

**W**ir stehen vor einer fast paradoxen Situation:

Der Minimierung des medizinischen Risikos für den Patienten steht eine Maximierung des juristisch-forensischen Risikos für den Arzt gegenüber, d. h. Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüchen, Strafanzeigen und staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren, anwaltlichen Forderungsschreiben oder gerichtlichen Beschlagnahme- bzw. Durchsuchungsbeschlüssen ausgesetzt zu sein. Denn die Bereitschaft des Patienten, in einer tödlichen Komplikation oder einem Behandlungsmißerfolg ein schicksalhaftes Ereignis zu sehen, ist in der heutigen Zeit weitgehend geschwunden. Statt dessen wird ein Schuldiger gesucht, und den glaubt man – allzu leicht und allzu oft – im Arzt zu finden. So wundert es nicht, daß jährlich etwa 10.000 Klagen gegen Ärzte vor den Zivilgerichten angestrengt und etwa 2.500 bis 3.000 Strafverfahren gegen Ärzte wegen angeblicher Behandlungs-, Aufklärungs- und Organisationsfehler eingeleitet werden.

Betroffen sind von dieser Entwicklung vor allem Gynäkologen, Chirurgen und Anästhesisten, doch kann jeder Arzt, gleichgültig in welchem Fachgebiet und gleichgültig in welcher Funktion, von dieser Prozeß- und Haftungswelle erfaßt werden. Denn jeder Mißgriff oder Fehler, jedes noch so geringfügige Versagen in Diagnose oder Therapie, Aufklärung oder Organisation vermag die zivil- und/oder strafrechtliche Verantwortlichkeit auszulösen, was im Einzelfall sogar die wirtschaftliche Existenz des Arztes bedrohen kann.

Die Verrechtlichung der Medizin, insbesondere die „Hochkonjunktur des Haftungsrechts“ hat deshalb in der Ärzteschaft verständlicherweise große Sorge und Beunruhigung hervorgerufen. Demgegenüber wird von juristischer Seite zwar beschwichtigend – und auch zutreffend – darauf hingewiesen, daß die Zahl der Klagen vor dem Hintergrund der tagtäglich vorgenommenen medizinischen Eingriffe weit weniger als 1% und die Zahl rechtskräftiger strafgerichtlicher Verteilungen wegen eines berufsspezifischen Fehlverhaltens unter 5% der eingeleiteten Ermittlungsverfahren liegt. Diese Bilanz ist sicherlich erfreulich und die Hinweise darauf sind auch gut gemeint. Dem Betroffenen helfen sie jedoch wenig. Denn wer einmal die physische und psychische Belastung eines mehrjährigen Zivilprozesses mitgemacht hat und das Damoklesschwert eines Strafverfahrens mit durchschnittlich ein bis zwei Jahren Ermittlungsdauer über sich spürte, der ist selbst im Falle eines erfolgreichen oder zumindest „glimpflich“ Ausganges verändert, abgesehen von den persönlichen wirtschaftlichen Nachteilen, Unannehmlichkeiten, Bela-

# Verhalten nach einem Zwischenfall

*Was kann, was sollte,  
was muß man aus rechtlicher Sicht tun?*

**Klaus Ulsenheimer, Rolf-Werner Bock**

stungen und Aufregungen, die er ertragen mußte.

An dieser Situation, die wir nicht dramatisieren, aber in aller Offenheit herausstellen möchten, wird sich in absehbarer Zukunft nichts ändern, da ihre Ursachen bleiben: das schwindende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, die immer perfektere Apparatedizin, die Spezialisierung und damit einhergehende Arbeitsteilung, die Unpersönlichkeit und Anonymität der Großkliniken, die Übernahme des Kostenrisikos durch eine Rechtsschutzversicherung, die nicht immer nur objek-

tive anwaltliche Beratung und der Konkurrenzdruck der Ärzte untereinander, um die wichtigsten Einflußgrößen zu nennen.

Vor diesem Hintergrund kommt der Frage, was nach einem Zwischenfall aus rechtlicher Sicht zu tun ist, eine zentrale praktische Bedeutung zu. Dazu ein Beispiel:

Nachdem sich zunächst bei der Patientin nach ihrer Aufnahme im Krankenhaus kein Geburtsfortschritt zeigte, untersuchte sie der diensthabende Oberarzt und stellte anhand des CTG's eine deutliche Verlangsamung und Abschwächung der kindlichen Herztöne fest.

Die Frau wurde daraufhin an den Wehentropf angeschlossen, und es hatte zunächst den Anschein, als würde es dem Kind besser gehen. Plötzlich trat jedoch eine dramatische Verschlechterung im Befinden des Kindes ein, die eine sofortige Beendigung der Geburt durch Kaiserschnitt oder Vakuumextraktion, je nach Lage des Kindes, erforderlich machte, von der Hebamme aber nicht erkannt und dem Arzt gemeldet wurde.

Dadurch ging wertvolle Zeit verloren. Erst nach der Versorgung einer anderen Patientin kam der Oberarzt zurück und nahm nunmehr in größter Eile eine Vakuumextraktion vor, wobei die Gebärmutter riß, die Wehentätigkeit vollständig aufhörte und das Kind innerhalb weniger Minuten verstarb.

Die Mutter des Kindes erstattete Strafanzeige gegen Arzt und Hebamme und verlangte gleichzeitig von beiden über ihren Anwalt auch Schadensersatz und Schmerzensgeld.

Was ist in einem solchen Fall zu tun, wenn der Staatsanwalt in die Klinik kommt und die Krankenblattunterlagen beschlagnahmt? Wer ist über diesen Vorgang zu informieren? Soll das Anwaltsschreiben beantwortet werden; wenn ja, von wem? Wie steht es mit der Benachrichtigung der Verwaltung des Krankenhauses und der Berufshaftpflichtversicherung? Hätte der Oberarzt eine „Selbstanzeige“ bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft erstatten sollen?

Die folgenden Ausführungen sollen Antwort auf diese Fragen geben und dabei auch den Fall einbeziehen,

## T H E M A

daß nicht der Vorwurf einer fahrlässigen Körperverletzung, sondern der Vorwurf einer fahrlässigen Tötung erhoben wird.

1. Wie dieses Fallbeispiel zeigt, ist zwischen der zivil- und strafrechtlichen Haftung zu unterscheiden:

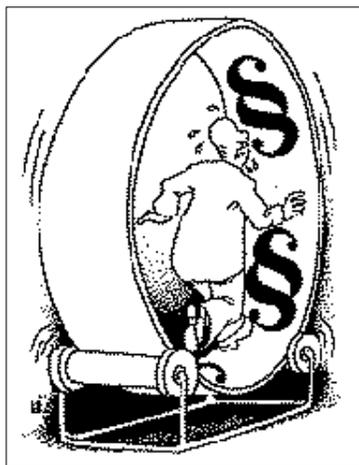
Zivilrechtlich geht es um Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld, die der geschädigte Patient oder – im Falle des Todes – seine Erben geltend machen. Erhält der Arzt hiervon Kenntnis, muß er dies aufgrund des Versicherungsvertrages unverzüglich seiner Haftpflichtversicherung und, falls er sich in einem Dienst- bzw. Beamtenverhältnis befindet, der Krankenhausverwaltung melden.

In beiden Fällen wird vom Arzt regelmäßig eine schriftliche Stellungnahme zu dem Vorfall bzw. den gegen ihn erhobenen Vorwürfen verlangt. Damit begibt er sich aber, was vielfach unbekannt ist, auf ein juristisch außerordentlich gefährliches Terrain: Denn sowohl beim Krankenhausträger als auch bei der Versicherungsgesellschaft können sämtliche Unterlagen, wenn es zu einem Strafverfahren kommt, beschlagnahmt und die jeweiligen Gesprächspartner als Zeugen vernommen werden. Alles, was der Arzt hier also freimütig und wahrheitsgemäß offenbart, wie es seine versicherungsrechtliche Pflicht ist, kann auf diese Weise zur Kenntnis der Strafverfolgungsbehörden gelangen und gegebenenfalls zu seinen Ungunsten verwandt werden.

Deshalb sollten Mitteilungen an die Haftpflichtversicherung und Krankenhausverwaltung sich ausschließlich auf die Schilderung des Tatbestandes – ohne alle Wertungen – beschränken, d. h. auf den tatsächlichen Geschehensablauf, die objektive Chronologie der Ereignisse, ohne eigene Beurteilung, subjektive Meinungsäußerungen, Vermutungen, Spekulationen, Schuldgeständnisse oder Schuldzuweisungen, kurzum: reiner Tatsachenvortrag, wie er sich aus den Krankenblattunterlagen (z. B. dem Anästhesieprotokoll, dem Operationsbericht u. a.) ergibt.

2. Ob die Einschaltung eines Rechtsanwalts in diesem frühen Stadium, wenn es nur um Schadensersatz und Schmerzensgeldansprüche geht, schon oder noch nicht nötig ist, muß jeder Betroffene selbst entscheiden.

Kommt eine Einigung mit dem Patienten in den Verhandlungen mit der Versicherung jedoch nicht zustande und wird als Folge davon ein Gerichtsverfahren – in der Regel vor dem Landgericht – anhängig, so muß der Arzt anwaltlich vertreten sein. Denn vor dem Landgericht herrscht Anwaltszwang. Dabei sprechen die Haftpflichtversicherungen aufgrund ihrer reichen Erfahrungen und der Kenntnis von Spezialisten oftmals Empfehlungen aus, doch ist jeder Versicherte letztlich frei, den Anwalt seines Vertrauens zu mandatieren, der dann den Prozeß für ihn als Beklagten führt. Er sollte dies aber stets mit seiner Berufshaftpflichtversicherung abstimmen.



Karikatur: Reinhold Löffler

3. Ganz anders ist dagegen die Situation im Strafprozeß: Hier geht es höchst unmittelbar um einen persönlichen Schuldvorwurf, um eine „Vorstrafe“ und deren höchstpersönlich wirkende, besonders gravierende, oftmals sogar die berufliche Existenz gefährdende Folgen.

Um so wichtiger ist es daher, daß der Arzt im „Ernstfall“, d. h. im Hinblick auf mögliche strafrechtliche Konsequenzen nach einem Zwischenfall oder einer Komplikation, nicht „kopflös“ reagiert, sondern weiß, was er tun kann bzw. tun sollte, und deshalb nüchtern und sachbezogen die nächsten Schritte abwägt.

Leider kommt es immer wieder vor, daß Ärzte überhaupt nicht er-

kennen, daß es bei dem konkreten Vorgang – z. B. einer polizeilichen Ladung – um ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren geht. Oder sie glauben fälschlicherweise, die Ermittlungen richteten sich gegen andere, bzw. man habe noch Zeit und müsse erst im Falle einer förmlichen Anklage reagieren, die oftmals als zivilrechtliche „Klage“ verstanden wird! Dann aber ist es meist zu spät, eine öffentliche Hauptverhandlung zu vermeiden.

Gerade darin aber muß aus den eingangs geschilderten Gründen das Ziel einer effizienten Verteidigung in Arztstrafsachen liegen. Dessen Verwirklichung hängt allerdings nicht zuletzt davon ab, wie sich der Betroffene unmittelbar nach einem Zwischenfall oder nach erlangter Kenntnis von einer Strafanzeige bzw. der Einleitung eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens verhält.

4. Unsere diesbezüglichen Empfehlungen möchten wir in zehn Punkten zusammenfassen, die der Arzt quasi als „juristischen Notfallkoffer“ stets mit sich führen, jedenfalls aber bedenken sollte.

### Verhaltensempfehlungen:

#### ➤ Kein Schuldeingeständnis

Von dem Augenblick an, in dem eine Komplikation eingetreten oder gar ein Fehlverhalten erkennbar ist, besteht die – zumindest nicht auszuschließende – Möglichkeit eines Strafverfahrens gegen den Arzt mit der Folge, daß er die Rolle eines potentiell Beschuldigten innehat. Deshalb sollte er von Anfang an sein Verhalten so einrichten, daß ihm daraus für seine Verteidigung keine Nachteile erwachsen können, d. h. kein Schuldeingeständnis, eine nur beschränkte (nämlich nicht selbstbelastende) Mitwirkung bei der Suche nach der Ursache des Mißerfolgs. Wörtlich heißt es in einer BHG-Entscheidung (MDR 184, 220):

„Der mögliche Schädiger, auch wenn es sich um einen Arzt handelt, der zu dem Patienten in einem besonderen Vertrauensverhältnis gestanden hat, handelt nicht treuwidrig, wenn er, ohne die Tatsachen zu verdecken oder zu

verschweigen, ein schuldhaftes Fehlverhalten leugnet.“

Dies mag „unärztlich“ erscheinen, ist aber weder eine Aufforderung, sich aus der Verantwortung zu stehlen, noch ein Appell zur Selbstbegünstigung, sondern der nüchterne Hinweis auf den Gesichtspunkt des Selbstschutzes und das Grundprinzip unseres Strafprozesses: Niemand ist verpflichtet, sich selbst zu beschuldigen und an seiner Strafverfolgung durch eigenes Tun mitzuwirken. Die Besorgnis, daraus würden nachteilige Folgen gezogen, ist nach dem ausdrücklichen Wortlaut der Strafprozeßordnung unbegründet.

► *Im Zweifelsfall: „Todesursache ungeklärt“ auf dem Totenschein angeben*

Handelt es sich um einen Zwischenfall mit tödlichem Ausgang, so stellen sich die Fragen,

- ob ein „natürlicher“ Tod vorliegt oder der Verdacht eines „nicht natürlichen“ Todes besteht,
- wer die Todesursache festzustellen hat und
- ob bzw. von wem gegebenenfalls die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen ist.

Diese Fragen sind landesrechtlich unterschiedlich geregelt, so daß hier nur zusammenfassend die Grundlinien dargelegt werden können.

Die Abgrenzung der Begriffe „natürlicher“ und „nicht natürlicher“ Tod ist umstritten. Im rechtswissenschaftlichen Schrifttum wird überwiegend der Tod bei oder nach einer Operation nur dann als „nicht natürlich“ angesehen, „wenn wenigstens entfernte konkrete Anhaltspunkte für einen ‚Kunstfehler‘ oder für sonstiges Verschulden des behandelnden Personals vorliegen“ (Kleinknecht/Meyer, Rdnr. 2 u § 159; Maiwald, NJW 1978, 563). Andere halten diese Auffassung für zu eng und sprechen immer schon dann von einem „unnatürlichen Tod“, wenn „keine sicheren Anzeichen für einen natürlichen Tod festzustellen sind“ (Geerds: MedR 1984, 173 m. w. N.), anders formuliert: wenn ein unnatürlicher Tod nach Lage der Dinge nicht sicher auszuschließen ist.

Daraus folgt: Sicherlich ist nicht bei jedem Fall einer tödlich verlaufenden Operation oder sogar bei jedem Todesfall im Krankenhaus Anzeige bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft zu erstatten. Wenn man aber bei der Leichenschau ein strafbares Verhalten als Todesursache nicht von vornherein sicher ausschließen kann, sollte man im Zweifel die Todesursache als „ungeklärt“ bezeichnen und die endgültige Feststellung dem Obduzenten bzw. Pathologen überlassen. Außerdem ist unter dieser Prämisse unverzüglich die Polizei oder Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen.

Wir können nur mit Nachdruck davor warnen, trotz gegenteiliger Anhaltspunkte eine „natürliche“ Todesursache auf dem Leichenschauschein anzugeben, da dies sogar zu strafrechtlichen Konsequenzen führen kann. Das Ausstellen einer unrichtigen Todesbescheinigung ist z. B. nach § 49 Abs. 2 Ziffer 3 Bestattungsgesetz Ba-

den-Württemberg strafbar. Die Versuchung, „Zweifel an einer natürlichen Todesursache zu unterdrücken“, ist insbesondere für den Arzt groß, der irgendwie in den Zwischenfall verwickelt ist und möglicherweise durch eine ärztliche Sorgfaltspflichtverletzung den Tod verursacht hat (Kleiber: Der iatrogene Todesfall, 1988, S. 47), doch muß ihr unbedingt widerstanden werden.

Im Hinblick auf diese Konfliktsituation fehlt in manchen Bundesländern eine generelle Anzeigepflicht unnatürlicher Todesfälle gegenüber der Polizei, oder aber es wird dem Arzt das Recht eingeräumt, die Leichenschau zu verweigern, wenn sie ihn oder einen Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden (z. B. Art. 2 Abs. 3 des Bayer. Bestattungsgesetzes). Es gibt jedoch nach wie vor Bundesländer (z. B. Baden-Württemberg gemäß § 20 Abs. 2 Bestattungsgesetz), die jedem Arzt, der die Leichenschau vornimmt, und zwar auch den potentiell für den Tod verantwortlichen, im Falle eines nicht eindeutig natürlichen Todes – also auch im Falle einer „nicht aufgeklärten“ Todesursache – verpflichten, sofort eine Polizeidienststelle zu benachrichtigen.

Deshalb sollte im Krankenhaus stets dafür Sorge getragen werden, daß, soweit irgend möglich, die Todesbescheinigung ein Arzt ausfüllt, der in den Zwischenfall nicht involviert, sondern sozusagen „neutral“ ist.

► *Rechtspflicht zur Anzeige?*

Abgesehen davon stellt sich in diesen Fällen außerhalb des Bereichs der Leichenschau vor dem Hintergrund der ärztlichen Schweigepflicht die Frage nach dem Recht zur Anzeige. Die Antwort lautet: Die Einschaltung der Staatsanwaltschaft bei ungeklärter oder nicht eindeutig natürlicher Todesursache bedeutet keine „unbefugte“, sondern eine unter dem Aspekt der Wahrnehmung berechtigter Interessen gerechtfertigte Geheimnisoffenbarung. Darüber hinaus kann sich sogar eine Rechtspflicht zur Offenlegung eines tödlichen Behandlungsfehlers aus gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen (Landesrecht, Kassenarztrecht, Vertrag mit dem öffentlich-rechtlichen Krankenhausträger) ergeben (vgl. Lippert, MedR 1987, 176; Taupitz, Die zivilrechtliche Pflicht zur unaufgeforderten Offenbarung eigenen Fehlverhaltens, 1989, S. 6).

Unberührt davon bleibt der eherne Grundsatz, daß grundsätzlich – Ausnahmen vorbehalten – niemand zur Aufdeckung eigenen Fehlverhaltens verpflichtet ist (Gubernatis, JZ 1982, 363, 365; Uhlenbruck, Rheinisches Ärzteblatt 1987, 114). In Ärztekreisen wird allerdings vielfach die gegenteilige Ansicht – unter Berufung auf ethische oder moralische Gründe – vertreten, und zwar sogar in Fällen fahrlässiger Körperverletzung, z. B. wenn ein Behandlungsfehler zu einer schweren zerebralen Schädigung des Patienten geführt hat.

Demgegenüber ist jedoch auf Art. 1 und Art. 2 Abs. 2 GG hinzuweisen, die eine allgemeine Anzeige- und Of-

fenbarungspflicht des Arztes sowohl im Falle fahrlässiger Tötung als auch bei fahrlässiger Körperverletzung, unterlassener Hilfeleistung oder einem anderen „arztspezifischen“ Delikt ausschließen.

Nur dann, wenn der ärztliche Behandlungsfehler zu einem erheblichen Gesundheitsschaden des Patienten geführt hat und Weiterungen drohen, d. h. eine Nachbehandlung oder gar ein operativer Eingriff erforderlich ist, muß dem Patienten bzw. dem nachbehandelnden Arzt „reiner Wein eingeschenkt“, d. h. das Fehlverhalten bzw. der diesem zugrundeliegende Sachverhalt mitgeteilt werden. Offenbarungspflichten aus therapeutischen Gründen bedürfen somit stets der exakten Prüfung im konkreten Einzelfall.

Schwierig ist ebenfalls die Antwort auf die Frage, ob etwa der nicht persönlich betroffene Chefarzt oder Leitende Oberarzt den Zwischenfall der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft melden soll. Wir neigen im Falle der fahrlässigen Tötung zur Bejahung dieser Frage, da im Falle einer Strafanzeige von dritter Seite zu leicht der Vorwurf der Vertuschung, der „Kumpanei“ oder gar der Begünstigung erhoben und die Situation für alle Beteiligten dadurch drastisch verschlechtert werden kann. Im Falle fahrlässiger Körperverletzung sind wir dagegen der Ansicht, daß weder der betroffene Arzt (aus den vorstehend genannten Gründen) noch sein Dienstvorgesetzter oder ein anderer Arzt eine Anzeigepflicht haben. Denn die fahrlässige Körperverletzung ist ein sog. relatives Antragsdelikt, d. h. die Ermittlungen werden nur bei Vorliegen eines besonderen öffentlichen Interesses von der Staatsanwaltschaft von Amts wegen vorgenommen, während sie im Grundsatz von einem Strafantrag des Verletzten abhängen, der auch selbst im Wege der sog. Privatklage die Strafverfolgung betreiben kann.

### ➤ *Gespräch mit dem Patienten oder den Angehörigen*

Die Durchsicht einer Vielzahl von Akten zeigt, daß nicht selten ein unbedachtes Wort oder die fehlende Gesprächsbereitschaft die Ursache für Mißtrauen und Verdacht von Patienten oder Angehörigen ist, was sich dann oft in einer Strafanzeige niederschlägt.

Das Gespräch mit dem geschädigten Patienten oder seinen Angehörigen ist zwar außerordentlich wichtig, zugleich aber auch eine zweiseitige Sache und häufig eine Gratwanderung zwischen Selbstbezeichnung und Selbstverteidigung mit der Gefahr der Fehldeutung und von Mißverständnissen. Deshalb sollte diese Aussprache nicht spontan, in der ersten Erregung oder noch unter dem psychischen Druck der Ereignisse erfolgen, sondern – nach einem sofortigen Gesprächsangebot – in einem gewissen zeitlichen Abstand, sorgfältig vorbereitet, für den Laien verständlich und – aus Beweisgründen – niemals alleine stattfinden. Zu oft werden nämlich Worte mißverstanden oder aus bestimmten Formulierungen Schuld eingeständnisse abgeleitet, um sie später dann dem beschuldigten Arzt entgegenzuhalten.

Betrifft deshalb der Zwischenfall den Oberarzt oder Assistenzarzt, ist unseres Erachtens der Chefarzt der Abteilung gefordert, das Gespräch mit dem Patienten oder seinen Angehörigen zu führen, zumindest aber daran teilzunehmen. Eignet sich der Zwischenfall in der Praxis, sollte man unbedingt einen Kollegen oder die Sprechstundenhilfe als Zeugen hinzuziehen.

### ➤ *Keine Einflußnahme auf Zeugen*

Im Gespräch mit Kollegen und dem nichtärztlichen Personal sollte derjenige, der Ermittlungen gegen seine Person nicht unter jedem denkbaren Gesichtspunkt für ausgeschlossen erachtet, äußerste Zurückhaltung und Vorsicht üben. Das gilt nicht nur für die Teilnahme an sog. „Zwischenfallkonferenzen“ oder die Unterzeichnung sog. „Gemeinschaftsprotokolle“, sondern natürlich auch insoweit, als sich der potentiell Beschuldigte jeglicher Einflußnahme auf andere enthalten muß. Insbesondere darf er nicht zu seiner Entlastung auf Zeugen einwirken und keinesfalls nachträglich die vorliegenden schriftlichen Krankenblattunterlagen ändern bzw. Beweismittel vernichten oder unterdrücken.

### ➤ *Genauere Aufzeichnungen*

Der Betroffene sollte für sich persönlich genaue Aufzeichnungen über den Ablauf des Zwischenfalls, markante Zeitpunkte, die Länge bestimmter Zeitphasen, die beteiligten Personen, Besonderheiten in der Person des Patienten, Auffälligkeiten im Umfeld und dergleichen machen. Da diese Unterlagen allerdings beschlagnahmt werden können, müssen sie vor dem Zugriff der Strafverfolgungsbehörden sicher aufbewahrt werden.

### ➤ *Kopien der Beweismittel*

Außerdem sollte man stets sofort Fotokopien der Krankenblattunterlagen und von Röntgenaufnahmen Duplikate anfertigen. Denn wenn es zu einem staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahren kommt, erhält der Beschuldigte selbst keine Akteneinsicht, sondern kann diese nur über seinen Verteidiger erlangen, und selbst dann besteht ein Rechtsanspruch erst nach Abschluß der Ermittlungen.

### ➤ *Sektion beantragen*

Werden von den Angehörigen nach einem tödlichen Zwischenfall grundlos Vorwürfe erhoben, sollte der Beschuldigte unbedingt bei der Staatsanwaltschaft eine Sektion beantragen. Denn weder eine drohende Zivilklage noch der Gesichtspunkt der Wahrnehmung berechtigter Interessen rechtfertigen ein eigenmächtiges Vorgehen, also den Verzicht auf die behördliche Anordnung.

„Vielfach enthalten allerdings die Krankenhaus-Aufnahmeverträge in den 'Allgemeinen Vertragsbe-

stimmungen‘ sog. Sektionsklauseln, mit deren Unterzeichnung der Patient sein Einverständnis mit der inneren Leichenschau (Leichenöffnung) vorab erklärt. Derartige vorformulierte Sektionseinwilligungen sind bei aus ärztlicher Sicht notwendiger Feststellung der Todesursache oder bei wissenschaftlichem Interesse rechtlich zulässig“ (BGH NJW 1990, 2313 m. A. Deutsch).

## ► Rechte und Pflichten des Zeugen

Kommt es unmittelbar nach einem Zwischenfall zu sog. „informativischen Befragungen“ durch Polizei oder Staatsanwaltschaft, ohne daß überhaupt schon feststeht, ob eine strafbare Handlung vorliegt bzw. gegen wen sich der Tatverdacht richten könnte, ist der in den Vorfall verwickelte Arzt zunächst Zeuge. Als solcher trifft ihn grundsätzlich die Pflicht auszusagen, und zwar wahrheitsgemäß. Nach § 55 StPO kann er jedoch die Auskunft auf solche Fragen verweigern, wenn deren Beantwortung ihn selbst oder einen seiner Angehörigen der Gefahr aussetzen würde, wegen einer Straftat verfolgt zu werden.

Obwohl der sog. „verdächtige“ Zeuge auf diese Bestimmung vom Vernehmungsbeamten hingewiesen werden muß, wird in der Praxis oftmals hiergegen verstoßen, ohne daß sich daraus aber irgendwelche rechtlichen Konsequenzen ergeben. Jeder möglicherweise von dem Fehlervorwurf betroffene Arzt ist daher gut beraten, im Frühstadium der Ermittlungen den Bereich des Auskunftsverweigerungsrechts weit zu ziehen, unter Umständen die Aussage im Hinblick auf § 55 StPO sogar ganz zu verweigern.

Unbedachte und vorschnelle, im Ergebnis belastende Angaben in diesem Stadium erschweren die Verteidigung oftmals außerordentlich, da das früher Gesagte im weiteren Verfahrensverlauf gegen den beschuldigten Arzt verwertbar ist.

Vermag der Arzt dagegen durch seine Aussage sofort und einwandfrei seine Unschuld zu beweisen, sollte er sich zur Sache äußern und nicht durch einen Rückzug auf formale Rechtspositionen möglicherweise unnötigen Verdacht erregen.

## ► Keine mündlichen Erklärungen

Ist der Arzt formell „Beschuldigter“, kann man ihm nur dringend raten, in keinem Fall bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft mündliche Erklärungen zur Sache abzugeben. Wie die Erfahrung nämlich gezeigt hat, ist die Gefahr von Mißverständnissen, Irrtümern und Ungenauigkeiten bei der Aufzeichnung der Angaben derart groß, daß der Arzt nur schriftlich – nach vorheriger rechtlicher Prüfung – Stellung nehmen sollte. Dies ist allerdings mit Nachdruck – gegen manch anderen juristischen Rat – zu empfehlen, da mit einer substantiell fundierten, oftmals durch ein fachspezifisches Gutachten unterlegten Schutzschrift der weitere Gang des Verfah-

rens entscheidend in Richtung „Einstellung“ gefördert werden kann. Das Zurückhalten von Argumenten und Tatsachen oder die Aufbewahrung von vermeintlichen „Überraschungseffekten“ für die Hauptverhandlung ist in Arztstrafsachen nach unserer Erfahrung ein schwerer anwaltlicher „Kunstfehler“. Denn es muß, wie bereits betont, das Hauptziel des Verteidigers sein, mit allen zulässigen Mitteln die Erhebung der Anklage mit nachfolgender öffentlicher Hauptverhandlung zu verhindern (vgl. zum ganzen Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 1988, S. 253 ff.).

Diese Verhaltensempfehlungen sind keine starren Regeln. Sie stellen vielmehr nur – aber immerhin doch – vielfach erprobte und in der Praxis bewährte allgemeine Hinweise dar, die je nach Sachlage modifiziert und den Besonderheiten des jeweiligen Falles angepaßt werden müssen. Inwieweit der Beschuldigte dies ohne rechtskundigen Rat alleine kann, muß jeder unter Abwägung des forensischen Risikos, des Zeitaufwands, der psychischen Belastung und der Kosten für sich selbst entscheiden.

*Anschrift der Verfasser:*

*Rechtsanwälte*

*Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer*

*Rolf-Werner Bock*

*Maximiliansplatz 12/IV, 80333 München*

*Nachdruck aus „Der Frauenarzt“ 37. Jahrgang 3/1996*