

HRRS-Nummer: HRRS 2020 Nr. 553

Bearbeiter: Holger Mann

Zitiervorschlag: HRRS 2020 Nr. 553, Rn. X

**BVerfG 2 BvR 1615/16 (2. Kammer des Zweiten Senats) - Beschluss vom 23. März 2020
(Hanseatisches OLG)**

Klageerzwingungsverfahren (erfolgreiche erneute Verfassungsbeschwerde gegen die Einstellung von Ermittlungen wegen des Todes eines Kindes nach einer Operation; Organisationsverantwortlichkeit des Praxisinhabers; allgemeiner Gleichheitssatz; Willkürverbot; grob lückenhafte Beweiswürdigung; Übergehen wesentlicher Aussagen eines Sachverständigengutachtens).

Art. 3 Abs. 1 GG; § 172 Abs. 2 Satz 1 StPO; § 223 Abs. 1 StGB; § 227 Abs. 1 StGB

Leitsätze des Bearbeiters

1. Die Verwerfung eines Klageerzwingungsantrags in einem Ermittlungsverfahren gegen den Inhaber einer HNO-Praxis wegen des Todes eines Kindes nach einer Operation verletzt das Willkürverbot, wenn die Beweiswürdigung wesentliche Aspekte der zur Verfügung stehenden Beweismittel unberücksichtigt lässt, ohne dass hierfür ein vernünftiger Grund erkennbar ist (Folgeverfahren zu BVerfG, Beschluss vom 21. Oktober 2015 - 2 BvR 912/15 - [= HRRS 2015 Nr. 1106]).

2. Die Annahme, die postoperative Überwachung eines Patienten falle ohne anderweitige Absprache allein in den Verantwortungsbereich der zuständigen Anästhesistin, ist objektiv willkürlich, wenn sie sich lediglich auf einzelne, ausschnitthaft herausgegriffene Passagen eines medizinischen Sachverständigengutachtens stützt und übergeht, dass sich aus anderen Abschnitten des Gutachtens auch eine Organisationsverantwortlichkeit des Praxisinhabers ergibt.

3. Das durch grundrechtliche Wertungen geprägte Selbstbestimmungsrecht und die Würde des Patienten (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) verbieten es, ihn im Rahmen der Behandlung zum bloßen Objekt zu degradieren (vgl. BVerfGK 4, 203, 208). Damit schiene es kaum vereinbar, wenn der Praxisbetreiber als der wesentliche wirtschaftliche Profiteur der mangelhaften Praxisorganisation den Patienten über das für ihn hierdurch entstehende Risiko nicht aufklären müsste, obwohl er dieses wissentlich selbst geschaffen hat.

Entscheidungstenor

1. Der Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 30. Mai 2016 - 2 Ws 216/14 - verletzt die Beschwerdeführerin in ihrem Grundrecht aus Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes. Der Beschluss wird aufgehoben und die Sache an das Hanseatische Oberlandesgericht zurückverwiesen.

2. Der Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 6. Juli 2016 - 2 Ws 216/14 - wird damit gegenstandslos.

3. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat der Beschwerdeführerin ihre notwendigen Auslagen im Verfassungsbeschwerdeverfahren zu erstatten.

4. Der Wert des Gegenstandes der anwaltlichen Tätigkeit für das Verfassungsbeschwerdeverfahren wird auf 10.000 Euro (in Worten: zehntausend Euro) festgesetzt.

Gründe

I.

Die Beschwerdeführerin begehrt die Aufhebung zweier in einem Klageerzwingungsverfahren gemäß § 172 StPO 1
ergangener Beschlüsse des Hanseatischen Oberlandesgerichts. Einen vorhergehenden Beschluss des
Oberlandesgerichts im selben Klageerzwingungsverfahren, der den Antrag der Beschwerdeführerin auf gerichtliche
Entscheidung als unzulässig abgelehnt hatte, hat das Bundesverfassungsgericht aufgehoben und die Sache an das
Oberlandesgericht zurückverwiesen (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 21. Oktober
2015 - 2 BvR 912/15 -). Der daraufhin ergangene Beschluss des Oberlandesgerichts vom 30. Mai 2016 ist
maßgeblicher Gegenstand der vorliegenden Verfassungsbeschwerde.

1. Nach den Feststellungen des Bundesverfassungsgerichts im vorgenannten Beschluss vom 21. Oktober 2015 2
führte die Staatsanwaltschaft Hamburg ein Ermittlungsverfahren gegen zwei Beschuldigte durch, die Inhaber einer auf Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde spezialisierten Arztpraxis sind. In der Praxis wurden auch Operationen durchgeführt. Dabei arbeiteten die Beschuldigten mit einer Anästhesistin zusammen.

Die Beschwerdeführerin ist die Mutter eines zum Tatzeitpunkt neun Jahre alten Kindes. Im März 2007 suchte das 3
Kind in Begleitung seines Vaters, des damaligen Ehemanns der Beschwerdeführerin, die Praxis der Beschuldigten auf, um eine Operation zur Verbesserung der Nasenatmung durchführen zu lassen. Das Kind wurde dazu von der Anästhesistin in Narkose versetzt. Die Operation wurde vom Beschuldigten Dr. B. durchgeführt und verlief problemlos. Nach der Operation wurde das Kind, das noch nicht erwacht war, in einen Aufwachraum gebracht. Dort wartete bereits sein Vater, der in der Folgezeit bei dem Kind blieb. Nach einiger Zeit machte der Vater den Beschuldigten Dr. B. darauf aufmerksam, dass das Kind nicht mehr atmete. Trotz sofort eingeleiteter Rettungsmaßnahmen erlitt das Kind wegen einer mangelnden Sauerstoffversorgung schwere Hirnschädigungen, an deren Folgen es eine Woche nach der Operation verstarb. Als wahrscheinliche Todesursache wurde Blut identifiziert, das nach der Operation aus der Nase in den Rachen und den Bereich des Kehlkopfs lief und dadurch eine Verlegung der Atemwege auslöste.

Die Eltern des Kindes erstatteten Strafanzeige gegen die Anästhesistin, den operierenden Arzt Dr. B. und den 4
Mithaber der Praxis, Dr. H. Das Ermittlungsverfahren gegen Dr. H. wurde aufgrund seiner Angabe, zum Tatzeitpunkt im Urlaub gewesen zu sein, eingestellt. Danach holte die Staatsanwaltschaft zwischen Oktober 2007 und Juni 2008 drei Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. von K. ein. Daraufhin stellte die Staatsanwaltschaft auch das Ermittlungsverfahren gegen Dr. B. ein, erhob aber Anklage gegen die Anästhesistin.

Das Amtsgericht Hamburg-Harburg verurteilte die Anästhesistin mit Urteil vom 2. Dezember 2009 wegen fahrlässiger 5
Tötung durch Unterlassen zu einer Geldstrafe von 150 Tagessätzen. Nach den Feststellungen des Amtsgerichts war während der Aufwachphase eine kontinuierliche Überwachung der Sauerstoffsättigung nicht sichergestellt. Insbesondere seien im Aufwachraum, entgegen dem fachlichen Standard, keine Pulsoxymeter vorhanden gewesen. Die Pflicht, eine solche Überwachung sicherzustellen, habe neben dem für die Operation verantwortlichen Arzt (Dr. B.) auch die Anästhesistin getroffen. Wäre das Kind ordnungsgemäß überwacht worden, hätte es nach den Feststellungen des Amtsgerichts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ohne Schäden überlebt.

In einer Verfügung des Landgerichts Hamburg, das die Rücknahme der von der Anästhesistin und der 6
Staatsanwaltschaft eingelegten Berufung anregte, wies das Landgericht auf eine nicht unerhebliche Mitverantwortung des operierenden Arztes Dr. B. hin, da eine Absprache des Inhalts, dass nur die Anästhesistin für die postoperative Überwachung der Patienten zuständig sei, nicht existiert habe.

2. Die Beschwerdeführerin erstattete im Jahr 2011 erneut Strafanzeige und forderte, gegen die Praxisinhaber neue 7
Ermittlungen aufzunehmen. Sie strebte damit eine Verurteilung der Beschuldigten wegen vorsätzlicher Körperverletzung mit Todesfolge durch billigende Inkaufnahme einer mangelhaften Praxisorganisation an. Mit Bescheid vom 24. September 2013 teilte die Staatsanwaltschaft mit, dass sie das Ermittlungsverfahren gegen den Beschuldigten Dr. H. gemäß § 153 Abs. 1 StPO und dasjenige gegen den Beschuldigten Dr. B. gegen eine Zahlung von 5.000 Euro gemäß § 153a StPO eingestellt habe. Die gegen diesen Bescheid eingelegte Beschwerde wies die Generalstaatsanwaltschaft Hamburg mit Bescheid vom 11. November 2014 zurück. Daraufhin stellte die Beschwerdeführerin Antrag auf gerichtliche Entscheidung gemäß § 172 Abs. 3 StPO, den das Hanseatische Oberlandesgericht mit Beschluss vom 22. April 2015 als unzulässig zurückwies. Auf Verfassungsbeschwerde der Beschwerdeführerin hin hob das Bundesverfassungsgericht diesen Beschluss auf und verwies die Sache an das Oberlandesgericht zurück. Der Beschluss habe das Recht der Beschwerdeführerin aus Art. 19 Abs. 4 GG verletzt, weil das Oberlandesgericht die Darlegungsanforderungen im Rahmen der Zulässigkeit des Klageerzwingungsantrags überspannt habe (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 21. Oktober 2015 - 2 BvR 912/15 -).

3. Mit Beschluss vom 30. Mai 2016 entschied das Hanseatische Oberlandesgericht erneut über den 8
Klageerzwingungsantrag der Beschwerdeführerin. Es hielt den Antrag nunmehr für zulässig, verwarf ihn jedoch als unbegründet. Zwar lägen die objektiven und subjektiven Tatbestandsmerkmale einer vorsätzlichen Körperverletzung nach § 223 Abs. 1 StGB durch den Beschuldigten Dr. B. mit der von ihm bei dem Verstorbenen am 14. März 2007 durchgeführten Operation im Sinne des für eine Anklageerhebung erforderlichen hinreichenden Tatverdachts vor. Es fehle jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an der Rechtswidrigkeit der Tat, weil der operative Eingriff durch die Einwilligung des Vaters des Verstorbenen gedeckt gewesen sei. Die Einwilligung sei auch nicht infolge der mangelnden Aufklärung über die unzureichende postoperative Überwachung im Aufwachraum der Arztpraxis unwirksam. Die diesbezügliche Aufklärungspflicht habe nach den Grundsätzen zur horizontalen Arbeitsteilung allein der Anästhesistin obliegen und stelle daher eine Wirksamkeitsvoraussetzung nur für die von dieser einzuholenden Einwilligung in die mit der Operation verbundene Narkosebehandlung dar. Für eine Strafbarkeit des Dr. H. nach § 223 Abs. 1, § 227 Abs. 1 StGB oder sonstiger Verbrechenstatbestände bestünden dementsprechend ebenso wenig

Anhaltspunkte. Im Einzelnen:

a) Eine hinreichende postoperative Überwachung des Kindes der Beschwerdeführerin sei objektiv schon ex ante 9
aufgrund der üblichen Vorgehensweise, in der solche Operationen von Dr. B. und der Narkoseärztin arbeitsteilig
durchgeführt wurden, nicht gesichert gewesen. Die technische und personelle Ausstattung sowie die Vorgehensweise
bei der postoperativen Überwachung habe nicht dem ärztlichen Standard entsprochen und zu erheblichen, nicht völlig
atypischen Gesundheits- und Lebensrisiken für die operierten Patienten geführt. Bei Einhaltung der Standards,
insbesondere Vornahme der gebotenen kontinuierlichen Erfassung der Sauerstoffsättigung, hätte der Verstorbene
den Vorfall mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt. Über diese Risiken hätte der Vater des
Verstorbenen im Rahmen der ärztlichen Aufklärung als Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung hingewiesen
werden müssen, was indes nicht geschehen sei. Ob eine Einwilligung in einen nicht kunstgerechten Eingriff überhaupt
wirksam erteilt werden könne, könne deshalb dahinstehen.

b) Diese Aufklärung habe jedoch allein seitens der Narkoseärztin erfolgen müssen. 10

aa) Bei horizontaler Aufgabenteilung zwischen mehreren Ärzten sei jeder Arzt für die von ihm durchgeführte 11
Behandlungsaufgabe aufklärungspflichtig; bei einer ärztlichen Behandlung fachlich spezialisierter Ärzte somit
grundsätzlich der behandelnde Spezialist hinsichtlich der mit seiner Behandlung verbundenen spezifischen Risiken. So
obliege die Verantwortlichkeit für die postoperative Überwachung in derjenigen Phase, in der der Patient noch unter
dem Einfluss der vorangegangenen Narkose stehe, im Rahmen der ärztlichen Aufgabenteilung grundsätzlich dem
hinzugezogenen Anästhesisten (vgl. BGH, NJW 1980, S. 650, 651; vgl. auch OLG Düsseldorf <8. Zivilsenat>, VersR
2002, S. 1151).

bb) Dies entspreche auch der ärztlichen Beurteilung des Sachverständigen Prof. Dr. von K. in seinem Gutachten vom 12
27. Dezember 2007, der insoweit ausgeführt habe, dass im Allgemeinen „die Narkoseärztin“ für die Überwachung in
der unmittelbaren Phase nach der Operation im Aufwachraum oder Vorraum verantwortlich sei. Die Überwachung sei
in der unmittelbaren Phase nach der Operation ein Bestandteil der „Narkoseleistung“, da typischerweise
Komplikationen wie Störungen der Atmung, Blutungen oder starke Schmerzen in den ersten 15 bis 120 Minuten nach
der Operation auftreten könnten.

cc) Dieselbe Zuordnung ergebe sich aus verschiedenen Vereinbarungen und Leitlinien medizinischer 13
Fachgesellschaften und Berufsverbände. Diese formulierten, unabhängig von ihrer exakten rechtlichen Qualität,
Zuständigkeiten und Pflichten, die im Interesse einer reibungslosen und an den jeweiligen fachlichen Kompetenzen
orientierten ärztlichen Zusammenarbeit selbstverständlich seien, so auch zum Tatzeitpunkt im März 2007.

So heiÙe es in der „Leitlinie zur postoperativen Überwachung“ der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und 14
Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. aus dem Jahr 1998, auf die sich der
Sachverständige Prof. Dr. von K. in seinem Gutachten vom 24. Juni 2012 beziehe, unter anderem:

Die Verantwortlichkeit des Anästhesisten für das Wohlergehen des Patienten erstreckt sich über das Ende der 15
Operation hinaus in die postoperative Phase. (...) Die unmittelbare Aufwachphase ist potentiell gefährlich, und der
Patient bedarf einer engen Überwachung bis zum vollständigen Aufwachen.

Eine ebenfalls von dem Sachverständigen Prof. Dr. von K. in Bezug genommene gemeinsame Stellungnahme des 16
Deutschen Krankenhausinstituts, des Instituts für Krankenhausbau an der Technischen Universität Berlin und der
Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin aus dem Jahr 1982 enthalte unter Ziffer 5 zu der
Überschrift „Ärztliche Zuständigkeit“ den Hinweis:

Solange sich der frischoperierte Patient in der Aufwacheinheit befindet, fällt die Überwachung und Aufrechterhaltung 17
der vitalen Funktionen in die Zuständigkeit und Verantwortung des Anästhesisten.

In der von dem Sachverständigen ebenfalls seinem Gutachten beigelegten „Vereinbarung zur Qualitätssicherung 18
ambulante Anästhesie“ des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, der Deutschen Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen heiÙe es unter Buchstabe
D. zur Überschrift „Interdisziplinäre Kooperation“:

Für die Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Operateur gelten, soweit vor Ort nichts Abweichendes vereinbart 19
ist, die zwischen den beteiligten Berufsverbänden und Fachgesellschaften getroffenen Vereinbarungen über die
Aufgaben und Verantwortungsteilung. Aus der Sicht seines Fachgebietes hat auch der Anästhesist eigenständig zu
prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustandes des
Patienten und der vorhandenen räumlich-apparativen wie personellen Infrastruktur unter Prüfung des häuslichen
Umfeldes des Patienten eine ambulante Durchführung des Eingriffes erlauben.

In der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der HNO-Heilkunde“ der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung, der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie sowie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes Deutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte aus dem Jahr 1976 werde zu den dort niedergelegten Vereinbarungen zu Ziffer 1 ausgeführt: 20

Bei der Zusammenarbeit im Operationssaal nehmen Anästhesist und HNO-Arzt die Aufgaben ihrer Fachgebiete in voller ärztlicher und rechtlicher Verantwortung wahr. Der HNO-Arzt trägt die Verantwortung für den speziellen Eingriff, der Anästhesist bei Narkosen für die Prämedikation, für das Betäubungsverfahren und die Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen während des Betäubungsverfahrens. 21

Unter der weiteren Rubrik „Zusammenarbeit in der Intensivmedizin“ heiße es unter der dortigen Ziffer 1: 22

1. Aufwachraum: Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem der Frischoperierte so lange bleibt, bis er aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Atmung und des Kreislaufes mehr zu erwarten sind. Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten. 23

Vorliegend sei somit ausschließlich die Narkoseärztin für die postoperative Überwachung bis zum Abklingen der Narkose verantwortlich und zur Aufklärung über die in dieser Phase möglichen Risiken verpflichtet gewesen. 24

c) Diese Pflichten seien auch nicht durch ärztliche Vereinbarung auf Dr. B. übertragen worden. Zwar sei dies grundsätzlich möglich, hierzu bedürfe es indes wegen der weitreichenden Folgen eindeutiger und verbindlicher Absprachen. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit im Sinne eines hinreichenden Tatverdachts dafür, dass Dr. B. aufgrund einer solchen Absprache mit der Narkoseärztin die ärztliche Verantwortung für die unmittelbare postoperative Überwachung bis zum vollständigen Erwachen aus der Narkose übernommen habe oder habe übernehmen sollen, ergebe sich aus den durchgeführten Ermittlungen im vorliegenden Fall nicht. Weder ausdrücklich noch in konkludenter Form durch die jahrelange Zusammenarbeit sei eine derartige Vereinbarung getroffen worden. Dies folge aus der Würdigung des Akteninhalts und der im Strafverfahren gegen die Narkoseärztin durchgeführten Beweisaufnahme. 25

Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus den übrigen Umständen des Einzelfalles: Die Abrechnungspraxis, nach der Dr. B. überwiegend die Gebühren für die Betreuung im Aufwachraum selbst abrechnete, lasse keinen Schluss auf die Verteilung der ärztlichen Verantwortlichkeiten zu. Ebenso wenig könne eine Umverteilung der Verantwortung für die Überwachung aus dem Umstand hergeleitet werden, dass die Operation in den Räumlichkeiten seiner Gemeinschaftspraxis durchgeführt worden und der dort verwendete Aufwachraum als solcher nicht mit den für eine kontinuierliche Überwachung der Sauerstoffsättigung der in der Aufwachphase befindlichen Patienten erforderlichen technischen Geräten (Pulsoxymetern) ausgestattet gewesen sei. Die Sicherstellung dieses Standards habe allein der Narkoseärztin obliegen. Dabei könne dahinstehen, ob eine abweichende Würdigung geboten sei, wenn durch das Fehlen solcher Geräte in der Arztpraxis eine sachgerechte Überwachung generell verhindert worden wäre, wie dies etwa gegeben sein könnte, wenn es sich um schwere, nur dauerhaft stationär zu betreibende Geräte handeln würde, da dies vorliegend nicht der Fall gewesen sei. 26

Ohne Bedeutung für die Aufklärungszuständigkeit sei schließlich auch der sich als sehr wahrscheinlich aus den Ermittlungen ergebende Umstand, dass der von Dr. B. typischerweise engmaschig ausgestaltete Terminplan der Narkoseärztin - so auch am Tagtag - keine ausreichende Zeit für eine Betreuung und Überwachung der Patienten im Aufwachraum eingeräumt habe. Zwar habe Dr. B. sehr wahrscheinlich auch ohne spezifische anästhesiologische Fachkenntnisse deutlich vor Augen gestanden, dass die Narkoseärztin somit die Patienten regelmäßig in einem Zustand entließ, in dem die Nachwirkungen der Narkose noch andauerten, während ihm zugleich bewusst gewesen sein dürfte, dass im Aufwachraum eine kontinuierliche Patientenüberwachung weder personell noch technisch gewährleistet gewesen sei, so dass ein Anknüpfungspunkt für eine fahrlässige Mitverursachung des Todes des Sohnes der Beschwerdeführerin nicht fernliegend erscheine. Eine ärztliche Zuständigkeit des Dr. B. für die postoperative Überwachung, verbunden mit einer Aufklärungspflicht über die möglichen Risiken in dieser Phase, könne daraus indes nicht hergeleitet werden. 27

d) Nach alledem sei die Dr. B. für den von ihm durchgeführten Eingriff erteilte Einwilligung nicht wegen unzureichender Aufklärung unwirksam. Dabei komme es auch nicht darauf an, dass der die Einwilligung erteilende und über unzureichende deutsche Sprachkenntnisse verfügende Vater des Verstorbenen nach eigenem Bekunden über Einzelheiten der geplanten Operation nicht aufgeklärt worden sei und das ihm ausgehändigte Einwilligungsformular ohne Verständnis seines Inhalts unterzeichnet habe. Die Einzelheiten der Umstände der Aufklärung seien nämlich unerheblich, weil keine Anhaltspunkte ersichtlich seien, dass der Vater im Falle umfassender Aufklärung über den von Dr. B. durchgeführten Eingriff Veranlassung gehabt hätte, seine Einwilligung insoweit zu versagen. 28

4. Hiergegen wandte sich die Beschwerdeführerin mit einer Anhörungsrüge nach § 33a StPO vom 21. Juli 2016, beim 29

Hanseatischen Oberlandesgericht eingegangen am 22. Juni 2016. Dabei rügte sie im Wesentlichen:

a) Das Gericht habe sich mit der Stellungnahme von Prof. Dr. von K. nur unzureichend und mit dem Privatgutachten des Prof. Dr. S. gar nicht auseinandergesetzt. Damit habe es die übereinstimmenden Ausführungen beider Sachverständiger übergangen, dass bei praxisambulanten HNO-Operationen gerade keine automatische Alleinzuständigkeit der Anästhesie für die Gewährleistung einer hinreichenden postoperativen Überwachung bestünde. Der angegriffene Beschluss lasse so auch eine Auseinandersetzung mit dem von beiden Sachverständigen beschriebenen Umstand vermissen, dass Patienten nach HNO-Operationen sowohl Gefahren durch nachwirkende Narkosemittel als auch durch Nachblutungen ausgesetzt seien, weshalb die postoperative Überwachung im Ausgangspunkt Aufgabe beider Fachgebiete sei. Soweit sich das Gericht ferner auch auf fachgesellschaftliche Stellungnahmen und Vereinbarungen stütze, übergehe es die Ausführungen des Prof. Dr. S. Denn dieser habe dargelegt, dass zum Zeitpunkt des Abschlusses der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der HNO-Heilkunde“ im Jahr 1976 zwischen den betreffenden Fachgesellschaften das Phänomen der praxisambulanten Operationen noch gar nicht existiert habe. Daher müssten - auch bei der Berücksichtigung neuer fachgesellschaftlicher Stellungnahmen - stets die strukturellen Unterschiede zwischen dem praxisambulanten und dem stationären Operieren bedacht werden. Im Gegensatz zu Krankenhäusern verfügten Arztpraxen nämlich über keine vollständige Anästhesieabteilung für die Betreuung einer Aufwacheinheit, vielmehr sei der hinzugezogene Anästhesist üblicherweise an den Operationstagen durchgehend mit der Ein- und Ausleitung der Narkose im Eingriffsraum beschäftigt. Entsprechend werde in den Leitlinien für das praxisambulante Operieren gerade nicht verlangt, dass in Arztpraxen die kliniktypische Organisation einer von der Anästhesie geleiteten Aufwacheinheit regelhaft zu übernehmen sei. Die beteiligten Ärzte seien vielmehr verpflichtet, durch individuelle Absprachen sicherzustellen, dass ambulant operierte Patienten keine schlechtere Überwachung als im Krankenhausbetrieb erführen. Folglich könne wegen des Fehlens solcher Absprachen nicht eine grundsätzliche Regelzuständigkeit des betreffenden Anästhesisten für die postoperative Patientenversorgung begründet werden. 30

b) Das Gericht habe sich nicht hinreichend mit dem Vortrag der Beschwerdeführerin dahingehend beschäftigt, dass auch ohne konkrete Absprache zwischen Dr. B. und der Anästhesistin die jeweils operierenden Praxisinhaber faktisch wesentliche Teile der postoperativen Überwachung wahrgenommen hätten. Sie habe insbesondere darauf hingewiesen, dass nach den Feststellungen des Amtsgerichts Hamburg-Harburg Dr. B. nach den Patienten im Aufwachraum geschaut habe, wenn er zwischen den Operationen hierfür Zeit gehabt habe. Am Tag habe er selbst den Verstorbenen in den Aufwachraum gebracht und sei im späteren Verlauf von dessen Vater auf den Atemstillstand angesprochen worden, als er bereits den nächsten Patienten in den Aufwachraum verbracht habe. Der Beschluss lasse auch eine Begründung vermissen, warum eine Anästhesistin allein aufklärungsbedürftig für die Risiken in der postoperativen Aufwachphase sei, an der sie aufgrund des vom an der Operation beteiligten Praxisinhaber ausgestalteten Terminplans gar nicht teilnehmen können, während diesen, obwohl er sich - wie in seiner Praxis üblich - selbst an der defizitären Überwachung des Verstorbenen beteiligt habe, eine Aufklärungspflicht nicht treffe. Ebenso lasse der Beschluss eine Auseinandersetzung mit dem Umstand vermissen, dass in dem Aufwachraum der Beschuldigten ausschließlich Personal der HNO-Praxis tätig war, welches zu knapp bemessen und zudem hierfür unzureichend qualifiziert gewesen sei. Die Personalhoheit der Beschuldigten könne aber - gerade in Abwesenheit einer Absprache mit der Anästhesistin - nicht etwa durch bloßes Betreten der Praxisräume automatisch auf diese übergehen. 31

c) Es fehle auch an einer Auseinandersetzung mit der weitergehenden Frage, ob eine Aufklärungspflicht der Praxisinhaber nicht bereits aus dem Wissen der Beschuldigten um die aus den Organisationsdefiziten folgende Lebensgefahr hergeleitet werden könne. Nach den Ausführungen des Gerichts dränge sich auf, dass im Aufwachraum eine kontinuierliche Patientenüberwachung weder personell noch technisch gewährleistet gewesen sei. Veranlassung zur Auseinandersetzung mit dieser Frage hätte die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zur sekundären Verkehrssicherungspflicht geboten, die nicht nur auf das Ärztestrafrecht übertragbar sei, sondern der wegen der staatlichen Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 2 GG in ihrer Ausformung als Anspruch auf wirksame Strafverfolgung auch verfassungsrechtliche Bedeutung zukomme. Zudem habe der Bundesgerichtshof bereits in seinem Urteil vom 8. November 1988 (- VI ZR 320/87 -, NJW 1989, S. 1536 <1538>) ausgeführt, dass kein Arzt sehenden Auges eine Gefährdung seines Patienten hinnehmen dürfe, wenn ein anderer Arzt seiner Ansicht nach einen Fehler begehe oder sich ein solcher jedenfalls aufdränge. Entsprechend habe der Bundesgerichtshof die Grenzen des der Arbeitsteilung zugrundeliegenden Vertrauensschutzes gezogen, so etwa im Urteil vom 19. November 1997 (BGHSt 43, 306). Die Rechtsauffassung des Oberlandesgerichts stehe im Widerspruch zu dieser Rechtsprechung und der grundrechtlich verbürgten Schutzpflicht. Es sei nicht hinnehmbar, dass sich ambulant operierende Praxisinhaber durch die bloße Hinzuziehung eines Anästhesisten einen „Freibrief“ verschaffen könnten für die bewusste, heimliche Unterschreitung medizinischer Standards. 32

5. Das Hanseatische Oberlandesgericht verwarf die Anhörungsrüge mit Beschluss vom 6. Juli 2016, der Beschwerdeführerin zugewandt am 14. Juli 2016. Bereits die Zulässigkeit der Anhörungsrüge sei fraglich, weil erhebliche Teile des Rügevorbringens nicht darlegten, dass das Gericht Tatsachen berücksichtigt habe, zu denen der Beschwerdeführerin keine Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt oder über die sie in sonstiger Weise nicht sachgemäß unterrichtet worden sei oder sich nicht äußern können. Auch werde nur scheinbar gerügt, dass der 33

Senat seiner Pflicht, die Ausführungen der Beteiligten zur Kenntnis zu nehmen und in Erwägung zu ziehen, nicht nachgekommen sei. Vielmehr habe die Beschwerdeführerin lediglich ihre abweichenden Bewertungen und Rechtsauffassungen dargelegt.

Die Anhörungsrüge sei jedenfalls unbegründet. Das Gericht habe das Vorbringen der Beschwerdeführerin umfassend erwogen und seine Entscheidung ausführlich begründet, ohne dass im Rahmen dessen sämtliche zugrundeliegenden Erörterungen in den Entscheidungsgründen Niederschlag gefunden hätten. Insbesondere sei eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten des Prof. Dr. S. nicht erforderlich gewesen, weil dieser zu keinen anderen Ergebnissen als Prof. Dr. von K. gelangt sei. Auch seien die von Prof. Dr. S. getätigten Ausführungen zur Organisationsverantwortung der Beschuldigten für den vorliegenden Fall rechtlich unerheblich, weil sich die Zuordnung ärztlicher Risikoaufklärungspflichten nach Ansicht des Gerichts nach den Behandlungsabschnitten richte. In diesem Zusammenhang habe es auch erwogen, ob den Beschuldigten Dr. B. als beteiligten Operateur eine Pflicht zur Aufklärung deshalb treffe, weil sich die hier in Rede stehende Gefahr einer zur Hypoxie führenden Atemwegsverlegung des Patienten aus einem Zusammenwirken möglicher Folgen der durchgeführten Nasenoperation einerseits sowie den durch die Nachwirkungen eingeschränkten körperlichen Abwehrmechanismen des Patienten andererseits ergeben könne.

Soweit die Beschwerdeführerin rüge, dass das Gericht die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. von K. unzutreffend gewürdigt habe und die Senatsentscheidung kein ausgewogenes Verständnis bestimmter Passagen des Gutachtens erkennen lasse, liege von vornherein keine tragfähige Rüge einer Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor. Vielmehr ergäben sich aus den Darlegungen lediglich Unterschiede in der Würdigung des Verfahrensstoffes durch das Gericht und die Beschwerdeführerin.

Den faktischen Verhältnissen komme nur hinsichtlich der Frage Bedeutung zu, ob sich hieraus eine konkludente Absprache über eine Behandlungszuständigkeit des Beschuldigten Dr. B. für die postoperative Nachsorge ableiten ließe. Die angeführte Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sei für den vorliegenden Fall nicht von Relevanz, zumal eine Abweichung hiervon nicht zu einer Gehörsverletzung führen könne. Auch seien die Ausführungen zu ärztlichen Sorgfaltspflichten, vor allem dem Vertrauensgrundsatz, ohne Belang gewesen, weil diese nur die Frage eines etwaig gegen einen Arzt, welcher mit Behandlungsfehlern eines anderen Arztes rechnet, zu erhebenden Fahrlässigkeitsvorwurf betreffen.

II.

1. Mit ihrer am 2. August 2016 beim Bundesverfassungsgericht eingegangenen Verfassungsbeschwerde macht die Beschwerdeführerin geltend, durch die angegriffenen Entscheidungen in ihren Grundrechten und grundrechtsgleichen Rechten aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausformung als Willkürverbot in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 sowie Art. 103 Abs. 1 GG verletzt zu sein.

Sie wiederholt hierzu ihr Vorbringen aus der Anhörungsrüge. Ergänzend führt sie aus, das Gericht habe den Verbrechenstatbestand des § 227 StGB objektiv willkürlich, nämlich in einer Weise ausgelegt, die es Praxisinhabern gestatte, Patienten die wissentlich standardwidrige Planung einer bevorstehenden Behandlung einschließlich der daraus resultierenden Lebensgefahr zu verschweigen. Dies verstoße gegen Art. 3 Abs. 1 in Verbindung mit dem aus Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 GG herzuleitenden Selbstbestimmungsrecht des Patienten, welches verbiete, ihm die Rolle eines bloßen Objekts zuzuweisen, und stelle insgesamt eine Grundrechtsverletzung von weitreichender und grundsätzlicher Bedeutung dar. Die angegriffenen Entscheidungen beruhten auch auf diesen Verstößen, weil nicht auszuschließen sei, dass das Oberlandesgericht zu einer anderen Entscheidung gelangt wäre, hätte es unter Berücksichtigung der vorgenannten Grundrechte eine Aufklärungspflicht des Dr. B. angenommen.

2. Dem Generalbundesanwalt beim Bundesgerichtshof, der Behörde für Justiz und Gleichstellung Hamburg und den Beschuldigten des Ausgangsverfahrens ist Gelegenheit gegeben worden, zur Verfassungsbeschwerde Stellung zu nehmen.

a) Der Generalbundesanwalt hält die Verfassungsbeschwerde für begründet. Der Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 30. Mai 2016 verletze die Beschwerdeführerin in ihren Grundrechten aus Art. 3 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 und mit Art. 1 Abs. 1 Satz 2 sowie aus Art. 103 Abs. 1 GG.

Der Beschluss, der in den Schutzbereich des Anspruchs auf effektive Strafverfolgung eingreife, verstoße gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) in seiner Gestalt als Willkürverbot, weil die Beweiswürdigung wesentliche Aspekte der zur Verfügung stehenden Beweismittel unberücksichtigt lasse und hierfür ein vernünftiger Grund nicht erkennbar sei. Überdies bestünden erhebliche Bedenken, ob sich die Annahme des Oberlandesgerichts, dem Beschuldigten habe im vorliegenden Fall eine Aufklärungszuständigkeit für die Mangelhaftigkeit der Überwachung in der postoperativen Phase nicht obliegen, noch innerhalb des dem Fachgericht zustehenden Ermessensspielraums halte. Dies könne im Ergebnis jedoch dahinstehen, weil bereits die Beweiswürdigung als solche mit Art. 3 Abs. 1 GG

nicht zu vereinbaren sei.

Der Beschluss verletze die Beschwerdeführerin zudem in ihrem grundrechtsgleichen Recht auf rechtliches Gehör (Art. 103 Abs. 1 GG), da sich das Hanseatische Oberlandesgericht nicht oder nur unzureichend mit den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Gesichtspunkten auseinandergesetzt habe. Die hier ebenfalls angefochtene Entscheidung des Oberlandesgerichts vom 6. Juli 2016 habe den Gehörsverstoß nicht zu heilen vermocht. 42

b) Der Beschuldigte Dr. B. hält die Verfassungsbeschwerde für unbegründet. 43

c) Die Behörde für Justiz und Gleichstellung Hamburg und der Beschuldigte Dr. H. haben von einer Stellungnahme abgesehen. 44

3. Die Akte des Ausgangsverfahrens hat dem Bundesverfassungsgericht vorgelegen. 45

III.

Die Kammer nimmt die Verfassungsbeschwerde zur Entscheidung an und gibt ihr statt, da dies zur Durchsetzung der Grundrechte der Beschwerdeführerin angezeigt ist (§ 93b i.V.m. § 93a Abs. 2 Buchstabe b BVerfGG; vgl. BVerfGE 90, 22 <25>). Die Voraussetzungen des § 93c Abs. 1 Satz 1 BVerfGG für eine stattgebende Kammerentscheidung sind gegeben. Die hier maßgeblichen verfassungsrechtlichen Fragen hat das Bundesverfassungsgericht bereits entschieden. Die Verfassungsbeschwerde ist danach offensichtlich begründet. 46

1. Der Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 30. Mai 2016 verletzt die Beschwerdeführerin in ihrem Grundrecht aus Art. 3 Abs. 1 GG in seiner Ausformung als Willkürverbot (a), da die Beweiswürdigung wesentliche Aspekte der zur Verfügung stehenden Beweismittel unberücksichtigt lässt und hierfür ein vernünftiger Grund nicht erkennbar ist (b). 47

a) Die Auslegung des Gesetzes und seine Anwendung auf den konkreten Fall sind zwar Sache der dafür zuständigen Gerichte und daher der Nachprüfung durch das Bundesverfassungsgericht grundsätzlich entzogen; ein verfassungsrechtliches Eingreifen gegenüber den Entscheidungen der Fachgerichte kommt jedoch unter anderem unter dem Gesichtspunkt der Verletzung des Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) in seiner Bedeutung als Willkürverbot in Betracht (vgl. BVerfGE 74, 102 <127>; stRspr). Ein solcher Verstoß gegen das Willkürverbot liegt bei gerichtlichen Entscheidungen nicht schon dann vor, wenn die Rechtsanwendung Fehler enthält, sondern erst dann, wenn die Entscheidung bei verständiger Würdigung der das Grundgesetz beherrschenden Gedanken nicht mehr verständlich ist und sich daher der Schluss aufdrängt, dass sie auf sachfremden Erwägungen beruht (vgl. BVerfGE 4, 1 <7>; 74, 102 <127>; 83, 82 <84>; 87, 273 <278 f.>). Dieser Maßstab gilt auch für die verfassungsrechtliche Überprüfung der von den Fachgerichten vorgenommenen Beweiswürdigung und der von ihnen getroffenen tatsächlichen Feststellungen (vgl. BVerfGE 4, 294 <297>; BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 21. August 1996 - 2 BvR 1304/96 -, NJW 1997, S. 999 <1000>; Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 23. Januar 2017 - 2 BvR 2584/12 -, Rn. 27). 48

b) Ein solcher Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG liegt dem Beschluss des Oberlandesgerichts vom 30. Mai 2016 zugrunde. Soweit das Oberlandesgericht zu der Annahme gelangt ist, dass allein die Anästhesistin für die postoperative Überwachung verantwortlich und damit nur sie verpflichtet war, im Vorfeld der Operation über die sich hieraus ergebenden Risiken aufzuklären, ist die Beweiswürdigung nicht mehr nachvollziehbar und willkürlich. 49

aa) Das gilt schon für die Annahme des Gerichts, wonach es der Beurteilung des vorliegenden Falls durch den Sachverständigen Prof. Dr. von K. in seinem in dem gegen die anderweitig verurteilte Narkoseärztin geführten Verfahren erstellten Gutachten vom 27. Dezember 2007 entspreche, dass die Verantwortlichkeit für die postoperative Überwachung in derjenigen Phase, in der der Patient noch unter dem Einfluss der vorangehenden Narkose stehe, im Rahmen der ärztlichen Aufgabenteilung - vorbehaltlich anderer Absprachen - grundsätzlich (nur) bei einem hinzugezogenen Anästhesisten liege. Das Gericht stützt seine Annahme insoweit maßgeblich auf folgende Passagen aus dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. von K. vom 27. Dezember 2007: 50

Die Überwachung in der unmittelbaren Phase nach der Operation ist ein Bestandteil der Narkoseleistung, da typischerweise Komplikationen wie Störungen der Atmung, Blutungen oder starke Schmerzen in den ersten 15 bis 120 min nach der Operation auftreten können. 51

(...) 52

Im Allgemeinen ist die Narkoseärztin für die Überwachung in der unmittelbaren Phase nach der Operation im Aufwachraum oder Vorraum verantwortlich. Im Einzelfall kann es aber aus bestimmten Gründen heraus zu Absprachen 53

kommen, dass der Operateur den Patienten unmittelbar nach Ende der Operation übernimmt, da die Narkoseärztin sofort weitere Narkosen durchführen soll. In diesem Fall wäre der Operateur für die Überwachung gemäß der ärztlichen Sorgfaltspflicht zuständig gewesen. Es ist also zu prüfen, ob eine derartige feste Absprache in der Praxis Dr. B. vorgelegen hat.

Das Gericht schließt hieraus, dass die unmittelbare postoperative Patientenüberwachung im Zeitraum der Nachwirkungen einer verabreichten Narkose nicht in den ärztlichen Aufgabenbereich des Operateurs, sondern des beteiligten Anästhesisten falle, sofern nicht ausdrücklich oder konkludent eine anderslautende Absprache getroffen wurde, an der es im vorliegenden Fall aber fehle. Das Gericht scheint insoweit davon auszugehen, dass die ärztliche Verantwortung für die postoperative Patientenüberwachung im Zeitraum der Nachwirkungen einer verabreichten Narkose nur alternativ der Anästhesistin oder dem Beschuldigten Dr. B. zugewiesen werden konnte. 54

Eine solche Annahme lässt sich den zitierten Passagen des Gutachtens jedoch nicht entnehmen. Der Sachverständige nimmt erkennbar allein zur ärztlichen Verantwortung der Anästhesistin Stellung. Danach ist jedenfalls die Anästhesistin für die unmittelbare postoperative Phase - vorbehaltlich anderer Absprachen - verantwortlich. Soweit das Gericht darüber hinaus eine alleinige Verantwortung der Anästhesistin aus den zitierten Passagen ableiten will, hätte es - gerade auch unter Berücksichtigung des Kontextes des Gutachtens vom 27. Dezember 2007 - jedenfalls einer Auseinandersetzung mit jenen Äußerungen bedurft, die auf eine gemeinsame Verantwortung von HNO-Arzt und Anästhesistin schließen lassen. 55

So führt der Sachverständige Prof. Dr. von K. in seinem Gutachten vom 21. Juni 2008 ausdrücklich aus: 56

Der HNO-Arzt Herr Dr. B. und die Narkoseärztin Dr. Bl. mussten nach der Operation an der Nase mit dem Eintritt einer starken Blutung rechnen. (...) Wenn eine derartige starke Blutung eintritt, müssen der HNO-Arzt und die Narkoseärztin zusammen die Atemwege wieder freimachen, z.B. durch Narkoseeinleitung, Reintubation der Luftröhre und Beatmung und Absaugen des Blutes aus den Atemwegen. Danach muss der HNO-Arzt eine Blutstillung durchführen. 57

Das Gericht führt im Beschluss vom 6. Juli 2016 zur Verwerfung der Gehörsrüge zwar ergänzend aus, dass der Senat auch erwogen habe, ob den Beschuldigten eine Pflicht zur Aufklärung über die Risiken der unmittelbaren postoperativen Aufwachphase deshalb treffe, weil sich die hier in Rede stehende Gefahr einer zur Hypoxie führenden Atemwegsverlegung des Patienten aus einem Zusammenwirken möglicher Folgen der durchgeführten Nasenoperation, namentlich etwaigen Nachblutens, einerseits sowie den durch die Nachwirkungen der Narkose andererseits eingeschränkten körperlichen Abwehrmechanismen des Patienten ergeben könne. Es habe allerdings den deutlichen Schwerpunkt der mit der unmittelbaren postoperativen Phase verbundenen Risiken in den Nachwirkungen der Narkose gesehen, unter anderem da die für den Patienten bestehenden Gefahren, wie aus den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. von K. hervorgehe, auch in erheblichem Umfang von der Art und Weise der Narkotisierung und des verwendeten Narkosemittels abhingen. Auf welchen Aussagen des Gutachtens diese Würdigung des Gerichts beruht, kann - insbesondere in Zusammenschau mit der oben zitierten Passage aus dem Gutachten vom 21. Juni 2008 - nicht nachvollzogen werden. 58

bb) Soweit das Oberlandesgericht meint, dieselbe Zuordnung der ärztlichen Verantwortung ergebe sich aus verschiedenen Vereinbarungen und Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften und ärztlicher Berufsverbände, ist die Beweiswürdigung ebenfalls nicht nachvollziehbar. 59

(1) So stellt das Gericht unter anderem auf die „Leitlinie zur postoperativen Überwachung“ der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten e.V. aus dem Jahr 1998 ab, auf die sich der Sachverständige Prof. Dr. von K. in seinem Gutachten vom 24. Juni 2012 bezieht. Das Gericht zitiert die Leitlinie wie folgt: Die Verantwortlichkeit des Anästhesisten für das Wohlergehen des Patienten erstreckt sich über das Ende der Operation hinaus in die postoperative Phase. (...) Die unmittelbare Aufwachphase ist potentiell gefährlich, und der Patient bedarf einer engen Überwachung bis zum vollständigen Aufwachen. 60

Der vollständige Absatz lautet demgegenüber: 61

Die Verantwortlichkeit des Anästhesisten für das Wohlergehen des Patienten erstreckt sich über das Ende der Operation hinaus in die postoperative Phase. Sie beinhaltet auch die Durchführung einer adäquaten postoperativen Schmerztherapie. Die unmittelbare Aufwachphase ist potentiell gefährlich, und der Patient bedarf einer engen Überwachung bis zum vollständigen Aufwachen. Falls der Anästhesist nicht in der Lage ist, den Patienten in dieser Phase zu begleiten, muss die Zuständigkeit der Patientenbetreuung an die Personen übertragen werden, die eine spezielle Ausbildung oder Erfahrung in der Betreuung von Operationen haben. Grundsätzlich ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und operativen Kollegen ganz besonders wichtig, damit klare Anordnungen an 62

das Überwachungspersonal im Aufwachraum bzw. bei nicht vorhandenem Aufwachraum an das Pflegepersonal übergeben werden kann, in deren Zuständigkeitsbereich der Patient verlegt wird.

Es ist unverständlich, warum das Gericht die Leitlinie nur zur Begründung der alleinigen Verantwortlichkeit der Anästhesistin heranzieht, ohne dabei auf die darin formulierte Notwendigkeit zur „enge(n) Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und operativen Kollegen“ einzugehen. Einer solchen Erörterung hätte es jedoch insbesondere vor dem Hintergrund bedurft, dass hier dem Beschuldigten Dr. B. nach den vom Oberlandesgericht selbst getroffenen Feststellungen sehr wahrscheinlich auch ohne spezifische anästhesiologische Fachkenntnisse deutlich vor Augen stand, dass die Narkoseärztin ihre Patienten regelmäßig in einem Zustand in den Aufwachraum entließ, in dem die Nachwirkungen der Narkose noch andauerten, während ihm zugleich ebenfalls bewusst gewesen sein dürfte, dass im Aufwachraum eine kontinuierliche Patientenüberwachung weder personell noch technisch gewährleistet war. 63

(2) Auch soweit das Gericht die von dem Sachverständigen Prof. Dr. von K. ebenfalls in Bezug genommene gemeinsame Stellungnahme des Deutschen Krankenhausinstituts, des Instituts für Krankenhausbau an der Technischen Universität Berlin und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin aus dem Jahr 1982 heranzieht, lässt es die Gesichtspunkte unberücksichtigt, die für eine gemeinsame Verantwortung der Anästhesistin und des Beschuldigten Dr. B. sprechen. Es zitiert die Stellungnahme auszugsweise lediglich wie folgt: 64

Solange sich der frischoperierte Patient in der Aufwacheinheit befindet, fällt die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen in die Zuständigkeit und Verantwortung des Anästhesisten. 65

Der Absatz, dem das Zitat entnommen ist, lautet demgegenüber vollständig: 66

Die Zusammenarbeit zwischen Operateur und Anästhesist richtet sich auch in der postoperativen Aufwachphase nach dem sogenannten Vertrauensgrundsatz. Jeder der beiden Ärzte kann und muss sich darauf verlassen, dass der Partner mit dem ihm zugeordneten Pflegepersonal seine Tätigkeit mit der erforderlichen Qualifikation und gebotenen Sorgfalt ausübt. Solange sich der frischoperierte Patient in der Aufwacheinheit befindet, fällt die Überwachung und Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen in die Zuständigkeit und Verantwortung des Anästhesisten. Nach dem Vertrauensgrundsatz kann und muss sich der Operateur darauf verlassen, dass er vom Anästhesisten gerufen wird, falls operationsspezifische Komplikationen sein Eingreifen erforderlich machen. Mit der Verlegung des Patienten von der Aufwacheinheit auf eine Normalpflegeeinheit gehen Zuständigkeit und Verantwortung für die weitere Überwachung auf den Operateur und seine Mitarbeiter über. Erfolgt die Verlegung des Patienten von der Aufwacheinheit auf eine Intensivstation, so fällt demjenigen die Verantwortung zu, der die ärztliche Leitung dieser Station innehat. 67

Der vom Gericht zitierten Passage liegt damit erkennbar der Vertrauensgrundsatz zugrunde, wonach sich Operateur und Anästhesist wechselseitig darauf verlassen können und müssen, dass der Partner mit dem ihm zugeordneten Pflegepersonal seine Tätigkeit mit der erforderlichen Qualifikation und gebotenen Sorgfalt ausübt. Es ist nicht verständlich, warum das Oberlandesgericht hier eine Auseinandersetzung mit der Frage unterlässt, ob der Beschuldigte Dr. B. sich überhaupt auf den Vertrauensgrundsatz berufen konnte, obwohl ihm - nach den eigenen Feststellungen des Gerichts - sehr wahrscheinlich deutlich vor Augen stand, dass im Aufwachraum eine kontinuierliche Patientenüberwachung weder personell noch technisch gewährleistet war. 68

Soweit das Gericht darauf abstellt, dass die Ausführungen zu ärztlichen Sorgfaltspflichten, vor allem dem Vertrauensgrundsatz, ohne Belang gewesen seien, weil diese nur die Frage eines etwaig gegen einen Arzt, welcher mit Behandlungsfehlern eines anderen Arztes rechnet, zu erhebenden Fahrlässigkeitsvorwurf betreffen, kann dies in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Die Ausführungen des Gerichts erscheinen vielmehr widersprüchlich, wenn es die Verteilung der ärztlichen Verantwortung zwar einerseits auf die zitierte Vereinbarung stützt, ohne jedoch andererseits den dieser erkennbar zugrundeliegenden Vertrauensgrundsatz zu berücksichtigen. 69

(3) Auch soweit sich das Gericht auf die dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. von K. ebenfalls beigefügte „Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie“ des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen stützt, unterbleibt eine Auseinandersetzung mit den für eine Verantwortlichkeit des Beschuldigten Dr. B. sprechenden Umständen, ohne dass hierfür nachvollziehbare Gründe ersichtlich sind. So begründet das Gericht mit nachfolgendem Zitat allein die grundsätzliche Verantwortlichkeit der Anästhesistin: 70

Für die Zusammenarbeit zwischen Anästhesist und Operateur gelten, soweit vor Ort nichts Abweichendes vereinbart ist, die zwischen den beteiligten Berufsverbänden und Fachgesellschaften getroffenen Vereinbarungen über die Aufgaben und Verantwortungsteilung. Aus der Sicht seines Fachgebietes hat auch der Anästhesist eigenständig zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten und der vorhandenen räumlich-apparativen wie personellen Infrastruktur unter Prüfung des häuslichen Umfeldes des Patienten eine ambulante Durchführung des Eingriffes erlauben. 71

Es setzt sich jedoch nicht damit auseinander, dass danach offensichtlich „auch“ den Operateur eine entsprechende Verantwortung trifft, zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten und der vorhandenen räumlich-apparativen wie personellen Infrastruktur eine ambulante Durchführung des Eingriffs erlauben. Angesichts der Tatsache, dass dem Beschuldigten Dr. B. nach den Feststellungen des Gerichts sehr wahrscheinlich deutlich vor Augen stand, dass im Aufwachraum eine kontinuierliche Patientenüberwachung weder personell noch technisch gewährleistet war, wäre eine solche Auseinandersetzung jedoch veranlasst gewesen. 72

(4) Soweit das Gericht schließlich auf die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der HNO-Heilkunde“ aus dem Jahr 1976 abstellt, lässt es ebenfalls diejenigen Gesichtspunkte unberücksichtigt, die gegen eine alleinige Verantwortlichkeit der Anästhesistin sprechen. Das Gericht zitiert auszugsweise die dort niedergelegte Vereinbarung zu Ziffer 1: 73

Bei der Zusammenarbeit im Operationssaal nehmen Anästhesist und HNO-Arzt die Aufgaben ihrer Fachgebiete in voller ärztlicher und rechtlicher Verantwortung wahr. Der HNO-Arzt trägt die Verantwortung für den speziellen Eingriff, der Anästhesist bei Narkosen für die Prämedikation, für das Betäubungsverfahren und die Überwachung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der vitalen Funktionen während des Betäubungsverfahrens. 74

Es stützt sich ferner auf Ziffer 1 der Rubrik „Zusammenarbeit in der Intensivmedizin“: 75

1. Aufwachraum: Überwachungsraum ohne Stationscharakter, in dem der Frischoperierte so lange bleibt, bis er aus der Narkose erwacht und wieder im Vollbesitz seiner Schutzreflexe ist und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Atmung und des Kreislaufes mehr zu erwarten sind. Der Aufwachraum untersteht dem Anästhesisten. 76

Vom Gericht unberücksichtigt bleiben hingegen die nachfolgenden Ziffern 2 und 3: 77

2. Wachstation: Bettenstation zur präoperativen Überwachung und Behandlung Schwerstkranker und zur ständigen Überwachung und Behandlung Frischoperierter nach ausgedehnten Eingriffen. Die Wachstation steht in der Regel unter der Leitung eines HNO-Arztes. 78

3. Intensivbehandlungseinheit: Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört sind und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten oder wiederhergestellt werden müssen. Interdisziplinäre Intensivbehandlungseinheiten stehen unter der Leitung eines Anästhesisten. 79

Die in der Vereinbarung vorausgesetzten unterschiedlichen Intensivbehandlungseinheiten, insbesondere eine der Leitung eines HNO-Arztes unterstehende Wachstation, gab es in der Praxis offenkundig nicht. Dem Gericht hätte sich daher die Frage aufdrängen müssen, ob gleichwohl auch im vorliegenden Fall einer praxisambulanten Operation eine Verteilung der Verantwortlichkeiten entsprechend der herangezogenen Vereinbarung erfolgen kann. Eine solche Auseinandersetzung unterblieb indes. 80

cc) Nicht nachvollziehbar ist schließlich auch die Beweiswürdigung des Oberlandesgerichts hinsichtlich der organisatorischen Verantwortung des Beschuldigten Dr. B. 81

(1) Das Gericht setzt sich mit dem Aspekt der organisatorischen Verantwortung nur unter dem Gesichtspunkt einer „Umverteilung“ der ärztlichen Aufklärungspflicht auseinander, lässt dabei aber wesentliche Aspekte der zur Verfügung stehenden Beweismittel - insbesondere die Tatsache, dass es sich nicht um einmalige Versäumnisse, sondern um den Praxisinhabern seit Jahren bekannte organisatorische Missstände handelte - unberücksichtigt. So führt es im Beschluss vom 6. Juli 2016 ausdrücklich aus, dass der Herleitung einer „Organisationsverantwortung“ des Praxisbetreibers keine maßgebliche Bedeutung zukomme, da sich die Zuordnung ärztlicher Risikoaufklärungspflichten an der Übernahme von Behandlungsabschnitten unter Berücksichtigung spezialisierter ärztlicher Fachkompetenz zu orientieren habe. 82

Der vom Oberlandesgericht augenscheinlich angenommene Widerspruch zwischen dem Verweis auf die Behandlungsabschnitte als maßgebliches Kriterium zur Verteilung der Verantwortungsbereiche und Aufklärungszuständigkeiten und der Organisationsverantwortung als eigenem Verantwortungsbereich des Praxisbetreibers erschließt sich dabei nicht. Es erscheint vielmehr nicht fernliegend, die Organisation der Behandlung - also insbesondere die terminliche Gestaltung - bereits als ersten Behandlungsabschnitt anzusehen. Werden hier risikoerhöhende Umstände begründet, müsste dies nach der Ansicht des Oberlandesgerichts vom organisierenden Arzt - absprachegemäß also gerade von Dr. B. - verantwortet werden. Er müsste demnach auch hierüber aufklären. 83

Nichts anderes kann dementsprechend für die Begründung des Beschlusses vom 30. Mai 2016 hinsichtlich des Dr. H. 84
gelten, welche sich ohne eigene inhaltliche Substanz in einem Erst-Recht-Schluss zu den Ausführungen bezüglich
Dr. B. erschöpft.

(2) Inwieweit sich die Annahme des Oberlandesgerichts, den Beschuldigten Dr. B. habe keine 85
Aufklärungszuständigkeit für die Mangelhaftigkeit der Überwachung in der postoperativen Phase in seiner Praxis
getroffen, noch in den Grenzen des verfassungsrechtlich Vertretbaren hält, bedarf hier keiner Entscheidung.

Das durch grundrechtliche Wertungen geprägte Selbstbestimmungsrecht und die Würde des Patienten (Art. 2 Abs. 1 86
i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) verbieten es, ihn im Rahmen der Behandlung zum bloßen Objekt zu degradieren (vgl.
BVerfGK 4, 203 <208>). Damit schiene es kaum vereinbar, wenn der Praxisbetreiber als der wesentliche
wirtschaftliche Profiteur der mangelhaften Praxisorganisation den Patienten über das für ihn hierdurch entstehende
Risiko nicht aufklären müsste, obwohl er dieses wissentlich selbst geschaffen hat.

2. Angesichts der Verletzung des allgemeinen Gleichheitssatzes in seiner Ausprägung als Willkürverbot (Art. 3 Abs. 1 87
GG) kann dahinstehen, ob die angegriffenen Entscheidungen auch gegen den Anspruch auf rechtliches Gehör
(Art. 103 Abs. 1 GG) oder das Recht auf effektive Strafverfolgung (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 i.V.m. Art. 1 Abs. 1
Satz 2 und Art. 6 Abs. 1 GG) verstoßen.

3. Die Annahme der Verfassungsbeschwerde ist schließlich auch zur Durchsetzung der in § 90 Abs. 1 BVerfGG 88
genannten Rechte der Beschwerdeführerin angezeigt.

a) Eine Annahme ist nach § 93a Abs. 2 Buchstabe b BVerfGG dann angezeigt, wenn die geltend gemachte Verletzung 89
von Grundrechten oder grundrechtsgleichen Rechten besonderes Gewicht hat oder den Beschwerdeführer in
existenzieller Weise betrifft. Besonders gewichtig ist eine Grundrechtsverletzung, die auf eine generelle
Vernachlässigung von Grundrechten hindeutet oder wegen ihrer Wirkung geeignet ist, von der Ausübung von
Grundrechten abzuhalten. Eine geltend gemachte Verletzung hat ferner dann besonderes Gewicht, wenn sie auf einer
groben Verkennung des durch ein Grundrecht gewährten Schutzes oder einem geradezu leichtfertigen Umgang mit
grundrechtlich geschützten Positionen beruht oder rechtsstaatliche Grundsätze krass verletzt (vgl. BVerfGE 90, 22
<25>; BVerfGK 18, 83 <90>). Eine existentielle Betroffenheit des Beschwerdeführers kann sich vor allem aus dem
Gegenstand der angegriffenen Entscheidung oder seiner aus ihr folgenden Belastung ergeben. Ein besonders
schwerer Nachteil ist jedoch dann nicht anzunehmen, wenn die Verfassungsbeschwerde keine hinreichende Aussicht
auf Erfolg hat oder wenn deutlich abzusehen ist, dass der Beschwerdeführer auch im Falle einer Zurückverweisung
an das Ausgangsgericht im Ergebnis keinen Erfolg haben würde (vgl. BVerfGE 90, 22 <25 f.>).

b) Vorliegend ist die Beschwerdeführerin aufgrund des Gegenstands der angegriffenen Entscheidung, nämlich des 90
Strafverfahrens zum Tod ihres Sohnes, durch die geltend gemachte Grundrechtsverletzung existenziell betroffen. Es
kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass das Oberlandesgericht bei der erforderlichen Beachtung der
verfassungsrechtlichen Maßstäbe im Fall einer Zurückverweisung den Antrag der Beschwerdeführerin auf
gerichtliche Entscheidung gemäß § 172 Abs. 2 Satz 1 StPO positiv bescheidet, indem es den hinreichenden
Tatverdacht einer Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 223 Abs. 1, § 227 StGB bejaht.

IV.

Der Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 30. Mai 2016 ist aufzuheben und die Sache an das 91
Oberlandesgericht zur erneuten Entscheidung zurückzuverweisen (§ 93c Abs. 2 i.V.m. § 95 Abs. 2 BVerfGG). Der
Beschluss des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 6. Juli 2016 wird damit gegenstandslos.

V.

1. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat der Beschwerdeführerin gemäß § 34a Abs. 2 BVerfGG die notwendigen 92
Auslagen zu erstatten (vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 20. September 2018 - 2 BvR
2530/16, 2 BvR 2531/16, 2 BvR 1160/17 -, Rn. 12; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom
30. September 2018 - 1 BvR 1783/17 -, Rn. 28; Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 14. Februar
2019 - 2 BvR 1457/18 -, Rn. 21).

2. Der Gegenstandswert der anwaltlichen Tätigkeit ist auf einen Betrag in Höhe von 10.000 Euro (in Worten: 93
zehntausend Euro) festzusetzen (§ 37 Abs. 2 Satz 2 RVG).