nach Sachverhaltsvarianten herauszuarbeiten. Diese Aufgabe hat nun schliesslich die Berufungsinstanz vorgenommen, indem es den Gutachter an der Berufungsverhandlung vom 3. April 2023 als Zeugen dazu befragt hat, inwiefern der Wegfall gewisser Sachverhaltselemente (Thoraxschmerzen, Armschmerzen, Husten etc.) vorliegend zu einer anderen fachlichen Bewertung führen konnte. Dieser Vorgang ist insgesamt nicht ungewöhnlich und daraus lässt sich weder auf ein generell unsorgfältig verfasstes Gutachten noch auf eine Voreingenommenheit des Gutachters schliessen. So gibt es insgesamt keine Anzeichen, dass der Gutachter, welcher – wie im Übrigen auch der Privatgutachter Dr. K. _____ – die Fragen des Gerichts als Zeuge an der Berufungsverhandlung grundsätzlich umfassend, kompetent und sachlich beantwortete, Animositäten gegen den Beschuldigten gehegt haben könnte. Der Vorwurf der Verteidigung, dass der amtliche Gutachter selektiv Sachverhaltselemente auswählte und gegen den Beschuldigten verwendete, ist insgesamt nicht stichhaltig. Die mehrfach geäusserte Annahme der Verteidigung, der amtliche Gutachter habe ohne Grundlage Arm- und Thoraxschmerzen angenommen, ist überdies aktenwidrig (vgl. E. II.4. Ziff. 4.2.2).

E. 4.3.4

Ob ein produktiver oder unproduktiver Husten vorlag, konnte letztlich aufgrund der divergierenden Aussagen des Beschuldigten im Vergleich zum Eintrag in der Krankenakte nie abschliessend geklärt werden. Entsprechend kann dieser Punkt Prof. Dr. G. _____, der offenbar auf die Aussagen des Beschuldigten an der Einvernahme abgestellt hatte, auch nicht als falsche Tatsachenannahme vorgeworfen werden (vgl. E. II.4. Ziff. 4.2.1). Aufgrund der Zeugenvernehmung vor der Berufungsinstanz ist entsprechend auch erwiesen, dass dieser Umstand vor dem Hintergrund der wesentlichen Symptomatik betreffend belastungsabhängiger thorakaler Druck und belastungsabhängige Dyspnoe nur von untergeordneter Bedeutung ist (vgl. dazu OG GD 8/1 Ziff. 34-35).

E. 4.3.5

Auch betreffend Diabetes kann dem Gutachter kein Vorwurf gemacht werden, zumal er sich diesbezüglich auf die aktenkundigen klinischen Einschätzungen des Beschuldigten berufen kann ("leichte unbehandelte Zuckererkrankung", act. 2/1 Ziff. 15). Auch wenn – wie die Verteidigung zurecht ausführt – die entsprechenden Grenzwerte bei der Verstorbenen nicht erreicht waren, kann dennoch von ungewöhnlich hohen Werten an der Grenze zu einer Diabeteserkrankung im Sinne einer Prä-Diabetes gesprochen werden (OG GD 8/1 Ziff. 72-74). Letztlich ist die Frage betreffend die Diabetes-Diagnose auch nur von untergeordneter Bedeutung, zumal insgesamt keine Zweifel bestehen, dass die Beschuldigte eine KHK-Risikopatientin war und folglich kardiale Themenbereiche besondere Sorgfalt bei der Abklärung bedurften.

E. 4.3.6

Sofern die Verteidigung einzelne Fehler im Gutachten von Prof. Dr. G. _____ rügt, so kann mit der Vorinstanz festgehalten werden, dass kleinere formelle Versehen ("Dr. S."; "Herkunft Blutdruckdaten") keinen Hinweis dafür bieten, dass die Kernfeststellungen des Gutachtens nicht korrekt wären. Kleinere Unachtsamkeiten in der Gutachtensausführung sind nie geeignet, ein an und für sich schlüssiges Gutachten als Ganzes zu kompromittieren.

E. 4.3.7

Auch wenn Prof. Dr. G. _____ teilweise – aufgrund der für das Gericht nicht erwiesenen Arm- und Thoraxschmerzen zum Untersuchungszeitpunkt und mithin einem typischeren Be-

Seite 33/44 schwerdebild – den Grad der Pflichtverletzung als gravierender einschätzt, so kann daraus nichts abgeleitet werden, zumal seine Feststellungen hinsichtlich einer Sorgfaltspflichtverletzung wie oben dargelegt nachvollziehbar sind und zumindest in den wesentlichen Kernbereichen Stütze in den Gutachten bzw. Aussagen von Dr. M. _____ und Dr. K. _____ finden.

E. 4.4

Feststellungen zur natürlichen Kausalität

E. 4.4.1

Die Feststellung der Gutachterin und Obduzentin Dr. M. _____, dass (1.) ein Herzinfarkt festgestellt worden sei, (2.) der Todeszeitpunkt um 17:16 Uhr eingetreten sei und (3.) sich aufgrund der mikroskopischen Befunde der Herzinfarkt ca. 4 bis 12 Stunden vorher ereignet habe, werden vom amtlichen Gutachter Prof. Dr. G. _____ nicht in Abrede gestellt. Entsprechend kann festgestellt werden, dass der Herzinfarkt der Verstorbenen am 25. Januar

2019 zwischen ca. 05:15 Uhr morgens und ca. 13:15 Uhr nachmittags eingetreten ist. Es besteht mithin eine zeitliche Nähe zur Untersuchung der Verstorbenen beim Beschuldigten, welche ca. zwischen 12.00 Uhr und 12.20/12.30 Uhr stattfand.

E. 4.4.2

Der Privatgutachter Dr. K. _____ hält ein späteres Eintreten des Herzinfarkts in der zweiten Nachmittagshälfte aufgrund der Symptomatik-Angaben der Patientin für nicht unwahrscheinlich. Die entsprechenden Einschätzungen des Privatgutachters scheinen aber insgesamt mit einer erheblichen Unsicherheit belastet. So schreibt Dr. K. _____ in seinem Privatgutachten, dass es korrekt sein dürfte, "dass die Patientin irgendwann im Zeitraum zwischen 5 Uhr morgens und 13 Uhr nachmittags, einen Herzinfarkt erlitt" (SE GD 4/3/1 S. 12). Auch an der Berufungsverhandlung bestätigte der Privatgutachter grundsätzlich diesen aufgrund den mikroskopischen Obduktionsbefunden von Dr. M. _____ ermittelten Zeitrahmen, wobei seiner Ansicht nach der Infarkt deutlich näher am unteren Zeitrahmen von vier Stunden stattgefunden habe (OG GD 8/1 Ziff. 167). Insgesamt können diese Angaben kein Abweichen von den Feststellungen der Obduzentin Dr. M. _____ rechtfertigen. So indizieren die von der Obduzentin festgestellten, eher geringen arteriosklerotischen Veränderungen nicht zwingend einen späteren Eintritt des Herzinfarkts in der zweiten Nachmittagshälfte, zumal der amtliche Gutachter an der Berufungsverhandlung schlüssig darlegte, dass man nicht von einem linearen Zusammenhang zwischen der Einengung des Gefässes und dem Blutdurchfluss ausgehen dürfe (OG GD 8/1 Ziff. 91) und dass eine Verschlimmerung der Symptomatik nicht zwingend bedeute, dass der Infarkt nicht bereits vorher eingetreten sei (OG GD 8/1 Ziff. 55). Wie es sich damit letztlich verhält, kann offenbleiben. Es mag sein, dass sich die Symptomatik verschärft haben dürfte, als das Blutgerinnsel zunehmend zu einer kritischen Limitierung der Blutversorgung führte. Dies ändert nichts daran, dass das belastungsabhängige Beschwerdebild, welches die Verstorbene am Mittag des 25. Januar 2019 gegenüber dem Beschuldigten präsentierte, bereits als Angina pectoris qualifiziert werden muss (vgl. dazu E. II.4. Ziff. 4.2.6).

E. 4.4.3

Unbestritten ist der urkundlich belegte Umstand, dass der Beschuldigte um 12:11 Uhr Einträge in die elektronische Krankenakte der Verstorbenen machte. Gemäss seinen glaubhaften Aussagen wird die Behandlung der Beschuldigten um ca. 12:20 Uhr bis 12:30 Uhr beendet worden sein. Die Wohnung der Verstorbenen lag sodann ca. 400-500 Meter von der Arztpraxis entfernt.

Seite 34/44

E. 4.4.4

Aufgrund der Schilderungen der Tochter der Verstorbenen kann sodann ohne weiteres zugunsten des Beschuldigten davon ausgegangen werden, dass sich die Symptomatik der Verstorbenen nach der Rückkehr in ihre Wohnung zwischen ca. 14.00 Uhr und 16.30 Uhr deutlich verschlechterte (vgl. E. II.4. Ziff. 4.2.2).

E. 4.4.5

Bereits aus dem erstellten Zeitrahmen des Eintritts des Herzinfarkts ergibt sich, dass es nicht schlüssig belegt ist, dass die Verstorbene bereits zum Zeitpunkt des Besuchs in der Praxis des Beschuldigten an einem Herzinfarkt litt. Es ist zwar aufgrund der zeitlichen

Gegebenheiten möglich und wahrscheinlich, dass dies der Fall gewesen sein könnte. Trotzdem besteht vorliegend eine plausible und nicht zu erschütternde Sachverhaltsalternative, dass der Herzinfarkt erst im Zeitfenster von ca. 12.20/12.30 Uhr bis ca. 13.15 Uhr eingetreten ist, als sich die Verstorbene wieder zu ihrer ca. 400-500 Meter von der Arztpraxis des Beschuldigten entfernten Wohnung begab. Bei dieser Sachverhaltsalternative hätten auch die gebotenen Untersuchungen bezüglich Elektrokardiogramm und Troponin-Test keine schlüssige Erhärtung der Arbeitsdiagnose eines akuten Koronarsyndroms bzw. eines Herzinfarkts liefern können. Eine Notfallintervention und mithin eine Abwendung des vorliegend eingetretenen tödlichen Verlaufs der Erkrankung hätte nicht erfolgen können.

E. 4.4.6

Darüber hinaus ist aufgrund der Ausführungen der Gutachterin Dr. M._____ und des Privatgutachters Dr. K._____ erstellt, dass bei der spezifischen Konstellation eines Non-ST-Hebungsinfarkts (NSTEMI), der etwa 2-3 Stunden vor dem Hausarztbesuch aufgetreten ist, weder ein Elektrokardiogramm noch ein Troponin-Test geeignet gewesen wären, um den AGV hinsichtlich eines akuten Koronarsyndroms bzw. einen Herzinfarkt verlässlich zu bestätigen und entsprechend mittels einer umgehenden Behandlung (Blutverdünnung, ev. Beruhigungsmittel etc.) sowie einer Spitaleinweisung abzuwenden. Wäre der Herzinfarkt mithin ab ca. 10.00 Uhr morgens eingetreten und hätte es sich um einen Non-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) gehandelt, dann wären bei der Verstorbenen sowohl das Elektrokardiogramm wie auch der Troponin-Test unauffällig gewesen.

E. 4.4.7

Die gegenteiligen Ausführungen des amtlichen Gutachters Prof. Dr. G._____ sind im Themenbereich Kausalität knapp ausgefallen. Dieser hält einzig fest, dass das Obduktionsergebnis aufgrund der Grösse und des Alters des Infarkts nahelege, dass der Infarkt mit hoher Wahrscheinlichkeit im Elektrokardiogramm erkannt worden wäre; bei einer lege artis Diagnostik (Anamnese insbesondere betreffend Verstärkung der thorakalen Enge, Elektrokardiogramm und Troponin-T-Test) hätte das akute Koronarsyndrom resp. der Herzinfarkt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erkannt werden können. Es ist dabei evident, dass diese von Prof. Dr. G._____ postulierte Variante nicht berücksichtigt, dass die Behandlung beim Beschuldigten zumindest theoretisch genau zu dem Zeitpunkt hätte stattfinden können, in welchem ergänzende Troponin-Untersuchungen bei einem NSTEMI-Infarkt noch kein überzeugendes Ergebnis hätten liefern können (d.h. NSTEMI-Herzinfarkt ab ca. 10.00 Uhr morgens). Auch mit der gegenteiligen Ansicht der forensischen Pathologin Dr. M._____, welche sich auf mikroskopische Untersuchungen des Herzens während der Obduktion der Leiche der Verstorbenen stützt, und postuliert, dass eine Differenzierung zwischen STEMI/NSTEMI nicht möglich sei, setzt sich das Gutachten nicht auseinander. Auch fehlt zur entsprechenden Aussage eine schlüssige Bezugnahme auf die Obduktionsbefunde und entsprechende begründete Ausführungen dazu, inwiefern ST-Hebungsinfarkte und Non-ST-Hebungsinfarkte aufgrund einer Obduktion des Herzens überhaupt unterschieden werden

Seite 35/44 können. Die Befragung von Prof. Dr. G._____ als Zeuge hat in dieser Hinsicht ebenfalls keine ausreichende Klärung gebracht. Er postuliert zwar aufgrund der Distanz der Blutungsstelle zur Brusthauptschlagader einen zentralen Infarkt, welcher sich im Elektrokardiogramm zeigen würde (OG GD 8/1 Ziff. 77), erklärte aber gleichzeitig

auch, dass seine Annahmen betreffend die Natur des Herzinfarkts der Verstorbenen (d.h. STEMI/NSTEMI) wohl mit gewissen Unsicherheiten behaftet sein könnte (OG GD 8/1 Ziff. 50). Eine hohe Sicherheit bezüglich seiner Schlussfolgerungen ist aus den mündlichen Ausführungen des amtlichen Gutachters mithin nicht zu entnehmen. Den Ausführungen des amtlichen Gutachters widersprechen auch die Feststellungen des Kardiologen Dr. K._____, wonach es spekulativ sei, aus Alter und Grösse eines Infarktes abzuleiten, ob sich ein auffälliges Elektrokardiogramm gezeigt hätte. Gleichfalls konnte wie erwähnt auch Dr. M._____ aufgrund der Obduktionsbefunde nicht klar nachweisen, ob sich der Infarkt als sog. ST-Hebungsinfarkt (STEMI) auf einem Elektrokardiogramm überhaupt gezeigt hätte. Aufgrund der gegenteiligen Meinungen, insbesondere der vorliegend als überzeugend einzuschätzenden Ansichten der Obduzentin Dr. M._____ und des Herzspezialisten Dr. K._____, lässt das Gutachten von Prof. Dr. G._____ in diesem Punkt hinsichtlich der Feststellungen zur Kausalität die beweisrechtlich notwendige Überzeugungskraft vermissen. Es bestehen mithin triftige Gründe, vom amtlichen Gutachten in diesem Punkt abzuweichen. Folglich wäre bei dieser spezifischen Konstellation (NSTEMI-Infarkt ab ca. 10.00 Uhr morgens) ein akutes Koronarsyndrom auch bei einem Elektrokardiogramm und einem Troponin-Test nicht mit der ausreichenden Sicherheit während der Untersuchung beim Beschuldigten gegen Mittag am 25. Januar 2019 erkannt worden und eine Notfallintervention zur Abwendung des Todes der Verstorbenen hätte folglich nicht stattfinden können.

E. 4.4.8

Zusammengefasst liegen mithin mindestens zwei grundsätzlich plausible Kausalverläufe vor, die auch bei einer lege artis Behandlung durch den Beschuldigten mit erheblicher Wahrscheinlichkeit zum Tod der Verstorbenen geführt hätten.

E. 4.4.9

Ferner postulierte der Privatgutachter Dr. K._____ noch eine weitere mögliche Variante. Demnach sei ein weiterer Befund eines Herzdefekts ("Loch im Herzen") wahrscheinlich nicht durch die Reanimationsmassnahmen verursacht worden. Solche Verletzungen seien bei Reanimationsmassnahmen gemäss einer japanischen Studie aus dem Jahr 2003 nicht üblich. Eine andere mögliche Ursache für den Defekt am Herzen der Verstorbenen postuliert Dr. K._____ hingegen nicht (SE GD 4/3/1 S. 14 FN 20; OG GD 8/1 Ziff. 172). Damit stellt sich Dr. K._____ gegen die Obduktionsbefunde der forensischen Pathologin Dr. M._____ (vgl. act. 3/9/5: "Befunde im Rahmen der Wiederbelebungsmaßnahmen [...] Wanddurchgreifender Defekt der linken Herzkammerhinterwand mit Ansammlung von ca. 150ml blutiger Flüssigkeit im Herzbeutel [Herzbeutelerguss]). Inwiefern diese Auffassung von Dr. K._____ angesichts der gegenteiligen Einschätzung von Dr. M._____ (welche sich als IRM-Fachärztin häufig mit Verletzungsfolgen von Reanimationsmassnahmen befassen muss, zumal diese bei sog. AGT-Obduktionen üblich sind) überzeugender sein sollte, und insbesondere woher denn sonst – ausser der physischen Einwirkung auf die Brust

Seite 36/44 während der Reanimation, zumindest initial ausgeführt mittels Ferninstruktion durch eine Laiin – die Perforation der linken Herzkammerhinterwand mitsamt Blutansammlung herrühren könnte, muss nicht abschliessend beurteilt werden. Denn wie dargelegt ist der in der Anklageschrift behauptete Kausalitätsverlauf, welcher zum Tod von J._____ geführt haben soll, bereits aus anderen Gründen beweismässig nicht

erstellt.

E. 4.4.10

Es bestehen bei einer gesamthaften Betrachtung der aktenkundigen Beweismittel aufgrund der beiden grundsätzlich plausiblen alternativen Sachverhaltsvarianten insgesamt unüberwindbare Zweifel im Sinne von Art. 10 Abs. 3 StPO, dass die Vornahme der gebotenen Handlungen (Elektrokardiogramm sowie Troponin-Tests) vorliegend den Tod der Verstorbenen hätten abwenden können. Dass der Tod der Verstorbenen bei pflichtgemäsem Verhalten des Beschuldigten hätte verhindert werden können und dessen Behandlung kausal zum Tod führte, ist damit nicht rechtsgenügend bewiesen. 5.

Subsumption 5.1 Eine fahrlässige Tötung setzt naturgemäss eine fahrlässige Handlung voraus. Nach Art. 12 Abs. 3 StGB handelt derjenige, der aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit die Folge seines Verhaltens nicht bedenkt oder darauf nicht Rücksicht nimmt, fahrlässig. Pflichtwidrig ist die Unvorsichtigkeit, wenn der Täter die Vorsicht nicht beachtet, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet ist. 5.2 Der Beschuldigte hatte mit der Verstorbenen durch Aufnahme deren Behandlung konkludent einen Behandlungsvertrag abgeschlossen. Ein Behandlungsvertrag ist ein einfacher Auftrag gemäss Obligationenrecht. Ein einfacher Auftrag muss getreu und sorgfältig ausgeführt werden (Art. 398 Abs. 2 OR). Der Beschuldigte war sodann auch aufgrund seiner Berufsstellung als Arzt gemäss § 16 des Gesetzes über das Gesundheitswesen im Kanton Zug (GesG; BGS 821.1) verpflichtet, bei der Ausübung seines Berufs alle Sorgfalt anzuwenden und nach den anerkannten Grundsätzen des Berufs, der Ethik und der Wirtschaftlichkeit zu arbeiten. Bei der Beurteilung des Masses der ärztlichen Sorgfalt bildet Ausgangspunkt die allgemeine ärztliche Pflicht, die Heilkunst nach anerkannten 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 hat mit seinem Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken. Die Herbeiführung des Erfolgs oder dessen Garantie ist indes nicht Teil seiner Pflichten. Die Anforderungen an die Sorgfaltspflicht des Arztes richten sich nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Beurteilungs- und Bewertungsspielraum, 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 Wissensstand oftmals ein Entscheidungsspielraum zu. Der Arzt verletzt seine Pflichten nur dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder

Seite 37/44 ein sonstiges Vorgehen wählt, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts 6B_1031/2016 vom 23. März 2017 E. 6.4; BGE 134 IV 175 E. 3.2; BGE 130 IV 7 E. 3.3; BGE 120 Ib 411 E. 4a). 5.3 Generell birgt die Nichtvornahme von gebotenen Abklärungen bei Hinweisen auf ein akutes Koronarsyndrom eine erhebliche Gefahr für das Leben des Patienten in sich

und widerspricht damit der objektiv gebotenen ärztlichen Sorgfalt. Sowohl ein Elektrokardiogramm wie auch ein Troponin-Test wären vorliegend jeweils einfache, leicht vollziehbare und verhältnismässige Massnahmen gewesen. Damit hätte ein akutes Koronarsyndrom zwar nicht in jedem Fall, aber dennoch in einer erheblichen Anzahl von möglichen Fällen erkannt werden können. Auf der anderen Seite könnte das Nichterkennen eines akuten Koronarsyndroms (insbesondere bei Herzinfarkten) trotz entsprechender Hinweise auf einen entsprechenden AGV mit hoher Wahrscheinlichkeit fatale Folgen haben. Es bestand angesichts dieser Feststellungen des Gerichts vorliegend in rechtlicher Hinsicht kein Ermessensspielraum des Beschuldigten, gestützt auf seine subjektiven Einschätzungen diese gebotenen Abklärungen zu unterlassen. Dies auch nicht, wenn man zugunsten des Beschuldigten annimmt, dass er über eine langjährige Berufserfahrung und einen grossen Erfahrungsschatz verfügt, was tendenziell eher für einen weiten Ermessensspielraum bei Entscheidungen spricht. Wenn man einerseits die relativ einfachen Abklärungsmassnahmen mit der andererseits hohen Gefahr für die Gesundheit bei deren Unterlassung gegeneinander abwägt, ergibt sich schlüssig, dass die Durchführung eines Elektrokardiogramms (und allenfalls eines Troponin-Tests) in der vorliegenden Konstellation zwingend waren. Der Beschuldigte hat mithin in objektiver Hinsicht gegen die ihm gesetzlich und vertraglich auferlegte Sorgfaltspflicht verstossen, indem er nicht erkannte, dass einfach durchzuführende weitere Untersuchungen vorliegend lege artis geboten gewesen wären.

5.4 Wie dargelegt, war die Durchführung eines Elektrokardiogramms und allenfalls eines Troponin-Tests gesetzlich wie vertraglich aufgrund der Sorgfaltspflicht des Beschuldigten als handelnder Hausarzt geboten gewesen. Das Unterlassen dieser Handlungen kann grundsätzlich gestützt auf Art. 11 Abs. 2 lit. a und b StGB eine Strafbarkeit durch eine pflichtwidrige Untätigkeit begründen. Es braucht dabei beim vorliegenden Ausgang des Verfahrens nicht abschliessend rechtlich gewürdigt werden, ob diese Unterlassung nur subsidiär zu einer aktiven Handlung (im Sinne eines Diagnosefehlers) relevant wäre (vgl. dazu BGE 115 IV 199 E. 2a).

5.5 Die Sorgfaltspflichtverletzung muss nach dem Wortlaut von Art. 117 StGB den Tod eines Menschen "verursachen". Die Sorgfaltspflichtverletzung muss mithin mit hoher Wahrscheinlichkeit natürlich kausal zum Tod eines Menschen führen (Urteil des Bundesgerichts 6B_1066/2022 vom 12. Januar 2023 E. 2.1.1; vgl. auch Schwarzenegger/Gurt, Strafrecht I, 4. A. 2018 Art. 117 StGB N. 2). Eine Wahrscheinlichkeit von 60-70 %, dass die Sorgfaltspflichtverletzung zum Tod führte (resp. eine Wahrscheinlichkeit von 30-40 %, dass der Tod auch bei einer lege artis Behandlung eingetreten wäre), ist nach der Rechtsprechung für die Annahme eines natürlichen Kausalverlaufs ungenügend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 6B_408/2013 vom 18. Dezember 2013 E. 5.4, letzter Absatz). Die notwendige natürliche Kausalität zwischen Sorgfaltspflichtverletzung durch den Beschuldigten und dem Tod der Verstorbenen konnte vorliegend wie bereits dargelegt nicht ohne unüberwindliche Restzweifel bewiesen werden, da es durchaus möglich ist, dass der Herzinfarkt zum Zeitpunkt der

Seite 38/44 Behandlung durch den Beschuldigten nicht vorlag und die gebotenen Untersuchungshandlungen mithin keine Wirkung gezeigt hätten. Sodann wäre auch bei der sicherlich nicht unwahrscheinlichen Variante des NSTEMI-Herzinfarkts ab ca. 10.00 Uhr die hypothetische Vornahme einer lege artis Behandlung nicht geeignet gewesen, den gefährlichen Verlauf zu erkennen und den Tod der Verstorbenen mittels geeigneter Sofortmassnahmen abzuwenden. Auch wenn die Wahrscheinlichkeit der beiden genannten Kausalverläufe letztlich nicht prozentgenau festgelegt werden kann, bestand vorliegend

insgesamt sicherlich keine hohe Wahrscheinlichkeit, dass der Tod der Verstorbenen durch eine lege artis Behandlung hätte abgewendet werden können. Entsprechend kann der Todeseintritt der Verstorbenen auch nicht als ein vermeidbares Ereignis im Sinne des juristischen Fahrlässigkeitsbegriffs bezeichnet werden (vgl. dazu BGE 135 IV 56 E. 2.1). Der Tatbestand einer fahrlässigen Tötung ist damit nicht erstellt. Es kann entsprechend offen bleiben, inwiefern der Erfolgseintritt vorliegend vorhersehbar war. 5.6 Da mangels Kausalität ein Freispruch des Beschuldigten erfolgt, muss das Ausmass der Sorgfaltspflichtverletzung nicht abschliessend geklärt werden. Diesbezüglich können die gutachterlichen Feststellungen einer "lehrbuchhaften Symptomatik" und einer "groben Sorgfaltspflichtverletzung", welche auf anderen Sachverhaltsannahmen basieren (E. II.4. Ziff. 4.2.2) nicht geteilt werden. Aufgrund dem nur schwer erkennbaren, atypischen Beschwerdebild bei der Verstorbenen würde sich das Ausmass der Sorgfaltspflichtverletzung wohl eher im leichteren Bereich befinden. III. Kosten- und Entschädigungsfolgen 1. Untersuchungsverfahren und erste Instanz

E. 6

Der Privatkläger reichte innert Frist keine Berufungserklärung ein, weshalb mit Präsidialverfügung vom 3. Oktober 2022 auf seine Berufung nicht eingetreten wurde (OG GD 5/1).

E. 7

Mit weiterer Präsidialverfügung vom 3. Oktober 2022 stellte die Verfahrensleitung die Berufungserklärung der Staatsanwaltschaft der Verteidigung und dem Rechtsvertreter des Privatklägers zu und setzte ihnen Frist, um Anschlussberufung zu erheben oder Nichteintreten auf die Berufung zu beantragen. Die Staatsanwaltschaft wurde gleichzeitig aufgefordert, ihre in der Berufungserklärung gestellten Beweisanträge zu begründen. Schliesslich wurde den Parteien Frist zur Stellung (weiterer) Beweisanträge gesetzt (OG GD 5/2).

E. 7.1

Der Beschuldigte wird für seine Aufwendungen im Zusammenhang mit seiner erbetenen Verteidigung im Berufungsverfahren mit CHF 8'435.00 (inkl. MWST und Spesen) aus der Staatskasse entschädigt.

E. 7.2

Der Entschädigungsanspruch gemäss Ziff. 7.1 wird mit den dem Beschuldigten auferlegten Verfahrenskosten des Vorverfahrens und des erstinstanzlichen Gerichtsverfahrens von CHF 14'070.18 (Ziff. 4) verrechnet.

Seite 44/44 8. Gegen diesen Entscheid kann bundesrechtliche Beschwerde in Strafsachen erhoben werden. Die Beschwerdegründe und die Beschwerdelegitimation richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des Bundesgerichtsgesetzes (BGG). Die Beschwerde ist innert 30 Tagen, vom Empfang der vollständigen, begründeten Ausfertigung an gerechnet, schriftlich, begründet und mit bestimmten Anträgen sowie unter Beilage des Entscheids und der Beweismittel (vgl. Art. 42 BGG) beim Schweizerischen Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen. 9. Mitteilung an: - Staatsanwaltschaft des Kantons Zug, Staatsanwältin A. _____ - erbetene Verteidigung, Rechtsanwalt F. _____ - Rechtsvertreter des Privatklägers, Rechtsanwalt C. _____ - Strafgericht des Kantons Zug, Einzelgericht (zur Kenntnis) - Gerichtskasse des Kantons Zug

(Dispositiv) - Zuger Polizei, KTD (Dispositiv, Ziff. 1) sowie nach unbenütztem Ablauf der Rechtsmittelfrist bzw. Erledigung allfälliger Rechtsmittel an: - Zuger Polizei (zur Kenntnis gemäss § 123 GOG) Obergericht des Kantons Zug Strafabteilung A. Sidler F. Eller Abteilungspräsident Gerichtsschreiber versandt am:

E. 8

Die Staatsanwaltschaft reichte am 14. Oktober 2022 die Begründung ihrer Beweisanträge ein (OG GD 2/3). Mit Eingabe vom 31. Oktober 2022 beantragte die Verteidigung die Befragung von Dr. K. _____ oder eines durch das Berufungsgericht zu bezeichnenden Kardiologen als medizinischen Sachverständigen und eventualiter die Evaluation der Konklusionen des Gutachtens von Dr. K. _____ durch ein gerichtliches Gutachten, für den Fall dass der Beweis Antrag der Staatsanwaltschaft auf Befragung von Prof. Dr. G. _____ gutgeheissen werde (OG GD 4/1).

E. 9

Die Verfahrensleitung stellte mit Präsidialverfügung vom 7. November 2022 fest, dass keine Anschlussberufung erhoben und kein Antrag auf Nichteintreten auf die Berufung der Staatsanwaltschaft gestellt wurden. Gleichzeitig stellte sie die oben erwähnten Eingaben den jeweils anderen Parteien zur Stellungnahme zu (OG GD 5/3). Die Verteidigung reichte am 2. Dezember 2012 eine Stellungnahme ein, welche den anderen Parteien zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (OG GD 4/5). Die Staatsanwaltschaft und der Privatkläger reichten keine Stellungnahme ein.

Seite 4/44

E. 10

Mit Präsidialverfügung vom 21. Dezember 2022 hiess die Verfahrensleitung den ersten Beweisantrag der Staatsanwaltschaft, die Befragung von Prof. Dr. G. _____ als sachverständigen Zeugen, gut und wies den zweiten Antrag, der Beschuldigte sei aufzufordern, sich von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden, ab. Den Beweisantrag der Verteidigung, die Befragung von Dr. K. _____ als sachverständigen Zeugen, hiess sie ebenfalls gut (OG GD 5/4).

E. 11

Nach Rücksprache mit den Parteien wurde der Termin für die Berufungsverhandlung auf den 3. April 2023 festgesetzt (OG GD 5/5). Der Beschuldigte wurde separat zur Berufungsverhandlung vorgeladen (OG GD 7/1).

E. 12

Am 3. April 2023 fand die Berufungsverhandlung statt, an welcher der Beschuldigte, sein erbetener Verteidiger und die zuständige Staatsanwältin teilnahmen. Prof. Dr. G. _____ und Dr. K. _____ wurden als sachverständige Zeugen einvernommen. Der Beschuldigte wurde zur Person und zur Sache befragt, wobei er vollumfänglich die Aussage verweigerte. Er verzichtete auf ein Schlusswort. Die erbetene Verteidigung beantragte die Bestätigung des vorinstanzlichen Urteils und die Abweisung der Berufung der Staatsanwaltschaft unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Die Staatsanwaltschaft hielt an ihren Anträgen in der Berufungserklärung fest (OG GD 8/1).

E. 13

Auf entsprechende Nachfrage des Gerichts verzichteten die Parteien am Ende der Berufungsverhandlung auf eine mündliche Urteilseröffnung (OG GD 8/1 S. 62). Erwägungen und Begründung des Urteils I. Formelles 1. Eintreten und Umfang der Berufung

E. 17

März 2021 im Rahmen eines zweiten Ergänzungsgutachtens beantwortete (act. 3/21/1 ff.).

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